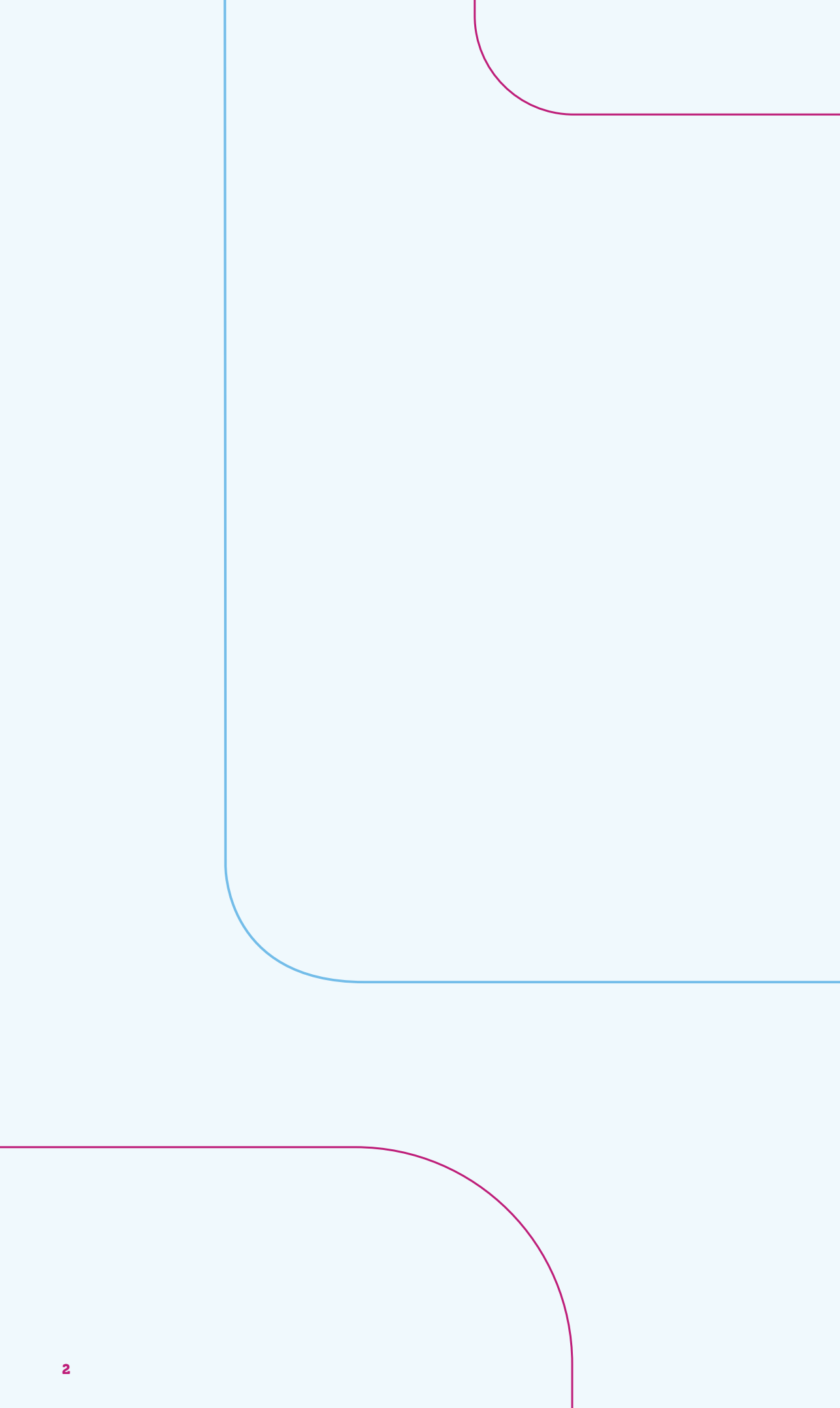


Guia do Autocuidado em Saúde ACESSA

2º Fascículo
Dor: entender para cuidar

acessa

associação brasileira da indústria de
produtos para o autocuidado em saúde



acessa

associação brasileira da indústria de
produtos para o autocuidado em saúde



PREFÁCIO:

“Do conhecimento ao protagonismo: o autocuidado como caminho para uma nova cultura em saúde e no gerenciamento da dor”

Prof. Dr. Giovanni Guido Cerri

Presidente dos Conselhos de Administração do Instituto Coalizão Saúde (ICOS) e dos Institutos de Inovação e Radiologia do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Vice-presidente da Academia Nacional de Medicina.

Ao longo de minha trajetória na medicina, testemunhei avanços extraordinários no diagnóstico e no tratamento das doenças. A ciência ampliou nossa capacidade de compreender os mecanismos das enfermidades, desenvolver novas terapias e incorporar tecnologias que transformaram a assistência à saúde e prolongaram a vida de milhões de pessoas.

Hoje, contudo, acredito que o maior avanço que podemos alcançar está em preparar as pessoas para cuidar melhor de sua própria saúde.

A saúde do futuro será medida não apenas pela capacidade de tratar doenças, mas pela capacidade de evitá-las e de preparar as pessoas para cuidar melhor de si mesmas.

Essa é, talvez, a mais importante transformação da medicina contemporânea.

O envelhecimento populacional, o aumento das doenças crônicas, a crescente demanda por cuidados, a incorporação de novas tecnologias e a necessidade de garantir sistemas de saúde mais sustentáveis demonstram que cuidar da saúde não pode começar apenas quando a doença já está instalada.

O futuro da saúde será construído pela capacidade de prevenir, educar, promover escolhas conscientes e fortalecer o papel das pessoas no cuidado com sua própria saúde. É nesse contexto que o autocuidado em saúde assume uma importância estratégica. Autocuidado não significa cuidar da saúde sozinho. Tampouco representa substituir médicos, farmacêuticos ou qualquer outro profissional de saúde. Ao contrário. Significa reconhecer que o cuidado de qualidade é resultado de uma parceria, em que cidadãos bem informados participam ativamente das decisões relacionadas à própria saúde, compreendem melhor seu corpo, adotam hábitos saudáveis, utilizam medicamentos de forma responsável quando apropriado e sabem identificar o momento certo de buscar orientação profissional.

Essa mudança beneficia muito mais do que cada indivíduo.

Ela fortalece a relação entre pacientes e profissionais de saúde, amplia o letramento em saúde, reduz a desinformação, favorece decisões mais seguras e contribui para sistemas de saúde mais eficientes, resilientes e verdadeiramente centrados nas necessidades das pessoas. Esta publicação dialoga com a trajetória iniciada pela ACESSA na promoção do autocuidado em saúde e demonstra como esse conceito ganha aplicação concreta diante de um dos sintomas mais frequentes da prática clínica: a dor.

Ao abordar a dor, uma das experiências mais universais da condição humana e um dos principais motivos de procura por atendimento em

saúde, este Guia mostra como os princípios do autocuidado podem ser aplicados na prática, transformando conhecimento em decisões conscientes, autonomia responsável e melhores desfechos em saúde.

A dor faz parte da vida de todas as pessoas. Ela pode representar um mecanismo natural de proteção do organismo, um sinal de alerta ou a manifestação de condições que exigem atenção especializada. Compreendê-la é o primeiro passo para manejá-la de forma segura, responsável e baseada em evidências.

Este Guia foi concebido exatamente com esse propósito.

Ao reunir especialistas de diferentes áreas do conhecimento, apresenta informações fundamentadas nas melhores evidências científicas para orientar o reconhecimento dos diferentes tipos de dor, estimular medidas de prevenção, incentivar estratégias não farmacológicas, promover o uso responsável dos medicamentos isentos de prescrição quando indicados e reforçar a importância de reconhecer os sinais que exigem avaliação profissional. Mais do que um conjunto de recomendações clínicas, esta publicação traduz uma visão contemporânea da saúde.

Uma visão que compreende que conhecimento gera autonomia; autonomia fortalece escolhas responsáveis; e escolhas responsáveis produzem melhores resultados para as pessoas, para os profissionais de saúde e para toda a sociedade. Vivemos uma época em que a informação circula em velocidade sem precedentes. Nunca foi tão fácil acessar conteúdos sobre saúde e, ao mesmo tempo, nunca foi tão importante distinguir evidências científicas da desinformação. Promover o letramento em saúde deixou de ser apenas uma ação educativa para tornar-se uma estratégia essencial para fortalecer a cidadania, a segurança do paciente e a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

A medicina do futuro continuará sendo impulsionada pela ciência, pela inovação e pelas novas tecnologias. Mas nenhuma inovação substituirá aquilo que permanece no centro de qualquer sistema de saúde: pessoas bem informadas, capazes de compreender sua própria saúde e de participar, ao lado dos profissionais, das decisões que impactam sua vida.

O autocuidado responsável representa exatamente essa evolução. Não transfere responsabilidades; compartilha responsabilidades. Não reduz o papel dos profissionais de saúde; amplia sua capacidade de promover cuidado de qualidade por meio de uma população mais preparada, consciente e participativa.

Promover o autocuidado é investir em uma sociedade mais preparada para enfrentar os desafios da saúde contemporânea. É fortalecer a autonomia sem abrir mão da responsabilidade. É reconhecer que conhecimento gera escolhas melhores, escolhas melhores produzem melhores resultados e melhores resultados beneficiam toda a sociedade.

**É essa cultura que precisamos construir.
Que este Guia contribua para esse propósito.**

SUMÁRIO

PREFÁCIO

**“Do conhecimento ao protagonismo:
o autocuidado como caminho para
uma nova cultura em saúde e no
gerenciamento da dor”**

Prof. Dr. Giovanni Guido Cerri

1

**Por que falar sobre dor e autocuidado em
saúde? 8**

Cibele Costa Zanotta

2

Pessoas com dor e suas necessidades 12

Camila Leonel Mendes de Abreu
Bruno Leonel Mendes de Abreu

3

Febre: por que falar sobre? 18

Dra. Sílvia Maria de Macedo Barbosa

4

Dor: entender para cuidar 24

Dra. Esther Angélica Luiz Ferreira

5

**Automedicação: riscos e
responsabilidades
no tratamento 34**

Dra. Nádia Takako Bernardes Suda
Dra. Simone Brasil de Oliveira Iglesias

6

Continuidade do cuidado no gerenciamento da dor

40

6.1. Autocuidado nas cefaleias mais comuns: uma abordagem baseada em evidências

Dr. Hendrick Henrique Fernandes Gramasco

6.2. Autocuidado na dor muscular após esporte: uma abordagem baseada em evidências

Dr. Rodrigo Bezerra de Menezes Reiff

Dr. Maycon Rodrigo Sarracini

6.3. Autocuidado na dor nos membros inferiores no dia a dia: uma abordagem baseada em evidências

Dr. Gustavo Mucoucah Sampaio Brandão

6.4. Autocuidado na dor lombar: uma abordagem baseada em evidências

Dr. André Wan Wen Tsai

6.5. Autocuidado na dor cervical por tensão e estresse: uma abordagem baseada em evidências

Dr. Paulo Magalhães Gomes Ramaccioti

7

Aprendizagem da dor: do modelo passivo ao protagonismo no autocuidado em saúde

49

Dra. Helen Cristina Nogueira Carrer

8

Considerações finais

49



1

Por que falar sobre dor e autocuidado em saúde?

Cibele Costa Zanotta

Presidente-Executiva | ACESSA - Associação Brasileira da Indústria de Produtos para o Autocuidado em Saúde

acessa

A dor faz parte da experiência humana.

Em algum momento da vida, todos nós sentimos dor.

Ela interrompe planos, altera a rotina, limita movimentos e, muitas vezes, desperta insegurança. Mas, antes de ser um problema, a dor é um sinal. É a forma que o corpo encontra para comunicar que algo precisa da nossa atenção.

É justamente nesse momento que o autocuidado em saúde ganha significado.

O autocuidado em saúde é uma estratégia efetiva de assumir o protagonismo da própria saúde. É reconhecer os **sinais do corpo**, compreender **quando um sintoma pode ser manejado de forma segura** e identificar **quando é necessário buscar orientação** de um profissional de saúde. É transformar informação em decisão consciente.

O autocuidado não acontece por acaso. Ele é **construído diariamente, por meio do conhecimento, da responsabilidade e da confiança em informações** baseadas em evidências. **Cada escolha consciente fortalece a saúde individual** e contribui para uma vida mais ativa, saudável e com melhor qualidade de vida.

Além desta esfera, é importante pontuar a visão do coletivo. As **políticas públicas de saúde devem ser continuamente revisadas e aprimoradas** para responder às transformações demográficas, epidemiológicas, ambientais e sociais que caracterizam o cenário contemporâneo. **O acelerado envelhecimento populacional, o aumento da prevalência de doenças crônicas e de condições associadas à dor, os impactos crescentes das mudanças climáticas sobre a saúde, bem como a escassez e a distribuição desigual de profissionais qualificados,** impõem novos desafios à organização dos sistemas de saúde. Nesse contexto, torna-se imprescindível que a formulação e a atualização das políticas, **com vistas à dor e ao autocuidado em saúde,** sejam fundamentadas em evidências científicas, nas necessidades reais da população e em modelos assistenciais mais resilientes, integrados e centrados na pessoa.

Quando falamos em dor e febre, o autocuidado também significa agir de forma responsável. Muitos episódios de **febre, dor aguda e de baixa complexidade podem ser aliviados com medidas não farmacológicas e, quando apropriado, com o uso correto dos medicamentos isentos de prescrição (MIPs).**

A **automedicação responsável permite que as pessoas tratem sintomas e males menores com segurança**, preservando sua autonomia sem abrir mão do uso racional dos medicamentos.

Entretanto, **autocuidado em saúde não significa tratar toda dor da mesma maneira.** Saber reconhecer os **sinais de alerta**, respeitar as **recomendações de uso**, **evitar excessos e procurar atendimento quando a dor persiste, piora ou apresenta características incomuns** faz parte de uma atitude responsável. O verdadeiro protagonismo está em saber quando cuidar de si e quando buscar ajuda.

Esse compromisso se apoia em quatro pilares fundamentais, que representam o **Manifesto "Pratique o Autocuidado em Saúde."**

O primeiro é o **letramento em saúde.** Informações confiáveis e baseadas em evidências permitem que as pessoas compreendam melhor a dor, conheçam as opções de cuidado e façam escolhas mais seguras, protegendo sua saúde e reduzindo riscos.

O segundo pilar é a **ampliação do acesso.** O conhecimento só produz impacto quando é acompanhado da possibilidade de acesso à orientação adequada, aos serviços de saúde e aos tratamentos seguros. Promover o autocuidado é ampliar oportunidades para que cada pessoa possa cuidar de sua saúde com autonomia e responsabilidade.

O terceiro pilar é o **uso responsável dos MIPs**. Esses medicamentos desempenham um papel importante no manejo de dores e outros sintomas menores, desde que utilizados conforme as orientações da bula e, sempre que necessário, com o apoio de um profissional de saúde. O uso racional dos MIPs fortalece o autocuidado, amplia a autonomia do cidadão e contribui para decisões mais conscientes no dia a dia.

O quarto pilar é a **sustentabilidade do sistema de saúde**. Quando as pessoas estão preparadas para reconhecer sintomas menores, cuidar deles de forma segura e buscar assistência nos momentos adequados, os serviços de saúde tornam-se mais eficientes. Recursos são direcionados para quem realmente necessita, filas podem ser reduzidas e a prevenção ganha espaço como estratégia permanente de cuidado.

(3) profissionais de saúde, cuja orientação, conhecimento e compromisso tornam o autocuidado mais seguro e efetivo para toda a população.

Porque cuidar da dor é muito mais do que aliviar um sintoma. É compreender o corpo. É fazer escolhas conscientes. É exercer autonomia com responsabilidade. É com esse propósito que a ACESSA apresenta este segundo fascículo do Guia de Autocuidado em Saúde, dedicado à dor. Nosso objetivo é oferecer informação confiável, baseada em evidências científicas, que ajude as pessoas a compreender melhor os sinais do próprio corpo, fazer escolhas mais conscientes e utilizar os recursos disponíveis de forma segura e responsável.

Este Guia é um convite para que cada pessoa compreenda melhor a dor, reconheça seus sinais e exerça o autocuidado de forma responsável.

A **ACESSA** atua para fortalecer essa jornada, promovendo o autocuidado em saúde por meio da educação, da ampliação do acesso e da automedicação responsável, sempre baseada em evidências científicas e no uso racional dos medicamentos.

Essa é uma construção coletiva e que agrega no **desenvolvimento do modelo de cuidado em saúde baseado em valor**. Afinal, discutir a agenda de dor, com diferentes lentes e perspectivas favorece:

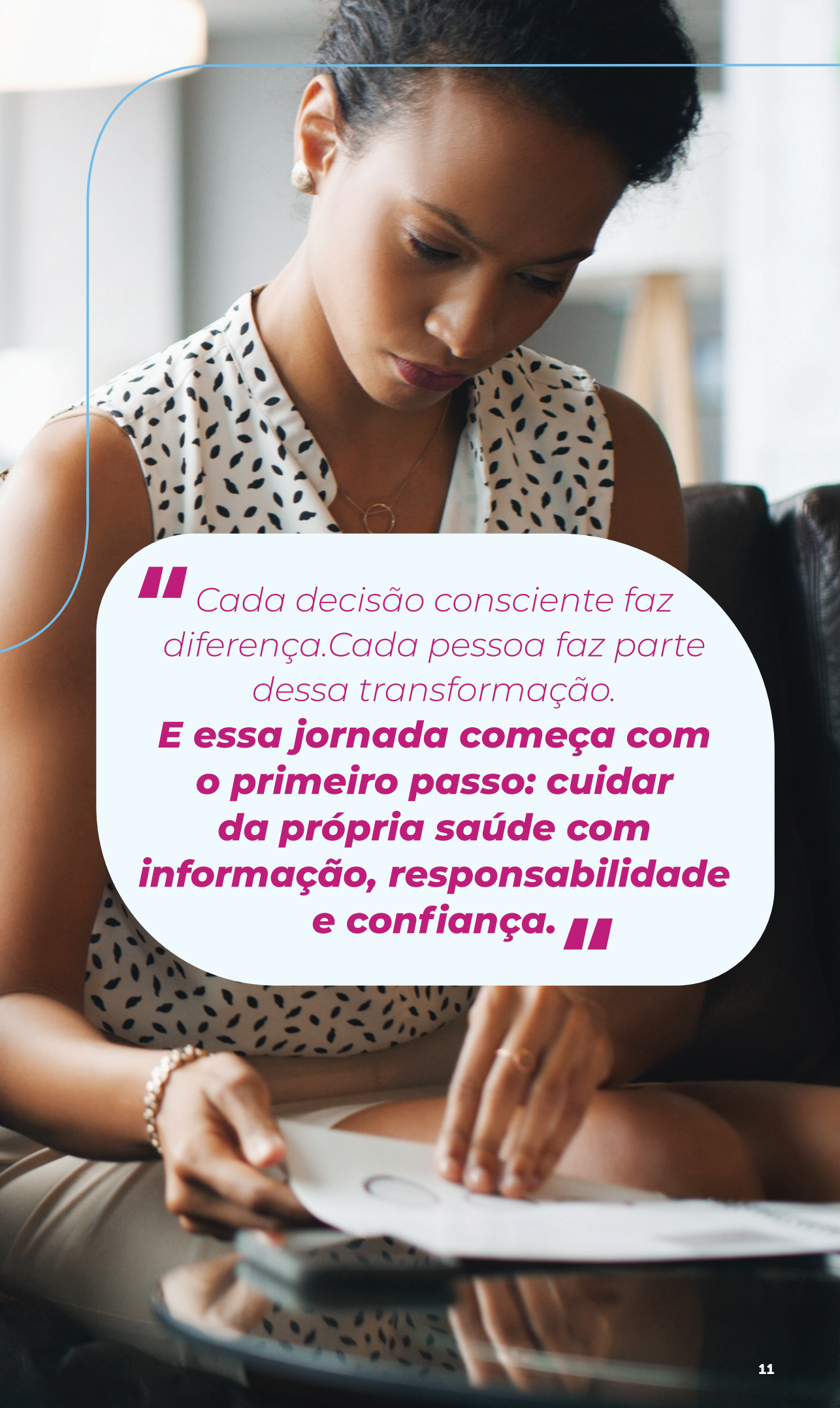
(1) o cidadão, que merece acesso à informação de qualidade para compreender sua dor e cuidar da própria saúde com segurança;

(2) gestores públicos, que podem transformar o letramento em saúde e o autocuidado em políticas capazes de ampliar o acesso e fortalecer o sistema de saúde;

Porque informação de qualidade gera autonomia. Autonomia fortalece escolhas conscientes. E escolhas conscientes contribuem para uma sociedade mais saudável, para um sistema de saúde mais sustentável e para uma cultura em que prevenir, cuidar e buscar ajuda no momento certo passam a fazer parte do dia a dia.

Afinal, cuidar da dor vai muito além de aliviar um sintoma. É compreender o corpo, agir com responsabilidade e fazer do autocuidado uma escolha consciente, todos os dias.

Boa leitura!



“ Cada decisão consciente faz diferença. Cada pessoa faz parte dessa transformação.

E essa jornada começa com o primeiro passo: cuidar da própria saúde com informação, responsabilidade e confiança. ”

2

Pessoas com dor e suas necessidades

acesse



Camila Leonel Mendes de Abreu

Nutricionista. Mestre e Especialista em Ciências Aplicadas à Pediatria pela UNIFESP.

Co-founder e consultora científica da AT YOUR SIDE Consultoria, uma sementeira de longevidade, autocuidado e bem-estar.

Bruno Leonel Mendes de Abreu

Psicólogo e Professor nas instituições Cogna Educação - Anhanguera Pirituba e Centro Universitário Santa Rita de Cássia - UNISAN.

Mestrando em Ciências do Envelhecimento pela USJT.

Especialista em Neuropsicologia e Psicologia Hospitalar pela USP. Atua no Centro de Neurodesenvolvimento e Reabilitação do Instituto Jô Clemente - IJC.

Membro Fundador da AT YOUR SIDE Consultoria, uma sementeira de longevidade, autocuidado e bem-estar.

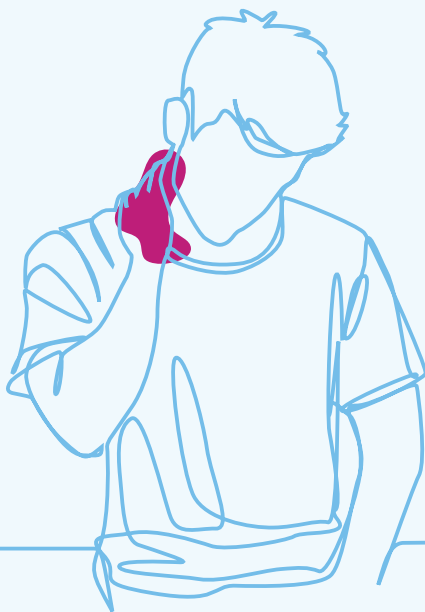
"O sofrimento somente é intolerável quando ninguém cuida"

Dame Cicely Saunders

O que se entende por dor?

A **própria construção do termo já oferece pistas importantes sobre seu significado**. Na língua portuguesa, a palavra "dor" deriva do latim *dolore*, associada à ideia de sofrimento, enquanto, no inglês, "*pain*" tem origem no grego *poíné*, relacionado à noção de pena ou punição. Nos usos mais tradicionais, a dor é frequentemente descrita como uma sensação desagradável ou penosa, geralmente vinculada a lesões, contusões ou a alterações no funcionamento do organismo, seja de forma localizada ou mais abrangente. A partir dessa base conceitual, torna-se possível avançar para uma compreensão mais ampliada.

A dor, conforme redefinida em 2020 pela *International Association for the Study of Pain (IASP)*, é entendida como uma experiência simultaneamente sensorial e emocional, de caráter desagradável, associada ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial. **Essa formulação mantém a relação com o corpo, mas a expande ao incluir dimensões subjetivas que só podem ser plenamente compreendidas a partir de quem a vivência.**



Para tornar essa compreensão ainda mais sensível, a IASP propõe **notas explicativas que organizam a dor em seis dimensões fundamentais**, permitindo uma leitura mais cuidadosa e ampliada dessa experiência:

- 1.** A dor é sempre uma experiência pessoal, atravessada por fatores biológicos, psicológicos e sociais, que se combinam de maneira singular em cada indivíduo.
- 2.** Dor e nocicepção não são equivalentes, pois a atividade dos neurônios sensitivos, por si só, não é suficiente para determinar a experiência dolorosa.
- 3.** O conceito de dor é aprendido ao longo da vida, a partir das experiências vividas, o que influencia a forma como cada pessoa a reconhece e a expressa.
- 4.** O relato da pessoa que sente dor deve ser legitimado e respeitado, sendo um elemento central para sua compreensão e manejo.
- 5.** Embora a dor possa ter uma função adaptativa, especialmente como sinal de alerta, ela também pode gerar prejuízos importantes no funcionamento, no bem-estar psicológico e nas relações sociais.
- 6.** A dor não se expressa apenas por meio da fala, podendo ser comunicada por diferentes formas de comportamento, sendo importante destacar que a dificuldade ou ausência de comunicação não exclui a possibilidade de sua existência.

No contexto da fisiologia humana, **a experiência dolorosa desempenha papel central na preservação da integridade do organismo**, atuando como um sistema de alerta diante de possíveis danos teciduais. Em muitos casos, constitui o primeiro indicativo de alterações fisiopatológicas, especialmente quando há lesão real ou iminente.

Diferentes estímulos potencialmente nocivos são capazes de desencadear essa resposta, incluindo **variações térmicas extremas, estímulos mecânicos intensos, correntes elétricas, agentes químicos irritantes e movimentos abruptos**, o que evidencia sua função protetiva e adaptativa no funcionamento biológico.

No **campo da assistência em saúde**, um marco importante na valorização da dor ocorreu a partir de 2000, quando a *Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations* (JCAHO), entidade norte-americana de avaliação hospitalar, passou a recomendar que a dor deve ser sistematicamente avaliada,

maior intensidade ou cronicidade, a dor pode produzir sofrimento significativo, interferindo não apenas em aspectos físicos, mas também emocionais, sociais e relacionais.

Esse reconhecimento da dor como elemento central no cuidado em saúde não se esgota em sua mensuração ou registro sistemático, mas exige um aprofundamento na forma como é compreendida e manejada no encontro clínico. **Ao evidenciar seus impactos amplos e multifacetados, impõe-se a necessidade de modelos assistenciais capazes de abarcar essa complexidade.**

É nesse movimento que se sustenta a transição para abordagens que ultrapassam o reducionismo biomédico, orientando-se por uma compreensão integrada do sujeito e de sua experiência, o que fundamenta a **incorporação do cuidado centrado na pessoa no manejo qualificado da dor.**

Além do aspecto clínico, outra vertente interessante é sobre o **impacto e a**

No contexto da fisiologia humana, **a experiência dolorosa desempenha papel central na preservação da integridade do organismo**, atuando como um sistema de alerta diante de possíveis danos teciduais.

registrada e monitorada com o mesmo rigor aplicado a parâmetros como pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura.

Tal sistematização não se restringe ao registro técnico, mas se constitui como elemento essencial para a tomada de decisão clínica, permitindo maior clareza quanto às condutas adotadas, seus fundamentos e seus desfechos. Essa mudança de paradigma contribui para deslocar a dor de um lugar secundário para uma posição central no cuidado, reconhecendo seu impacto direto na qualidade de vida e no funcionamento global do indivíduo. Em **situações de**

dimensão econômica da dor. A dor, exceto a dor oncológica, é considerada um **problema de saúde pública que afeta de 20% a 35% da população mundial**, 19% da população europeia e 17% da população espanhola.

No Brasil, segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) sobre dor crônica, traz uma perspectiva de que a **prevalência nacional de dor é na ordem de 40%; sendo a lombalgia a dor crônica mais frequente (77%), seguida por dor no joelho (50%), no ombro (36%), no tornozelo (28%), nas mãos (23%) e na cervical (21%). Dores musculoesqueléticas são o problema**

de saúde mais frequente na população entre 15 e 64 anos, constituindo a principal causa de aposentadoria precoce, a segunda causa de tratamento de longo prazo e a principal causa de incapacidade em grupos dessa faixa etária.

Na prática clínica, é notável que a **queixa de dor resulta em taxas mais elevadas de comorbidade, mortalidade e maior utilização de serviços de saúde e, conseqüentemente, em gastos econômicos**. No entanto, poucos estudos apresentam dados concretos sobre o real impacto econômico da dor. **Os custos diretos e indiretos são estimados em 200 milhões de euros na Europa e, nos EUA, entre US\$ 560 milhões e US\$ 635 milhões.**



Pacientes com dor, especialmente a dor crônica, utilizam frequentemente os serviços médicos e podem **gerar custos ao sistema de saúde superiores em mais de US\$ 20.000 anuais em relação a pacientes sem queixa de dor**.

Diante desse cenário, compreender a dor é apenas o primeiro passo. Tão importante quanto reconhecer sua origem e seus impactos é saber como manejá-la de forma adequada. Isso envolve compreender que o cuidado com a dor vai além do tratamento dos sintomas, exigindo uma abordagem integrada, baseada em evidências científicas, que considere as necessidades, preferências e características de cada pessoa. Nesse contexto, o autocuidado, aliado ao acompanhamento profissional quando necessário, torna-se um componente essencial para promover melhores resultados em saúde.



No contexto contemporâneo da saúde, o **Cuidado Centrado na Pessoa emerge como um eixo fundamental para a compreensão e o manejo da dor**, especialmente ao deslocar o foco de uma abordagem estritamente biomédica para uma perspectiva **biopsicossocial da experiência humana**. Essa abordagem compreende o indivíduo para além de sua condição clínica, reconhecendo que a dor não pode ser dissociada de aspectos emocionais, sociais, culturais e existenciais que atravessam sua vivência.

Aplicado ao fenômeno doloroso, esse modelo propõe que o **cuidado não se limite à identificação e ao tratamento de uma suposta causa orgânica, mas que considere a singularidade da experiência de cada pessoa**. A dor, nesse sentido, passa a ser compreendida como um fenômeno multifatorial, cuja expressão e significado variam conforme a história, os valores, os contextos e as condições de vida da pessoa.

Frente a esta narrativa, o **autocuidado em saúde constitui uma estratégia fundamental para o gerenciamento da dor**, promovendo maior autonomia do indivíduo e contribuindo para a prevenção de complicações e a melhoria da qualidade de vida. As principais diretrizes científicas nacionais e internacionais recomendam que o manejo da dor seja baseado em uma **abordagem multimodal, combinando medidas farmacológicas e não farmacológicas de acordo com a intensidade da dor, suas características e as necessidades individuais do paciente**.

As **intervenções não farmacológicas**, como atividade física orientada, fisioterapia, aplicação de calor ou frio, técnicas de relaxamento, higiene do sono e educação em saúde, desempenham

papel relevante na redução da dor e na melhora da funcionalidade. Quando indicado, as **medidas farmacológicas complementam essa abordagem**, sendo os medicamentos isentos de prescrição (MIPs) uma **alternativa importante para o tratamento de dores leves a moderadas, desde que utilizados de forma responsável**, conforme as orientações da bula e, quando necessário, com a recomendação de um profissional de saúde.

O **uso racional e seguro dos MIPs é um dos pilares do autocuidado**. Isso inclui respeitar a dose, a frequência e a duração do tratamento, considerar contraindicações, possíveis interações medicamentosas e reconhecer os sinais que indicam a necessidade de avaliação médica. Dessa forma, **o autocuidado, aliado ao uso seguro e responsável dos medicamentos e à adoção de medidas não farmacológicas, representa uma estratégia baseada em evidências para o gerenciamento efetivo da dor e para a promoção da saúde**.

Essa perspectiva implica reconhecer que **o manejo da dor deve ser construído de forma colaborativa, envolvendo o paciente como participante ativo no processo de cuidado**. A tomada de decisão compartilhada, a escuta qualificada e o reconhecimento das preferências e necessidades individuais

tornam-se elementos centrais, favorecendo intervenções mais coerentes com a realidade vivida pela pessoa e, consequentemente, mais eficazes.

Além disso, **o cuidado centrado na pessoa, quando aplicado à dor, demanda uma atuação interprofissional**, capaz de integrar diferentes saberes e práticas. Tal integração possibilita a **consideração das múltiplas dimensões do sofrimento**, promovendo não apenas o alívio dos sintomas físicos, mas também o cuidado com aspectos psíquicos, sociais e culturais que influenciam diretamente a experiência dolorosa.

É necessário ter **visão holística do paciente com dor e sofrimento**. O planejamento assistencial deve considerar aspectos físicos, emocionais, econômicos e culturais, proporcionando bem-estar físico e mental.

Embora avanços importantes tenham sido alcançados na compreensão e no manejo da dor, ainda persistem **lacunas relacionadas ao conhecimento, à educação em saúde, ao acesso a intervenções baseadas em evidências e à integração de estratégias farmacológicas e não farmacológicas no cuidado**. Esperamos que este conteúdo contribua para ampliar o conhecimento sobre a dor e fortalecer uma cultura de autocuidado como componente essencial da atenção integral à saúde, sempre baseada em **discussões e informações qualificadas, fundamentadas em evidências científicas e em dados epidemiológicos, incentivando a tomada de decisão compartilhada e o uso responsável das opções terapêuticas**.

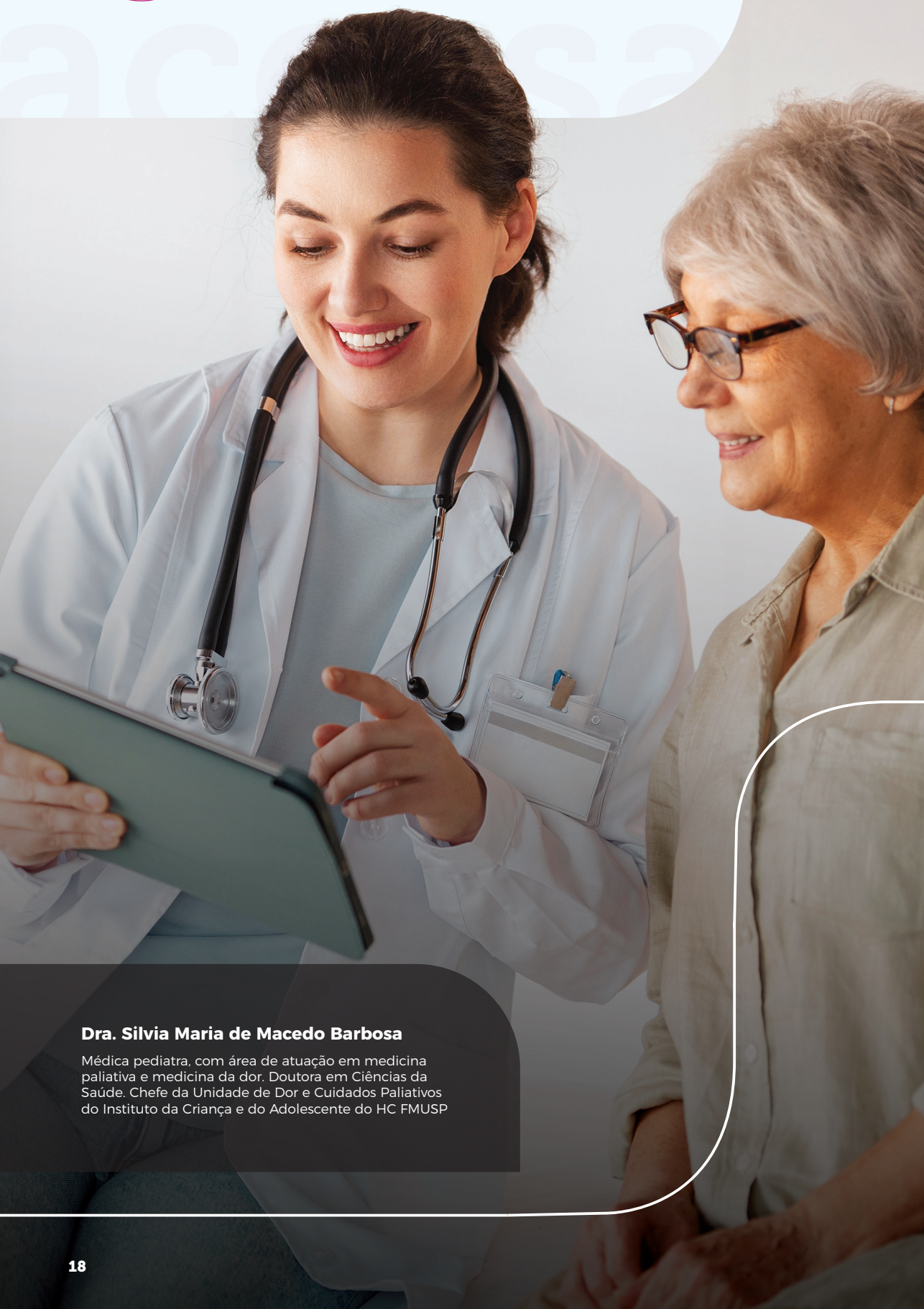
acessa

associação brasileira da indústria de
produtos para o autocuidado em saúde



3

Febre: por que falar sobre?



Dra. Sílvia Maria de Macedo Barbosa

Médica pediatra, com área de atuação em medicina paliativa e medicina da dor. Doutora em Ciências da Saúde. Chefe da Unidade de Dor e Cuidados Paliativos do Instituto da Criança e do Adolescente do HC FMUSP

O que é febre?

Existe uma resposta que o nosso corpo aprendeu a dar — e que carrega milhões de anos de evolução. Quando algo ameaça a nossa saúde, o organismo não fica parado esperando: ele age. A febre é uma dessas respostas. Não é um erro, não é um acidente. **É um mecanismo de defesa cuidadosamente coordenado pelo sistema nervoso central diante de infecções, inflamações e outras agressões.**

A medicina reconhece a febre desde a Antiguidade. Inscrições do século VI a.C. já associavam febre e inflamação em um único ideograma. Os escritos hipocráticos descrevem com precisão as oscilações de temperatura em doenças como malária e pneumonia. Ou seja: **a febre não é novidade, e tampouco é a vilã.**

Do ponto de vista fisiológico, a febre é uma elevação **regulada** da temperatura central do corpo acima dos valores normais. Considera-se febre quando:

- temperatura retal é igual ou superior a 38,0 °C ou
- temperatura axilar ultrapassa 37,5 °C.

O processo se inicia quando o organismo detecta a presença de agentes estranhos, como vírus, bactérias ou toxinas. As células de defesa, então, liberam substâncias chamadas **citocinas** — mensageiros químicos que chegam ao hipotálamo, a região do cérebro que funciona como o “termostato” do corpo. Recebendo esse sinal, o hipotálamo ajusta o seu patamar para um nível mais alto.

O resultado são os calafrios, a contração muscular e a vasoconstrição periférica que conhecemos tão bem — mecanismos que o corpo usa para gerar e reter calor até alcançar a nova temperatura “programada”.

A febre como aliada do sistema imunológico

Sabemos que a febre causa desconforto. Mas ela tem uma finalidade, e compreendê-la muda a forma como agimos diante dela. A febre por si não requer tratamento, sendo que os consensos recomendam que o **tratamento deve ser direcionado para o**

alívio dos sintomas concomitantes ao quadro e não para baixar a temperatura como único objetivo.

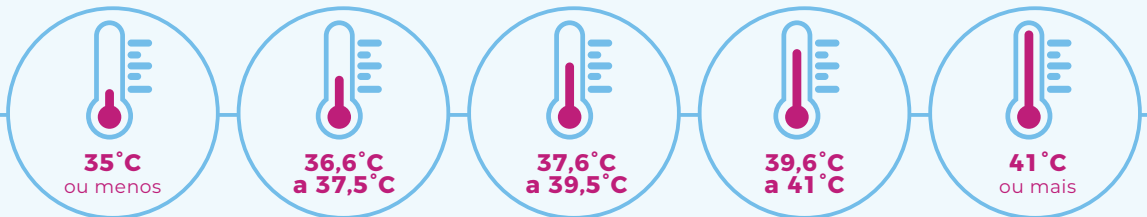
A elevação da temperatura corporal cria um ambiente menos favorável para a multiplicação de muitos vírus e bactérias, que se reproduzem com mais eficiência em temperaturas próximas à normal do nosso corpo. Ao mesmo tempo, a febre potencializa a atividade das células do sistema imunológico, tornando a resposta defensiva mais robusta.

Estudos mostram que **pessoas com infecções que desenvolvem febre tendem a ter melhores desfechos do que**

IMPORTANTE

Ela é diferente da hipertermia, situação em que o calor simplesmente se acumula no corpo sem controle, como em exposição prolongada ao sol ou ambientes muito quentes.

Na febre, o próprio organismo **decide** elevar a temperatura, e faz isso de forma intencional e regulada.



aqueles que não a desenvolvem. A febre é, em muitos casos, sinal de que o organismo está funcionando exatamente como deveria. Isso não significa que devemos ignorá-la ou deixar de cuidar do desconforto que ela provoca. Significa, sim, que o foco do cuidado deve ser o **bem-estar da pessoa**, e não apenas o número no termômetro. Em palavras simples: **devemos sempre tratar a pessoa, e não a febre.**

Mesmo frente a tais evidências, **a queixa de febre ainda permanece como um dos principais motivos da procura de serviços de urgência e emergência, especialmente no setor pediátrico**, pois os pais percebem a febre como doença e fator de risco para complicações maiores - convulsões ou dano cerebral. A percepção equivocada dos fatos ocorre, muitas vezes, em função de a febre causar uma sensação física desagradável, o que pode gerar sentimentos de medo, ansiedade e insegurança. Assim, esses conceitos incorretos geram temor descrito como fobia da febre (*fever phobia*), termo utilizado para definir os medos irrealistas em relação ao episódio febril.



A queixa de febre ainda permanece como um dos principais motivos da procura de serviços de urgência e emergência, especialmente no setor pediátrico.

Quando a febre é esperada?

A febre faz parte da vida. Reconhecer os contextos em que ela pode aparecer ajuda a não agir desnecessariamente — e a agir com mais tranquilidade quando ela surge. Veja algumas situações comuns:

- **Infecções virais e bacterianas comuns:** gripe, resfriado, faringite, otite, infecção urinária e outras doenças infecciosas frequentemente causam febre como parte da resposta inflamatória natural do organismo.
- **Pós-vacinação:** é comum e esperado que crianças e adultos apresentem febre baixa nas primeiras 24 a 48 horas após algumas vacinas. Isso é sinal de que o sistema imunológico está respondendo e construindo proteção.
- **Dentição em lactentes:** embora a dentição possa causar leve elevação da temperatura, febre acima de 38,0 °C nessa fase merece avaliação médica, pois costuma ter outra causa.
- **Processos inflamatórios:** condições não infecciosas, como doenças autoimunes e reações a medicamentos, também podem provocar febre.
- **Doenças reumatológicas:** a febre pode se associar a outros sintomas, como dor, inchaço e mal-estar geral.
- **Doenças oncológicas:** a febre pode acompanhar o surgimento e a evolução de alguns cânceres.

Como cuidar de quem tem febre

O objetivo principal ao cuidar de alguém com febre é aliviar o desconforto — não necessariamente zerar o termômetro a qualquer custo. As principais medidas de autocuidado são:

- **Hidratação:** a febre aumenta a perda de líquidos pelo suor e pela respiração. Ofereça água, sucos naturais e caldos com frequência para evitar desidratação.
- **Repouso:** o organismo gasta energia extra para manter a febre e combater a infecção. O descanso favorece a recuperação.
- **Roupas leves e ambiente arejado:** agasalhar demais a pessoa com febre dificulta a dissipação do calor. Prefira roupas finas e ambientes ventilados.
- **Antipiréticos (quando necessário):** medicamentos isentos de prescrição (MIPs), podem ser utilizados para aliviar o desconforto causado pela febre especialmente quando há dor, calafrios intensos, irritabilidade ou mal-estar importante. A escolha do medicamento deve considerar a idade da pessoa, seu histórico de saúde, possíveis contraindicações e seguir rigorosamente as orientações da bula ou de um profissional de saúde.
- **Compressas:** compressas frias ou banhos gelados são desaconselhados — causam desconforto e podem provocar tremores que, paradoxalmente, aumentam a produção de calor pelo corpo. *Lembre-se: o que mais importa é como a pessoa está se sentindo — não apenas o número que aparece no termômetro. Uma febre de 38,5 °C em uma criança que brinca, faz a ingestão de líquidos e está alerta é muito diferente de uma febre de 38,0 °C em uma criança prostrada e sem reagir.*

Sinais de alerta: quando procurar atendimento médico

Na maioria das vezes, a febre é benigna e passa sozinha. Mas existem situações em que ela pode sinalizar algo mais grave — e nesses casos, a avaliação médica precisa ser imediata.

Procure atendimento **IMEDIATAMENTE** se a febre vier acompanhada de:

A) Em qualquer idade:

- **Dificuldade para respirar** — respiração rápida, barulhenta ou com esforço visível
- **Manchas vermelhas ou roxas na pele** que não desaparecem quando se pressiona com o dedo — podem indicar infecção grave no sangue
- **Confusão mental, desorientação, sonolência excessiva ou dificuldade para acordar**
- **Rigidez intensa no pescoço** — dificuldade de encostar o queixo no peito
- **Convulsão** — mesmo que a pessoa pareça ter se recuperado completamente
- **Lábios ou pontas dos dedos azulados ou arroxeados**
- **Dor muito intensa**, especialmente abdominal, no peito ou de cabeça, de início súbito
- **Febre muito alta** (acima de 39,5 °C) que



não cede após medicação corretamente administrada.

- **Vômitos repetidos** que impedem a ingestão de líquidos
- **Sinais de desidratação grave:** boca muito seca, sem lágrimas ao chorar, sem urinar há mais de 8 horas, olhos fundos
- **Febre que retorna após mais de 24 horas sem febre**, especialmente em crianças

B) Atenção redobrada em grupos vulneráveis

- **Lactentes com menos de 3 meses:** qualquer febre é emergência — leve imediatamente ao pronto-socorro, sem esperar outros sintomas.
- **Lactentes entre 3 e 6 meses:** febre acima de 38,5 °C merece avaliação médica no mesmo dia.
- **Crianças com doenças crônicas** (problemas cardíacos, renais, imunossupressão, anemia falciforme, câncer, entre outros): a tolerância é menor — procure orientação médica precocemente, mesmo com febre baixa.
- **Idosos e pessoas imunocomprometidas:** a febre pode ser discreta mesmo em infecções graves. Atenção redobrada aos outros sintomas.

Febre e automedicação responsável: O uso de antipiréticos sem prescrição médica é prática comum e geralmente segura — quando feita corretamente. É importante, porém, ter clareza sobre o que esses medicamentos fazem e o que não fazem.

Antipiréticos aliviam o desconforto,

mas não eliminam permanentemente a febre nem impedem que ela volte.

Seu uso excessivo pode, paradoxalmente, aumentar a ansiedade de pais e cuidadores em relação ao fenômeno febril. Um exemplo: convulsões febris simples não são prevenidas pelo uso profilático de antipiréticos. A alternância entre diferentes antipiréticos, prática comum em alguns contextos, não possui respaldo científico consistente para uso rotineiro.

Alguns cuidados são essenciais:

- **Respeite a dose correta para o peso e a idade** — especialmente em crianças.
- **Não combine** medicamentos com o mesmo princípio ativo para evitar superdosagem.
- **Observe outros sintomas** além da febre — eles podem indicar a causa e a gravidade do quadro.
- **Busque orientação profissional** sempre que houver dúvida, a febre persistir ou surgirem sinais de alerta.

A fobia da febre (fever phobia): quando o medo ultrapassa o risco real

Há um fenômeno amplamente documentado na literatura pediátrica: a chamada “**fobia da febre**”, o medo exagerado e desproporcional que muitos pais e cuidadores desenvolvem diante de qualquer elevação de temperatura. Estudos mostram que uma parcela significativa dos pais teme que a febre cause lesão cerebral, coma ou até morte, mesmo quando a criança está em bom estado geral.

Esse medo é frequentemente reforçado por propagandas de medicamentos e pela falta de educação em saúde

acessível, o que pode levar ao uso excessivo e muitas vezes incorreto de antipiréticos e ao ciclo de ansiedade que isso gera.

Parte do problema está no próprio processo de educação em saúde: mesmo profissionais que atuam em prontos-socorros pediátricos apresentam dificuldades em definir corretamente o que constitui febre clinicamente relevante. Intervenções educativas com materiais escritos e audiovisuais demonstraram melhorar significativamente o conhecimento dos cuidadores, mas a retenção dessas informações ao longo do tempo permanece um desafio.

A questão central não é apenas transmitir um número de temperatura. **É ajudar as famílias a compreender o que observar no estado geral da criança.** Informações como o fato de que compressas frias são desnecessárias, que antipiréticos não precisam ser usados automaticamente em qualquer febre e que o risco de doenças graves é baixo na maioria dos casos, são tão importantes quanto saber quando buscar atendimento.

Conclusão

A febre é uma resposta fisiológica inteligente, preservada ao longo de toda a evolução humana. Como escreveu Thomas Sydenham, um dos maiores clínicos do século XVII: *“A febre é uma poderosa ferramenta que a Natureza trouxe ao mundo para a conquista de seus inimigos.”* Essa perspectiva, longe de ser romântica, tem respaldo nas evidências científicas atuais: **a febre moderada tem papel protetor e imunomodulador, e sua supressão indiscriminada pode, em certas circunstâncias, ser desfavorável ao organismo.**

Compreendê-la corretamente ajuda a evitar dois extremos igualmente prejudiciais: o pânico desnecessário que leva ao uso excessivo de medicamentos, e a negligência que retarda a busca por cuidado quando ele é de fato necessário.

O autocuidado informado e responsável começa por reconhecer que a temperatura no termômetro é apenas um dado — e que o estado geral da pessoa, sua hidratação, nível de alerta, conforto e capacidade de se alimentar é o que mais importa na hora de decidir como agir. Falar sobre febre é falar sobre **empoderamento em saúde**: quando as pessoas entendem o que o próprio corpo está fazendo, elas têm mais condições de cuidar de si e de quem amam — com segurança, serenidade e responsabilidade.



4

Dor: entender para cuidar

Dra. Esther Angélica Luiz Ferreira

Pediatra e Reumatologista Infantil. Doutorado e pós-doutorado em dor pediátrica.

Professora Adjunta do Departamento de Medicina da UFSCar.

Secretária do Núcleo Científico de Cuidados Paliativos e Dor da SPSP e membro do Departamento de Dor e Cuidados Paliativos da SBP.

Introdução

A dor faz parte da experiência humana e está entre os motivos mais frequentes de procura por atendimento em saúde, uso de medicamentos e afastamento das atividades diárias. Ela pode surgir de forma passageira, como após um esforço físico, uma gripe ou uma pequena lesão, ou persistir por mais tempo, impactando o sono, o humor, o trabalho, a convivência familiar e a qualidade de vida. **Apesar de ser comum, a dor não deve ser banalizada. Entendê-la é um passo importante para cuidar melhor da saúde e tomar decisões mais seguras.**

Cuidar da dor envolve reconhecer seus sinais, compreender suas possíveis causas, saber quando medidas simples podem ajudar e identificar situações em que é necessário buscar avaliação profissional. **O autocuidado responsável tem papel relevante nesse processo, desde que baseado em informação confiável e uso adequado dos recursos disponíveis.**

Ao mesmo tempo, a dor não depende apenas da parte física. Fatores emocionais, experiências anteriores, medo, ansiedade, estresse, qualidade do sono e contexto social também influenciam a forma como cada pessoa sente e expressa a dor. Por isso, duas pessoas com o mesmo problema podem relatar intensidades diferentes.

É importante lembrar: dor não é fraqueza, exagero ou “frescura”. A dor é real e merece escuta, avaliação, cuidado e letramento sobre autocuidado na jornada de tratamento.

Que tipo de dor é essa?

A dor pode ser classificada de diferentes formas, o que ajuda no entendimento, diagnóstico e no manejo adequado. Em linhas gerais, e de forma didática, podemos classificar a dor de três formas:

1. Quanto ao mecanismo fisiopatológico

Com os avanços da ciência, também compreendemos a dor de acordo com os mecanismos envolvidos em sua geração e manutenção (Quadro 1).

Dor nociceptiva: ocorre quando há ativação dos receptores de dor diante de lesão real ou ameaça de lesão nos tecidos. É comum em cortes, contusões, queimaduras, inflamações e traumas. Pode ser dividida em:

- **Somática:** relacionada à pele, músculos, ossos, articulações e tecidos superficiais. Costuma ser mais localizada.

O que é dor?

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão real ou potencial dos tecidos do corpo. Em termos simples, **a dor é um alerta do organismo. Ela informa que algo precisa de atenção.**

Segundo a Sociedade Brasileira para Estudo da Dor (SBED), a dor é tanto uma experiência sensitiva quanto emocional, o que significa que ela não é apenas física, mas também é afetada pelas nossas emoções.¹

• **Visceral:** relacionada aos órgãos internos, como intestino, rins ou útero. Pode ser mais difusa, profunda ou acompanhada de cólicas e mal-estar.

Dor neuropática: acontece por lesão ou doença que afeta o sistema nervoso, seja nos nervos periféricos, medula espinhal ou cérebro. Pode ser descrita como queimação, choque, formigamento, pontadas ou dormência.

Dor nociplástica: ocorre quando há alteração no processamento da dor pelo sistema nervoso, sem lesão tecidual evidente ou dano nervoso que explique totalmente os sintomas. O corpo passa a interpretar estímulos de forma ampliada. Geralmente está associada a dor persistente, sensibilidade aumentada, fadiga e impacto no sono e humor.

Quadro 1. Características da dor de acordo com a forma que ela é sentida.

Tipo de dor	Origem	Exemplos
Nociceptiva	Lesões, machucados ou pressão em excesso	Pancadas, torções, cortes superficiais
Neuropática	Danos diretos às terminações nervosas que transmitem sinais de dor	Fisgada, choque elétrico e/ou sensação de formigamento
Mista	Junção de ambas as anteriores	Queimadura

2. Quanto ao tempo de duração

Dor aguda: surge recentemente e costuma estar relacionada a uma causa identificável, como infecção, inflamação, trauma, procedimento odontológico ou cirurgia. Em geral, melhora conforme a causa é tratada.

Dor crônica: persiste por mais tempo, geralmente acima de 3 meses, podendo continuar mesmo após a resolução inicial do problema. Exige avaliação ampla e acompanhamento individualizado.

Quadro 2. Características da dor segundo a duração

Tipo de dor	Origem	Mecanismo	Qualidade
Aguda	Curta duração	Nociceptivo	Ocorre eventualmente e desaparece quando a lesão é curada
Crônica	Longa duração, pelo menos 3 meses	Nociceptivo e Neuropático	Pode afetar negativamente aspectos da vida cotidiana, levando a limitações físicas e emocionais

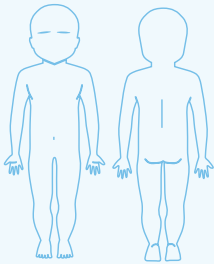
3. Onde a dor é sentida

3.1. Quanto à intensidade

A dor pode ser leve, moderada ou intensa. Mesmo dores consideradas leves podem atrapalhar atividades importantes, especialmente se forem frequentes ou persistentes.

3.2. Quanto à localização

Pode ocorrer em diversas regiões do corpo, como cabeça, garganta, dentes, abdome,



A criança também pode localizar a dor marcando ou colorindo a parte do corpo.

costas, músculos, articulações ou pele. Na prática clínica pediátrica, ainda não temos um instrumento específico e desta forma é muito importante o profissional de saúde conhecer e ajudar o indivíduo na verbalização e identificação; e um dos recursos possíveis utilizados para as dimensões sensoriais (autoavaliação) é o diagrama corporal, que permite a avaliação e a sinalização do(s) local(is) em que sente dor e onde a dor é mais intensa.

3.3. Quanto à origem provável

Algumas dores estão relacionadas a processos inflamatórios, outras a lesões musculares, alterações nervosas, cólicas ou doenças específicas. Nem sempre a origem é simples de identificar, por isso observar a evolução é essencial.

Em algumas situações, uma mesma pessoa pode apresentar mecanismos mistos de dor. Por isso, entender o tipo de dor ajuda a escolher o tratamento mais adequado e individualizado.

As dores dos males menores

No cotidiano, muitas pessoas apresentam dores relacionadas a condições autolimitadas, conhecidas popularmente como “males menores”. São situações comuns que, em muitos casos, podem ser manejadas inicialmente com medidas simples e seguras.

Exemplos frequentes incluem *dor de cabeça ocasional, dor muscular após esforço físico, dor de garganta leve em quadros virais, cólica menstrual, dor associada à febre e resfriados, pequenas contusões, dor lombar leve após postura inadequada e dor dentária inicial*, enquanto se busca avaliação odontológica, entre outros.

É conhecido que a dor tem um impacto negativo nas atividades diárias da maioria das pessoas que a sente.

Ao longo do presente guia, vamos discorrer sobre algumas das queixas de dor listadas acima.

Mesmo nesses casos, dos “males menores”, é importante observar a duração, a intensidade e os sinais de alerta. Como a gênese desses sintomas é complexa e as queixas são subjetivas e, na maioria das vezes, relatadas, pode ocorrer uma interpretação equivocada e uma postura reducionista e simplista frente ao problema apresentado, não se valorizando adequadamente os sintomas. Logo, a queixa perde a importância, mesmo sendo real e determinando repercussões na vida da pessoa.

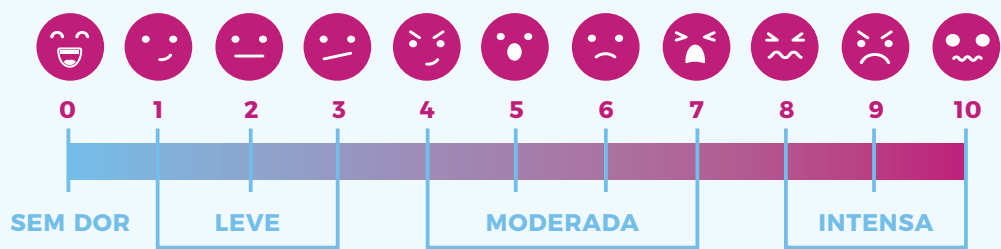
No outro extremo, a exacerbação da interpretação pode levar a investigações laboratoriais e encaminhamentos excessivos, pelo receio de não diagnosticar uma “doença orgânica grave”, o que acaba por onerar o sistema de saúde.

Por que mensurar a dor?

Avaliar a dor ajuda a **entender sua gravidade, acompanhar a resposta ao tratamento e decidir quando procurar ajuda.** Uma forma simples é utilizar uma escala de zero a dez:

- 0: sem dor
- 1 a 3: dor leve
- 4 a 6: dor moderada
- 7 a 10: dor intensa

Mensurar a dor é muito importante! Existem escalas que podem ajudar na identificação da intensidade da dor, o quanto a dor interfere nas atividades diárias, bem como a eficácia do tratamento e a extensão do problema.



Em crianças, especialmente menores, podem ser usadas escalas com desenhos de faces, além da observação de comportamento, choro e irritabilidade. Além da intensidade, é importante questionar de forma mais detalhada, conforme apresentado a seguir, visto que essas respostas ajudam tanto no autocuidado quanto na avaliação profissional.

- A dor impede dormir?
- Atrapalha caminhar, trabalhar ou estudar?
- Está piorando?
- Volta com frequência?
- Veio acompanhada de outros sintomas?

É essencial, dentro da temática da dor, **além da orientação de profissionais de saúde, o reforço do protagonismo do indivíduo, mediante a inclusão do ensinamento do autocuidado no plano de cuidado.** A capacidade de manejar pequenas dores e doenças, de forma responsável, seguindo as orientações descritas em bula e informadas por um profissional capacitado dentro do âmbito de **dose segura, intervalos corretos de administração e tempo máximo de uso, é benéfica tanto no gerenciamento da dor quanto na melhoria do bem-estar e da qualidade de vida e na alocação de recursos e custos em saúde.**

Afinal, **a carga econômica de doenças no Brasil é considerável** e uma ampliação acentuada é esperada para o futuro como resultado do envelhecimento acelerado da população e, também, devido a melhorias na sobrevida, que podem exigir tratamentos de longo prazo e de diferentes níveis de complexidade.

Quem está com dor? Olhar para o indivíduo

A dor precisa ser compreendida no contexto de quem a sente. Cada faixa etária tem necessidades específicas. O cuidado deve ser individualizado.

Crianças

Nem sempre elas conseguem explicar o que sentem. Podem manifestar dor por choro, irritação, apatia, dificuldade para brincar, alterações no sono ou recusa de alimentos. A atenção dos cuidadores é fundamental.

Adultos

Muitas vezes os adultos podem continuar sua rotina e adiar cuidados, minimizando sintomas importantes. Isso pode atrasar diagnósticos e piorar quadros tratáveis.

Idosos

Podem relatar menos a dor, atribuí-la ao envelhecimento ou apresentar sinais diferentes, como confusão, fraqueza e redução da mobilidade. Merecem atenção especial.

Em algum momento da vida, **todos nós teremos uma experiência dolorosa** - de evolução aguda ou crônica - gerando um grau de sofrimento e importante demanda aos serviços de saúde.

Assim, a avaliação implica a realização de entrevistas abertas que possibilitem a compreensão da queixa de dor, incluindo os aspectos emocionais envolvidos, as dificuldades nas relações familiares e sociais e ainda a habilidade potencial de enfrentamento da dor e dos fatores que a influenciam.

Gerenciamento da dor: conhecimento e percepção

O manejo adequado da dor começa pelo **entendimento de que sentir dor é um sinal do corpo e merece atenção. Nem toda dor indica gravidade, mas toda dor comunica que algo precisa ser observado.** Reconhecer suas características, como local, intensidade, duração, fatores que pioram ou aliviam, e sintomas associados, ajuda na tomada de decisões mais seguras e eficazes.

Também é importante **compreender que a percepção da dor varia entre as pessoas.** Idade, experiências anteriores, medo, ansiedade, estresse, privação de sono e contexto emocional podem influenciar

como a dor é sentida e expressa.
Por isso, **comparar a dor de uma pessoa com a de outra raramente é adequado.**

O manejo adequado da dor (aguda ou crônica) engloba o tratamento do indivíduo como um todo, sendo importante considerar uma abordagem multifatorial, incluindo aplicação de tratamento farmacológico e tratamentos não farmacológicos, como autocuidado, exercícios físicos/fisioterapia, psicoterapia, práticas integrativas e complementares em saúde.

1. Como manejar os tipos de dor: tratamento farmacológico

Em situações comuns e autolimitadas, como dor de cabeça ocasional, cólica menstrual, dor muscular leve ou desconforto associado a resfriados, medicamentos isentos de prescrição (MIPs) podem auxiliar no alívio dos sintomas, desde que utilizados de forma responsável.

Segundo os **princípios da escala analgésica da Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO)**, o tratamento farmacológico baseia-se na intensidade da dor, sua natureza e risco. É importante se avaliar as contraindicações de cada fármaco antes de cada prescrição.

O tratamento farmacológico da dor utiliza a estratégia de três degraus, conforme a Figura 1, pautado na OMS/WHO e descrito também no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica, do Ministério da Saúde.

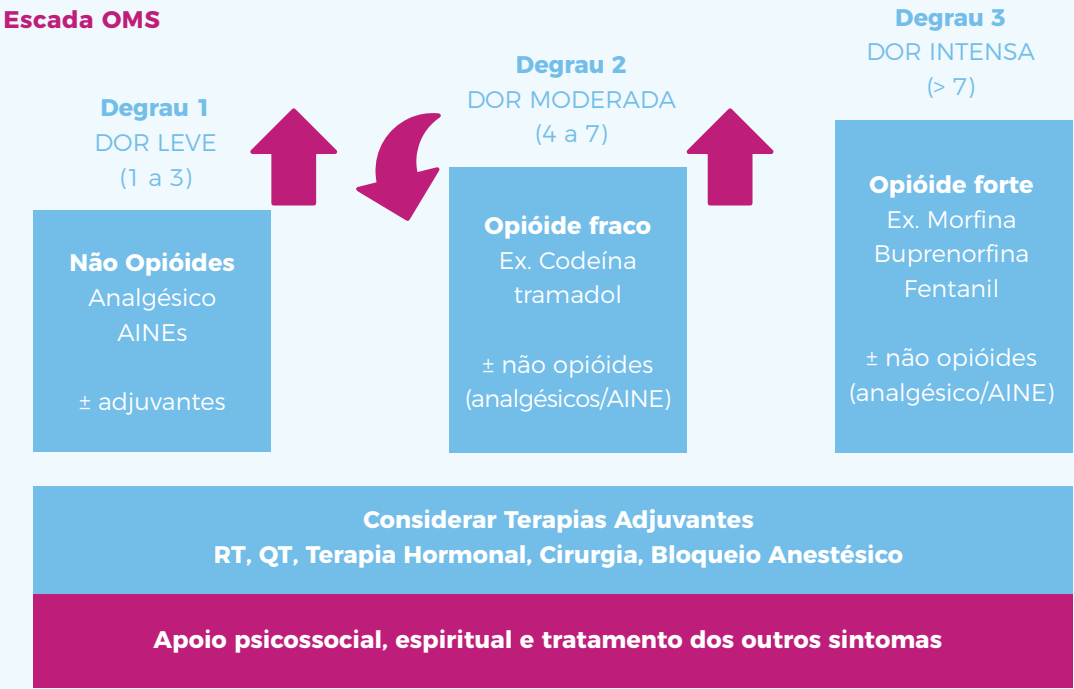


Figura 1. Adaptação da escada analgésica da OMS, baseada na analgesia por degraus. As medicações do primeiro degrau são indicadas para dor leve, do segundo para dor moderada e o terceiro para dor intensa a forte. Posteriormente o quarto degrau foi adicionado à escada original para abordar as dores refratárias ao tratamento medicamentoso.

Fonte: Adaptada de OMS, 1987 e Tsai AWW et al, 2024.

Para o uso seguro de medicamentos, recomenda-se:

- respeitar a dose indicada na bula ou orientação profissional;
- observar os intervalos corretos entre as doses;
- não ultrapassar a quantidade máxima diária;
- considerar idade e peso, especialmente em crianças;
- evitar associações entre medicamentos sem orientação;
- verificar contraindicações em casos de gravidez, doenças crônicas ou uso de outros remédios;
- suspender o uso e buscar ajuda diante de reações inesperadas.

Mais medicamento não significa melhor resultado. O uso inadequado pode causar efeitos adversos e mascarar doenças que precisam de avaliação.

2. Adjuvantes no alívio da dor: tratamento não farmacológico

Diversas medidas não medicamentosas podem ser úteis isoladamente ou em conjunto com medicamentos, dependendo do caso. Entre elas: repouso relativo; hidratação adequada; sono reparador; compressas frias ou mornas, conforme a situação; alongamentos leves; correção postural; técnicas de relaxamento e respiração; redução do estresse; ambiente calmo e acolhedor; distração e apoio emocional, entre outros cuidados.

Em crianças e adolescentes, acolhimento e presença dos cuidadores, combinados com o uso de medicamentos, podem ser uma estratégia potente para reduzir sofrimento e ansiedade, aliviar a dor. Desta forma é importante orientar pais e cuidadores a confortarem seus filhos com medidas não farmacológicas para controle da dor e que possuem evidências científicas, tais como as elencadas no **Quadro 3**, por faixa etária:

Quadro 3. Características da dor de acordo com a forma que ela é sentida.

Período neonatal e lactentes¹

- Cuidados ambientais, como diminuição do barulho e da iluminação
- Método Canguru ou contato pele a pele: coloca-se o bebê no colo da mãe ou do pai, pele a pele, em bebês estáveis clinicamente.
- Leite materno e amamentação
- Facilitated Tucking (toque facilitador): é o toque palmar, realizado na região inferior e superior do bebê ao mesmo tempo, ou seja, pés e cabeça.
- Swaddling (enrolamento): utiliza-se o cueiro para fazer a técnica do enrolamento, que não deve cobrir a face e deve deixar o quadril livre. Pode ser usada para lactentes de até seis meses.
- Música instrumental e canto de capela: pode ser usada por até 15 minutos, em prematuros maiores que 31 semanas de idade gestacional.

Crianças e adolescentes¹

- Distrações adequadas à idade: por exemplo, brinquedos, livros, soprar bolhas ou cata-ventos, bolas de estresse e usar aplicações, vídeos ou jogos em dispositivos eletrônicos.
- Reabilitação: por exemplo, fisioterapia, terapia ocupacional e educação física.
- Psicoterapia.
- Técnicas de dessensibilização.
- Abordar e cuidar da espiritualidade da criança.
- Modalidades integrativas: por exemplo, técnicas mente-corpo, como respiração diafragmática, sopro de bolhas, relaxamento muscular progressivo, biofeedback e massagem, aromaterapia, acupuntura.
- Normalização da vida (normalmente, a vida volta ao normal primeiro e só depois é que a dor diminui, e não o contrário): atividade ou exercício físico ou esportes, higiene do sono, vida social, frequência escolar.

3. Crenças sobre medicamentos e influência de familiares e redes sociais

Muitas decisões relacionadas à dor são influenciadas por opiniões de conhecidos, experiências familiares ou informações compartilhadas em redes sociais. **Embora a troca de experiências seja comum, ela não substitui a orientação técnica.**

Algumas crenças frequentes merecem cautela:

- “Se funcionou para outra pessoa, serve para mim.”
- “Se é vendido sem receita, pode ser usado sem risco.”
- “Quanto mais cedo e mais forte o remédio, melhor.”
- “Dor sempre precisa de antibiótico.”
- “Criança sente menos dor.”
- “É normal aguentar dor por muito tempo.”

Cada pessoa possui condições clínicas próprias, e tratamentos inadequados podem atrasar diagnósticos, mascarar sinais de alerta ou causar complicações. Nesse contexto, o letramento em saúde e a educação em dor são fundamentais para decisões mais seguras, para o manejo

adequado dos sintomas e para um cuidado integral centrado na pessoa.

4. Quando devo procurar ajuda? Sinais de alerta

A educação em dor e o letramento em saúde permitem que as pessoas exerçam o autocuidado de forma mais segura, reconhecendo os limites das medidas que podem ser adotadas em casa e identificando o momento adequado para buscar assistência profissional.

Pessoas bem informadas tendem a tomar decisões mais seguras, evitando tanto atrasos no diagnóstico quanto o uso inadequado de tratamentos.

E este é um dos contextos que devem ser contemplados nos programas educativos de literacia em saúde e autocuidado, ou seja, exemplificar a importância de procurar atendimento de saúde sem demora quando houver:

- dor súbita e intensa;
- dor no peito;
- falta de ar;
- febre persistente;
- rigidez no pescoço;
- vômitos repetidos;
- sangue em secreções, fezes ou urina;
- dor abdominal forte;
- dor após queda ou trauma importante;
- dor de cabeça muito intensa ou diferente do habitual;
- dor que piora progressivamente;
- dor que dura vários dias sem melhora;
- episódios frequentes e recorrentes;
- criança abatida, sonolenta ou que não se alimenta;
- idoso confuso ou com piora funcional;
- gestante com dor importante;
- entre outras condições.

A gestão do autocuidado não é uma ação isolada ou ausência de cuidado; e sim uma sequência contínua (“continuum”), em que há fases relacionadas à promoção e prevenção, controle de sinais/sintomas e doenças (automedicação responsável), suspeita, diagnóstico e tratamento ativo, buscando cuidado especializado e reabilitação, sempre que necessário.



Autocuidado farmacológico e não farmacológico

O autocuidado responsável e seguro integra medidas não farmacológicas, observação atenta dos sintomas e uso consciente de medicamentos quando apropriado. Para que isso ocorra de forma eficaz, o **letramento em saúde é fundamental**, pois permite compreender orientações confiáveis, reconhecer riscos, interpretar sinais de alerta e tomar decisões mais adequadas no cuidado cotidiano.

Nesse processo, o **profissional de saúde** tem papel essencial durante consultas, acompanhamentos e demais espaços de cuidado, ao **orientar de forma clara, individualizada e baseada em evidências** sobre prevenção, manejo da dor e uso seguro de tratamentos.

Isso inclui adotar estratégias simples e seguras para o **alívio de dores leves, monitorar a evolução do quadro e reconhecer quando a intensidade, duração ou características da dor ultrapassam o esperado**.

No **autocuidado farmacológico**, é essencial respeitar dose, intervalo e tempo de uso recomendados. Já no autocuidado não farmacológico, recursos como repouso relativo, hidratação, sono adequado, compressas, alongamentos leves, manejo do estresse e apoio emocional podem contribuir de forma significativa para o bem-estar.

Cuidar da dor não significa apenas buscar alívio imediato, mas **compreender seus sinais, agir com informação, segurança e prudência, e procurar ajuda profissional sempre que necessário**.

Conclusão

A dor é um sinal relevante do organismo e merece ser reconhecida, avaliada e manejada de forma adequada. **Em muitas situações, pode ser aliviada com medidas simples, autocuidado seguro e uso responsável de medicamentos; em outras, representa um alerta para condições que exigem investigação e acompanhamento profissional.** Compreender os diferentes tipos de dor, **valorizar o letramento em saúde e investir em educação em dor** favorecem decisões mais conscientes, reduzem riscos e promovem melhor qualidade de vida.

Mais do que aliviar sintomas, cuidar da dor significa compreender os sinais do corpo, agir com responsabilidade e tomar decisões informadas ao longo da jornada de cuidado. O autocuidado responsável fortalece a autonomia das pessoas, sem substituir o acompanhamento profissional quando necessário, contribuindo para um cuidado mais seguro, efetivo e centrado na pessoa.





5

Automedicação: riscos e responsabilidades no tratamento

Dra. Nádia Takako Bernardes Suda

Farmacêutica da Unidade de Terapia Intensiva, semi-intensiva e Grupo GIRAFÁ/UNIFESP. Doutoranda pelo Programa de Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria/UNIFESP. Mestre em Ciências pela UNIFESP.

Especialista em Gestão em Saúde- UAB/UNIFESP.

Especialista em Qualidade e Segurança do paciente pela ENSP/FIOCRUZ

Dra. Simone Brasil de Oliveira Iglesias

Médica Pediatra Intensivista. Especialista em Bioética, Suporte Nutricional Enteral e Parenteral, e Cuidados Paliativos Pediátricos. Docente da Disciplina de Pediatria Geral e Comunitária do Departamento de Pediatria da UNIFESP.

Presidente do Departamento Científico de Medicina da Dor e Cuidados Paliativos da SBP.

Cofundadora da Rede Brasileira de Cuidados Paliativos Pediátricos

Introdução

Autocuidado é definido pela capacidade de indivíduos, famílias e comunidades de promover a saúde, prevenir doenças, manter a saúde e lidar com doenças e deficiências com ou sem o apoio de um profissional de saúde. Com o acesso crescente às informações em saúde tem se **notado um maior protagonismo dos indivíduos no gerenciamento de sua própria saúde**, entretanto, para que esses contribuam com a promoção da saúde, as informações devem ser embasadas em **dados científicos e práticas baseadas em evidências**.

A dor é reconhecida como um dos principais fatores associados à automedicação, favorecendo o uso de medicamentos isentos de prescrição (MIPs). No Brasil, os **analgésicos e antitérmicos representam as classes farmacológicas mais frequentemente empregadas nessa prática**. Esses estão entre os medicamentos mais utilizados pela população para o tratamento de dores agudas e episódios febris.

Além disso, estudo nacional que avaliou a qualidade de vida de usuários da Atenção Primária à Saúde identificou a **dimensão “dor/desconforto” como a alteração mais frequentemente relatada pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)**, acometendo mais da metade dos participantes. Aproximadamente **50,7% dos entrevistados referiram algum grau de dor ou desconforto**, enquanto cerca de 10% relataram dor intensa ou extrema.

Dentre os grupos populacionais mais vulneráveis aos riscos da automedicação com analgésicos incluem-se idosos, crianças, gestantes, pessoas com multimorbidade, doenças crônicas, baixo peso ou desnutrição. Nesses indivíduos, características fisiológicas e clínicas específicas podem alterar a farmacocinética e a farmacodinâmica

dos medicamentos, aumentando a probabilidade de eventos adversos e complicações relacionadas ao tratamento.

Embora o alívio rápido dos sintomas represente um benefício relevante para a população, a automedicação com analgésicos não está isenta de riscos. **Quando utilizados de forma adequada, esses medicamentos apresentam perfil de segurança favorável; entretanto, seu uso inadequado pode resultar em:**

- efeitos adversos;
- interações medicamentosas;
- mascaramento de doenças subjacentes e;
- atraso no diagnóstico de condições potencialmente graves.

Dessa forma, o **uso racional de MIPs deve conciliar a autonomia do indivíduo com a segurança terapêutica**, especialmente em grupos mais vulneráveis. Esses achados reforçam que **a dor constitui um importante problema de saúde pública** e ajudam a explicar a elevada procura por medicamentos de venda livre para seu manejo. Nesse contexto, a **atuação de médicos e farmacêuticos é fundamental para promover o uso racional dos medicamentos**.

“ Dentre os grupos populacionais mais vulneráveis aos riscos da automedicação com analgésicos incluem-se **idosos, crianças, gestantes, pessoas com multimorbidade, doenças crônicas, baixo peso ou desnutrição. ”**

Automedicação responsável versus autoprescrição

É importante **distinguir a automedicação responsável da autoprescrição inadequada**. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a **automedicação responsável como a utilização de medicamentos aprovados para o tratamento de sintomas leves e autolimitados**, realizada de acordo com as orientações da bula e, sempre que possível, com aconselhamento de um profissional de saúde.

No Brasil, essa prática é respaldada pela RDC nº 98/2016 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que define os **critérios para enquadramento de medicamentos como isentos de prescrição (MIPs) e reconhece a autonomia do indivíduo no manejo de determinados problemas de saúde**, desde que haja acesso a informações adequadas e orientação profissional quando necessário. Dessa forma, os **MIPs constituem importante ferramenta para a automedicação responsável, contribuindo para a autonomia do paciente e para o uso mais eficiente dos recursos de saúde**.

Diante do exposto, **a automedicação responsável não deve ser compreendida como transferência integral da responsabilidade pelo tratamento ao indivíduo**. Ao contrário, há necessidade do compartilhamento de responsabilidades entre usuários, profissionais de saúde e o sistema de saúde.

Nesse sentido, a **Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente**, publicada recentemente em 2026, **destaca a participação ativa da pessoa como elemento fundamental para a segurança assistencial**, desde que acompanhada de acesso a informações adequadas, apoio profissional e tomada de decisão compartilhada.

Entretanto, na prática, **a automedicação frequentemente se aproxima da autoprescrição e do uso irracional de medicamentos, caracterizados pela escolha inadequada do tratamento**, utilização de doses incorretas, prolongamento do uso além do recomendado e ausência de acompanhamento profissional. Nesses casos, as decisões terapêuticas são tomadas sem conhecimento técnico suficiente, muitas vezes baseadas em experiências prévias, recomendações de familiares ou amigos e informações obtidas em fontes não confiáveis.

Nesse contexto, destaca-se o papel do farmacêutico, especialmente na orientação sobre os MIPs. Além disso, médicos e farmacêuticos são capazes de avaliar **fatores individuais que influenciam a segurança e a eficácia do tratamento**, tais como:

- idade
- presença de doenças crônicas
- peso corporal
- uso concomitante de outros medicamentos
- função hepática e renal
- histórico de alergias.

A automedicação responsável é apenas um dos componentes do autocuidado.

O manejo adequado da dor também envolve medidas não farmacológicas, como repouso quando indicado, atividade física, hidratação, sono adequado, alimentação equilibrada e outras estratégias recomendadas conforme a causa da dor. Os medicamentos devem ser utilizados como parte de um cuidado mais amplo e nunca como única resposta para todos os sintomas.

O papel do farmacêutico

Os farmacêuticos ocupam posição estratégica na promoção do uso racional de medicamentos e na prevenção dos riscos associados à automedicação. Esses profissionais podem avaliar se o medicamento é

apropriado para o sintoma apresentado, identificar potenciais interações medicamentosas, orientar quanto à posologia adequada, à duração do tratamento e alertar sobre contraindicações, bem como reconhecer sinais e sintomas que demandam encaminhamento para avaliação médica.

Estudos demonstram que **intervenções farmacêuticas contribuem para aumentar a segurança e a efetividade do uso de analgésicos de venda livre**, favorecendo **melhor controle da dor e reduzindo a ocorrência de problemas relacionados aos medicamentos**. Além disso, os farmacêuticos figuram entre as principais fontes de informação confiável sobre segurança e uso adequado de medicamentos.

O papel do médico

A avaliação médica é particularmente importante quando a dor apresenta maior intensidade, persiste por período prolongado ou ocorre de forma recorrente. Nesses casos, o médico pode realizar uma investigação diagnóstica adequada, identificar a causa subjacente do sintoma, instituir o tratamento mais apropriado e monitorar a resposta terapêutica e possíveis efeitos adversos.

Nos quadros de dor crônica, a abordagem médica permite a **elaboração de um plano terapêutico individualizado, frequentemente baseado em estratégias multimodais que combinam tratamentos farmacológicos e não farmacológicos**, com o objetivo de proporcionar melhor controle dos sintomas e maior qualidade de vida ao indivíduo.

Principais riscos da autoprescrição de analgésicos na dor

1. Uso de doses inadequadas

Um dos riscos mais frequentes da automedicação é a **utilização de doses inadequadas, tanto acima quanto abaixo das recomendações**. Doses **excessivas** aumentam o risco de toxicidade, lesões hepáticas, renais e gastrointestinais, além de outros eventos adversos. Por outro lado, em indivíduos com dor grave ou recorrente, doses insuficientes podem não proporcionar alívio adequado da dor, favorecendo a repetição do uso e o consumo indiscriminado do medicamento ultrapassando a dose máxima recomendada. (Kim J et al., 2021)

Os erros de prescrição e a dosagem de analgésicos, **particularmente em crianças**, representam um risco significativo, com taxas de erro mais que o dobro das observadas em adultos, pois a **dose dos medicamentos deve ser calculada de acordo com o peso e a idade**.

Os estudos destacam que a administração de medicamentos pediátricos frequentemente ocorre por **decisão dos cuidadores, que nem sempre dispõem de informações adequadas para realizar esse cálculo de forma segura**. Um estudo brasileiro identificou **prevalência de automedicação de 22,2% entre crianças**, sendo mais frequente entre as mais velhas e aquelas pertencentes a famílias de menor nível socioeconômico e sem plano de saúde. As **principais condições associadas à automedicação foram dor, febre, resfriado e rinite alérgica**, destacando-se os analgésicos e antipiréticos entre os medicamentos mais utilizados.

Isso reforça a **necessidade de educação tanto para profissionais de saúde quanto para os indivíduos** sobre o uso seguro desses medicamentos.

2. Mascaramento de sintomas importantes

A dor desempenha importante função biológica como sinal de alerta para alterações ou danos no organismo. Seu alívio temporário após o uso

de analgésicos pode gerar uma **falsa percepção de resolução do problema, mascarando sintomas e retardando a procura por avaliação médica.**

Como consequência, o diagnóstico e o tratamento de condições potencialmente graves podem ser postergados. Exemplos incluem meningite, apendicite, infecções graves, artrites inflamatórias e neoplasias, cujos sinais iniciais podem ser atenuados pelo uso inadequado de analgésicos, dificultando o reconhecimento precoce da doença e o início oportuno do tratamento.

3. Interações medicamentosas

Estudos demonstram que muitos usuários utilizam analgésicos concomitantemente a outros medicamentos, prática que aumenta o **risco de interações medicamentosas, duplicidade terapêutica e potencialização de efeitos adversos.**

Esse risco é ainda maior entre pessoas com doenças crônicas, que frequentemente fazem uso contínuo de múltiplos medicamentos. Uma análise cruzada dos dados da **Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM)** identificou elevada prevalência de hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares e depressão entre usuários da atenção primária à saúde, condições que geralmente demandam tratamento farmacológico prolongado.

Além disso, **muitas pessoas desconhecem que analgésicos isentos de prescrição podem interagir com outros medicamentos.** Um exemplo relevante é a associação entre anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e anticoagulantes, que aumenta significativamente o risco de sangramentos.

4. Eventos adversos

Os **eventos adversos relacionados a medicamentos constituem um importante problema de saúde pública.** Estudos nacionais demonstram elevada frequência dessas ocorrências, especialmente entre indivíduos que praticam automedicação, sendo os **eventos adversos geralmente de natureza leve, evitáveis e associados a medicamentos de uso frequente** pela população. Os principais sintomas relatados são: sonolência, náuseas, dor epigástrica, tontura e desconforto gastrointestinal.

Além disso, **pesquisas evidenciam conhecimento limitado da população sobre a segurança dos analgésicos** de venda livre. Muitos usuários desconhecem os riscos associados ao uso inadequado desses medicamentos, incluindo irritação gástrica, sangramento gastrointestinal, toxicidade hepática e comprometimento renal.

Embora sejam conhecidos e documentados os impactos dos eventos adversos em relação à redução da qualidade de vida e aumento da demanda por serviços de saúde, é importante destacar que os MIPs são amplamente utilizados pela população e que são seguros quando empregados nas doses recomendadas.

5. Uso indiscriminado e banalização da dor

A ampla disponibilidade dos analgésicos contribui para a percepção de que esses medicamentos são totalmente seguros. No entanto, **seu uso frequente para qualquer tipo de desconforto pode levar à banalização da dor, reduzindo a atenção dada a esse importante sinal clínico.**

A dor persistente ou recorrente deve ser adequadamente avaliada, pois pode representar manifestação de condições que necessitam de diagnóstico e tratamento específicos. Estudo sobre qualidade de vida na atenção primária demonstrou que indivíduos com doenças crônicas, como artrite, osteoartrite, reumatismo, depressão e doenças cardiovasculares, apresentavam **piores índices de qualidade de vida, sendo a dor um dos principais fatores associados a essa redução.**

Dessa forma, embora os analgésicos desempenhem papel importante no controle dos sintomas, **seu uso não deve substituir a investigação das causas subjacentes da dor, especialmente quando os sintomas persistem** ou se repetem ao longo do tempo.

6. Situação especial: automedicação em crianças

A automedicação pediátrica exige cautela adicional. Diferentemente dos adultos, as crianças apresentam metabolismo diferenciado, maior sensibilidade a efeitos adversos, necessidade de doses individualizadas e maior risco de intoxicação por erros de cálculo.

Os estudos mostram que a decisão de medicar geralmente é tomada pelos **pais ou cuidadores, frequentemente baseada em experiências prévias ou orientações informais**. Isso aumenta a possibilidade de erros de dosagem e de uso inadequado dos medicamentos. (Pons ES et al., 2024)

Além disso, crianças muitas vezes não conseguem expressar adequadamente a intensidade e as características da dor, dificultando a identificação de situações que necessitam avaliação médica.

7. Dor, qualidade de vida e uso racional dos medicamentos

Estudo transversal com os achados da (PNAUM) demonstrou que a dor é um dos principais fatores associados à pior qualidade de vida dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciando a magnitude desse problema e a necessidade de estratégias eficazes para seu manejo. Contudo, o **controle da dor vai além da simples administração de medicamentos**. O uso racional dos analgésicos pressupõe **diagnóstico adequado, escolha da terapia mais apropriada, monitoramento da resposta ao tratamento, prevenção de eventos adversos e reavaliação periódica** da necessidade de sua manutenção.

Nesse contexto, **a educação em saúde e o fortalecimento da assistência farmacêutica** desempenham papel fundamental na promoção do uso seguro e racional dos medicamentos, contribuindo para reduzir os riscos associados à automedicação e melhorar os resultados em saúde.

Para o uso seguro de analgésicos, é fundamental seguir as **orientações da bula, respeitar as doses recomendadas, observar contraindicações e possíveis interações medicamentosas e evitar o uso prolongado sem orientação profissional**. Também é importante armazenar os medicamentos adequadamente e mantê-los fora do alcance de crianças.

A **avaliação médica deve ser procurada** diante de dor intensa, persistente ou progressiva, dor associada a febre alta, vômitos ou outros sinais de alerta, ausência de melhora com analgésicos de venda livre, além de situações envolvendo crianças pequenas, idosos ou pessoas com doenças hepáticas, renais, cardíacas ou gastrointestinais.

Conclusão

A automedicação com analgésicos é uma prática frequente no Brasil e pode contribuir para o alívio de dores leves e autolimitadas quando realizada de forma responsável.

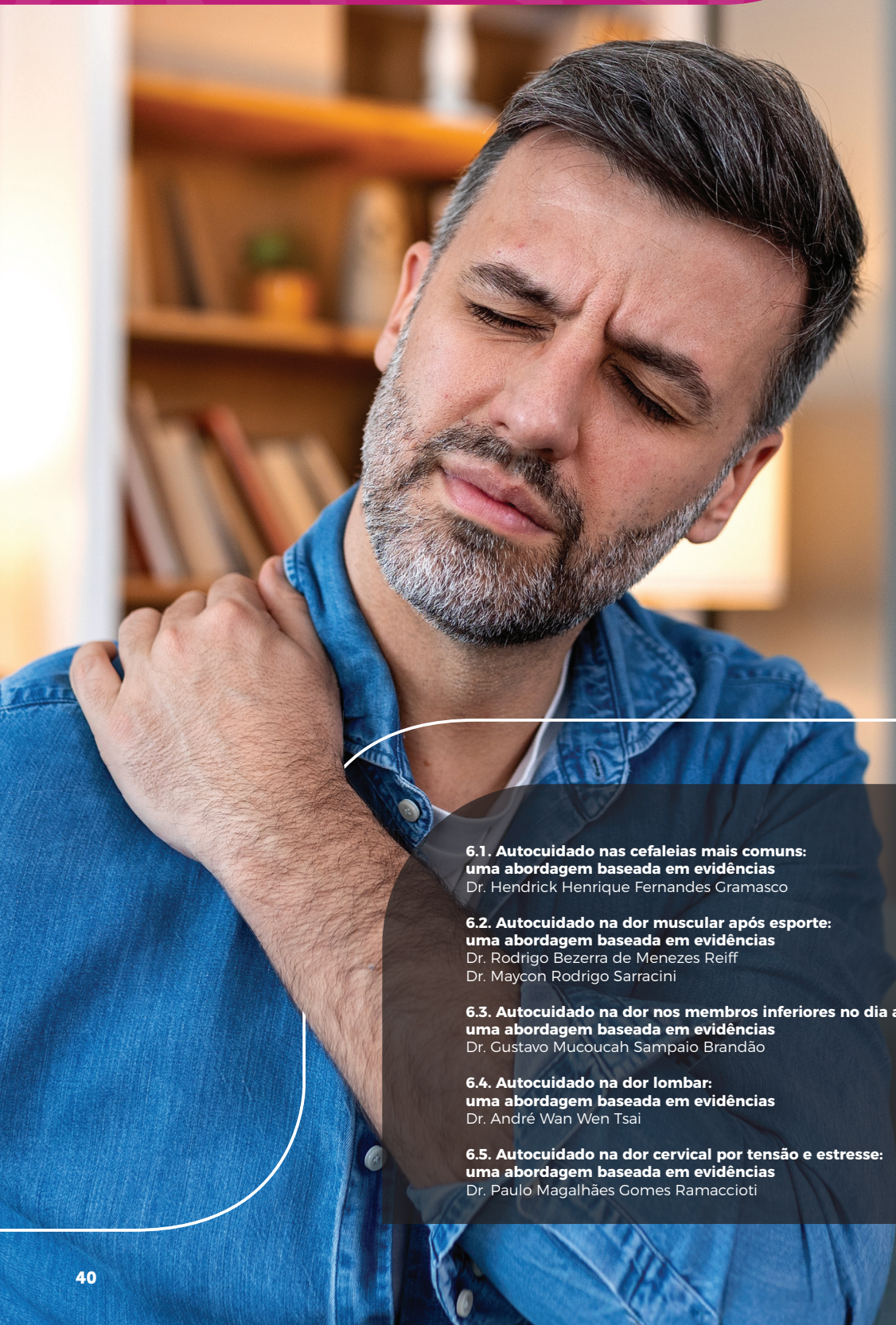
Entretanto, o uso sem orientação adequada está associado a riscos importantes, como doses incorretas, interações medicamentosas, eventos adversos e mascaramento de doenças que requerem diagnóstico e tratamento específicos.

As evidências demonstram que a dor é um problema de saúde pública relevante e um dos principais fatores relacionados à pior qualidade de vida da população. Nesse contexto, **o uso racional dos analgésicos, aliado à orientação de médicos e farmacêuticos, à educação em saúde e à valorização da dor como um sinal clínico que merece avaliação adequada, é fundamental para garantir maior segurança, eficácia terapêutica e qualidade de vida aos indivíduos.**

Assim, a automedicação responsável é uma importante ferramenta de autocuidado quando realizada com informação, responsabilidade e respeito às orientações de uso dos medicamentos. Conhecer os próprios sintomas, utilizar corretamente os MIPs e reconhecer o momento de buscar atendimento profissional são atitudes que fortalecem a autonomia das pessoas e contribuem para um cuidado mais seguro, efetivo e consciente.

6

Continuidade do cuidado no gerenciamento da dor



6.1. Autocuidado nas cefaleias mais comuns: uma abordagem baseada em evidências

Dr. Hendrick Henrique Fernandes Gramasco

6.2. Autocuidado na dor muscular após esporte: uma abordagem baseada em evidências

Dr. Rodrigo Bezerra de Menezes Reiff
Dr. Maycon Rodrigo Sarracini

6.3. Autocuidado na dor nos membros inferiores no dia a dia: uma abordagem baseada em evidências

Dr. Gustavo Mucoucah Sampaio Brandão

6.4. Autocuidado na dor lombar: uma abordagem baseada em evidências

Dr. André Wan Wen Tsai

6.5. Autocuidado na dor cervical por tensão e estresse: uma abordagem baseada em evidências

Dr. Paulo Magalhães Gomes Ramacciotti

Autocuidado nas cefaleias mais comuns: uma abordagem baseada em evidências

As cefaleias mais comuns na prática médica são as ditas “**cefaleias primárias**”, condições em que “**a doença consiste no sintoma**”, ou seja, a dor de cabeça é a **manifestação principal do quadro e não é causada por outra condição**. Algumas cefaleias secundárias, entretanto, também podem ser manejadas apenas com medicações sintomáticas, principalmente aquelas relacionadas a quadros infecciosos simples, tais como resfriado comum, rinossinusite aguda, por exemplo.

Como a **cefaleia é um fenômeno subjetivo de dor**, é difícil de diagnosticar e de tratar, sendo considerada como importante problema de saúde que pode levar à piora de qualidade de vida, diminuindo a capacidade para o trabalho, para o estudo e para o lazer.

“ **A dor de cabeça não afeta apenas o bem-estar. Ela também pode comprometer as atividades do dia a dia, interferindo no trabalho, nos estudos, na convivência social e na qualidade de vida.** ”

De acordo com a Sociedade Internacional de Cefaleia e demais achados da literatura, a **cefaleia é um sintoma extremamente frequente na população geral**, chegando a ser raro encontrar um indivíduo que nunca tenha experimentado uma crise sequer de cefaleia em toda sua vida.

A prevalência de cefaleia, ao longo da vida, chega a **93% nos homens e 99% nas mulheres. Além disso, cerca de 40% das pessoas têm cefaleia com certa regularidade**; enquanto 5% a 10% da população procuram atendimento médico de forma periódica em razão dessa condição.

A **cefaleia também representa um importante impacto econômico** para os indivíduos, suas famílias e os sistemas de saúde. Além dos custos relacionados ao tratamento, as crises podem resultar em **perda de produtividade, absenteísmo e redução da qualidade de vida**. Estudos

internacionais demonstram que esse impacto é significativo em diferentes países:

- **No Irã**, indivíduos com cefaleia gastam, em média, US\$ 1.046 com serviços médicos, US\$ 132 com serviços não médicos e US\$ 1.432 decorrentes da perda de produtividade por ano;
- **Nas Filipinas**, a média anual de custos por perda de produtividade devido à incapacidade causada pela cefaleia foi de US\$ 556 por pessoa;
- **Na Índia**, indivíduos com cefaleia perderam entre 4,3% e 5,8% do tempo produtivo. A perda de tempo de trabalho remunerado representou 40%;
- **Na Austrália**, adotando um modelo matemático projetivo, com indivíduos entre 20 e 64 anos e com histórico de

cefaleia, apontou ao longo de 10 anos, uma perda estimada total de 2.577.783 anos de vida ajustados pela qualidade (QALYs) na coorte estudada, o que corresponde a uma redução média de 2,02 QALYs por indivíduo. Em termos populacionais, essa perda representa 2,43% do total de QALYs esperados para a coorte, evidenciando um impacto substancial tanto sobre a sobrevida quanto sobre a qualidade de vida dos participantes. Além da perda expressiva de saúde, há um elevado ônus para o sistema de saúde, uma vez que o modelo estimou um custo total de AU\$ 1,67

bilhão em despesas com assistência à saúde (IC95%: AU\$ 1,16–2,37 bilhões), equivalente a um custo médio de AU\$ 1.313 por pessoa (IC95%: AU\$ 914–1.862);

• **Nos Estados Unidos**, uma pesquisa online sobre os custos diretos e indiretos da cefaleia relatou que o custo direto da doença representava cerca de 60% a 64% do custo total, sendo a maior parte (70%) desse custo direto atribuível a intervenções farmacêuticas. O custo médio anual total da cefaleia crônica (US\$ 8.243) tende a ser três vezes superior à episódica (US\$ 2.649).

O impacto econômico de qualquer doença sobre a sociedade depende da utilização e da qualidade dos serviços de tratamento disponíveis. **Quanto maiores as lacunas no diagnóstico e no tratamento de cefaleias, maior será o impacto econômico real.** Contudo, entre os poucos estudos, um deles concluiu que medidas de autocuidado em saúde,

mediante o **uso de analgésicos de venda livre, foram a estratégia de melhor custo-benefício para o tratamento da cefaleia, representando um uso altamente eficiente dos recursos de saúde.**

Entre as estratégias avaliadas, o autocuidado em saúde, incluindo o uso responsável de medicamentos isentos de prescrição (MIPs) quando indicados, mostrou-se uma alternativa custo-efetiva para o manejo de cefaleias comuns.

Principais causas de cefaleia

Considerando a dor – e especialmente a cefaleia – como um evento potencialmente estressante, a literatura aponta que **existem mais de uma centena de causas de cefaleia** e a maneira como se inicia e como evolui no tempo pode ser útil na distinção entre uma cefaleia primária e secundária. O **Quadro 1** traz as possíveis etiologias associadas a cada sinal de alerta.

Não é primária	Critério SNOOP10	Possíveis etiologias
Nova cefaleia	Mudança no padrão ou início recente da cefaleia; cefaleia progressiva e apresentação atípica; início após trauma; abuso de analgésicos ou introdução de novo medicamento no início da cefaleia.	Metástases intracranianas; lesões intracranianas; trombose venosa cerebral; medicamento introduzido recentemente; cefaleia por uso excessivo de analgésicos.
Abrupta	Início súbito ou explosivo da cefaleia.	Hemorragia subaracnóide; síndrome da vasoconstricção cerebral reversível; cefaleia sentinela; dissecação arterial; trombose venosa cerebral; hemorragia intracraniana; acidente vascular cerebral isquêmico; hipotensão intracraniana espontânea; infecções intracranianas.
Ortostatismo	Cefaleia relacionada à posição corporal.	Fístula ou vazamento de líquido cefalorraquidiano.
Exame neurológico alterado	Déficit ou disfunção neurológica (incluindo redução do nível de consciência); papiledema; dor ocular e sinais autonômicos.	Hemorragia intracraniana; AVC isquêmico; síndrome de linfocitose do líquido cefalorraquidiano; hipertensão intracraniana idiopática.
Prenhez	Gravidez ou puerpério.	Distúrbios hipertensivos da gestação; síndrome da encefalopatia posterior reversível; hipertensão arterial aguda; síndrome da vasoconstricção cerebral reversível.
Relação sexual	Cefaleia precipitada por atividade sexual.	Hemorragia subaracnoide; dissecação arterial; síndrome da vasoconstricção cerebral reversível
Idade avançada	Idade superior a 50 anos.	AVC; lesões intracranianas; arterite temporal (arterite de células gigantes).
Malignidade	História de neoplasia.	Tumores cerebrais (primários ou metastáticos).
Atividade física	Cefaleia precipitada por espirro, tosse ou exercício físico.	Hemorragia subaracnoide atraumática; dissecação da artéria basilar; síndrome da vasoconstricção cerebral reversível; malformação de Chiari.
Rash cutâneo	Sintomas sistêmicos, incluindo febre.	Meningite bacteriana ou viral; encefalite; neurotuberculose.
Infecção AIDS/HIV	Doença do sistema imunológico, como HIV.	Infecções do sistema nervoso central; eventos cerebrovasculares; epilepsia; doenças neurodegenerativas.

Nota: A tabela apresenta os sinais de alerta do SNOOP10 correspondentes a cada letra do mnemônico "NÃO PRIMÁRIA" e as possíveis etiologias associadas a cada um deles.

Abaixo serão descritas as **04 (quatro) manifestações mais observadas na população**, com destaque à relevância de uma terapêutica adequada e individualizada para que se alcance uma melhora tanto da qualidade de vida do indivíduo, quanto do ponto de vista de economia da saúde.

1. CEFALEIA DO TIPO TENSIONAL

Prevalência

- É a cefaleia mais comum na população geral, podendo acometer até 30–40% dos adultos ao longo da vida;
- Mais frequente em mulheres;
- Predomina em adultos jovens e de meia-idade;
- Associada a estresse, ansiedade, fadiga, privação de sono e tensão muscular da região cervical.

Autocuidado não farmacológico:

- Técnicas de relaxamento e manejo do estresse;
- Exercícios físicos regulares;
- Alongamentos cervicais e correção postural;
- Higiene do sono adequada;
- Hidratação regular.

Autocuidado farmacológico:

- Analgésicos simples;
- Anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), quando apropriados.

2. ENXAQUECA (MIGRÂNEA)

Prevalência

- Segunda cefaleia primária mais comum;
- Uma das principais causas de incapacidade em adultos jovens;
- Predomina em mulheres (cerca de 2 a 3 vezes mais que em homens).
- Maior frequência entre 20 e 50 anos;
- Influência hormonal importante (menstruação, gestação, menopausa).
- Histórico familiar é comum.

Autocuidado não farmacológico

- Identificação e controle de gatilhos individuais (alimentos, hábitos específicos, uso de medicações);

- Sono regular;
- Alimentação em horários regulares.
- Controle do estresse;
- Redução do consumo excessivo de álcool e cafeína;
- Ambiente escuro e silencioso durante as crises.

Autocuidado farmacológico

- Analgésicos simples e AINEs nas crises leves a moderadas;
- Tratamento precoce da crise tende a ser mais eficaz, portanto buscar avaliação médica (de preferência, especializada) em caso de refratariedade à dor é indicado.

3. CEFALEIA ASSOCIADA AO USO EXCESSIVO DE MEDICAMENTOS

Prevalência

- Uma das cefaleias crônicas mais frequentes em serviços especializados;
- Frequentemente decorrente de cefaleia primária preexistente.
- Mais comum em mulheres adultas com enxaqueca ou cefaleia tensional recorrente;
- Usuários frequentes de analgésicos.

Autocuidado não farmacológico

- Educação sobre o uso racional de medicamentos;
- Registro das crises em diário de cefaleia;
- Identificação de fatores desencadeantes.

4. CEFALEIA RELACIONADA À SINUSITE/RINOSSINUSITE AGUDA

Prevalência

- Menos comum do que muitas pessoas acreditam; frequentemente confundida com enxaqueca.

Autocuidado não farmacológico

- Hidratação;
- Lavagem nasal com solução salina;
- Umidificação ambiental quando necessário.

Autocuidado farmacológico

- Analgésicos para alívio da dor;
- Tratamento dos sintomas nasais conforme orientação profissional.

Sinais de alerta (quando buscar atendimento especializado)

Os **principais sinais de alerta** para distinguir as cefaleias secundárias das cefaleias primárias, residem nas **características da dor de cabeça, e em outros sinais e sintomas que ocorrem ao mesmo tempo**, coletados na anamnese, associados ao exame físico e são eles:

- Início súbito e muito intenso da dor/ intensidade máxima em segundos (“pior dor da vida”);
- Febre associada à cefaleia;
- Alterações neurológicas (fraqueza, confusão, dificuldade para falar);
- Cefaleia após trauma;
- Início após os 50 anos;
- Mudança importante do padrão habitual da dor;
- Cefaleia progressivamente mais frequente ou intensa;
- Rigidez de nuca ou mudança de padrão são sinais de alerta que exigem avaliação médica imediata.

Conclusões

Dentre as diversas dores que afetam as pessoas, **a cefaleia é uma das manifestações mais presentes na humanidade, apesar de toda a evolução do conhecimento da medicina.**

Após anamnese criteriosa para **caracterização da dor e fatores desencadeantes, tendo confirmado o diagnóstico de cefaleia**, deve-se planejar o tratamento, através de medidas gerais, não farmacológicas e farmacológicas.

Além do mais, **o indivíduo e seus familiares devem ser informados, em linguagem adequada**, sobre o fator genético e as questões biológicas do distúrbio, e alertados sobre os fatores que podem influenciar e modificar o curso natural da doença. Fatores desencadeantes específicos, que precisam ser identificados e, na medida do possível, evitados com o intuito de reduzir o número de crises.

Buscar novas possibilidades para cuidar de pessoas que sentem dor de cabeça é caminhar ao lado deste indivíduo, propiciando alternativas que promovam o letramento em saúde, as medidas de autocuidado, ampliando um conhecimento diverso, um arriscar-se na mudança da forma de olhar, adentrar um espaço interno para promover encontros consigo e que podem significar, ultrapassar a dor e quiçá, tornar-se livre dela.



Autocuidado na dor muscular após esporte: uma abordagem baseada em evidências

A dor muscular após a prática esportiva é uma queixa frequente entre indivíduos fisicamente ativos e entre pessoas que iniciam ou retomam exercícios após período de sedentarismo. Na maioria dos casos, trata-se de **condição autolimitada, relacionada à adaptação muscular ao esforço**. No entanto, reconhecer seus diferentes tipos e saber quando o autocuidado é apropriado, além de quando buscar avaliação profissional, é fundamental para uma recuperação segura.

Em recente revisão narrativa, publicada em 2026 e desenvolvida por um grupo internacional multidisciplinar de especialistas, aponta que a **saúde muscular - que engloba massa muscular, composição, força, desempenho físico e resultados relatados pelos indivíduos - é um determinante fundamental dos resultados clínicos ao longo da vida, além de cada vez mais reconhecida como um pilar da saúde e do autocuidado (Figura 1).**

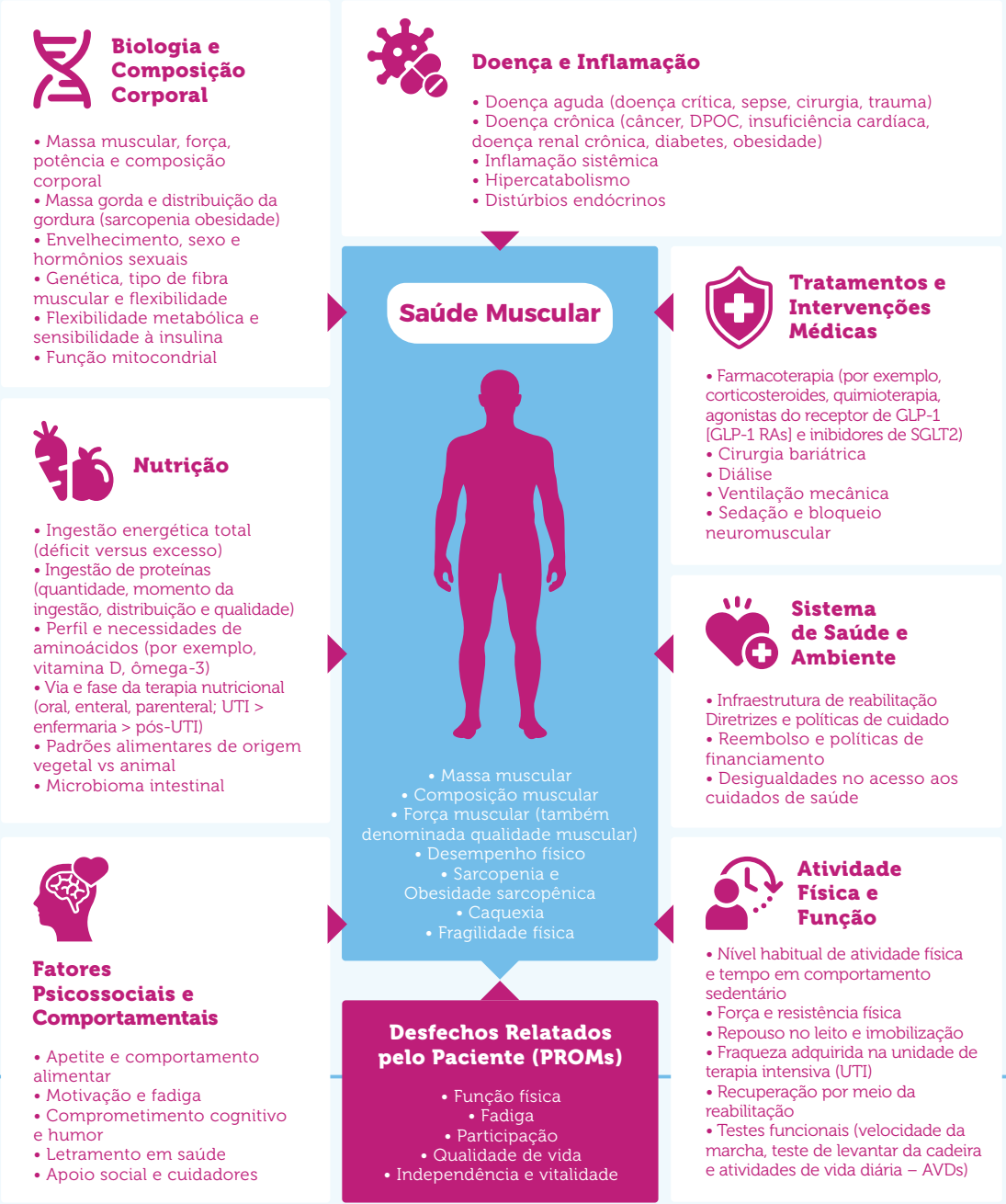


Figura 1. Quadro conceitual dos determinantes multidimensionais da saúde muscular e desfechos funcionais relacionados. Adaptado de van Zanten ARH, 2026.

O **exercício físico regular e orientado é uma das estratégias de atividade muscular** que gera força e provocando uma série de respostas fisiológicas benéficas tanto para a mobilidade e independência, mas também para a regulação metabólica, função imunológica e vitalidade e funcionamento geral ao longo da vida.

Entretanto, nesta jornada, é comum experienciar algum grau de desconforto e dor muscular após a prática. É importante destacar que não se trata, necessariamente, de uma resposta deletéria ao exercício. No entanto, em uma perspectiva prática, o desconforto causado pela mesma pode interferir na aderência ao programa de exercícios, particularmente para indivíduos iniciantes no treinamento de força.

Desta forma, a **recuperação pós-exercício é um aspecto bastante importante dentro de todo programa de condicionamento físico**, tanto para praticantes e atletas, quanto para diversos profissionais ligados à área da saúde. E o conhecimento mais aprofundado sobre os fatores etiológicos deste fenômeno favorecerá a **prescrição segura e eficiente de estratégias de manejo e autocuidado na seara da dor muscular após esporte.**

Principais causas de dor muscular após esporte

A causa mais comum é a **dor muscular de início tardio (Delayed Onset Muscle Soreness - DOMS), que geralmente aparece entre 12 e 24 horas após o exercício, com pico entre 24 e 72 horas e com resolução gradual em 5 a 7 dias.** É mais frequente após atividades intensas, movimentos não habituais ou exercícios com componente excêntrico (quando o músculo alonga enquanto contrai), como corrida em descida, musculação ou esportes com saltos e mudanças rápidas de direção.

Outras causas incluem:

- Sobrecarga muscular por excesso de volume ou intensidade de treino;
- Distensões musculares leves, com dor localizada após esforço específico;
- Cãibras associadas à fadiga, calor ou hidratação inadequada;
- Tendinopatias e dores periarticulares, muitas vezes confundidas com dor muscular.

A dor não é percebida durante o exercício ou imediatamente após seu término, uma vez que a **resposta inflamatória que se desenvolve depois do exercício** envolve a recuperação dos tecidos e está relacionada à recuperação e às adaptações musculares essenciais para o ganho funcional.

Os sintomas comuns da DOMS incluem **dor muscular, redução da força, rigidez e inchaço/edema.** A consequente diminuição da força muscular e da amplitude de movimento articular pode afetar negativamente o desempenho atlético durante o treinamento ou competição.

Quem apresenta maior risco

Alguns **grupos tendem a apresentar dor muscular com maior frequência:**

- iniciantes em programas de exercício;
- pessoas sedentárias que retornam à atividade física;
- praticantes ocasionais (“atletas de fim de semana”);
- indivíduos com sono insuficiente ou estresse elevado;
- pessoas que aumentam carga de treino rapidamente;
- idosos sem progressão adequada do exercício.

O que é a Dor Muscular de Início Tardio (DOMS)?

Você já sentiu dores musculares um ou dois dias depois de um treino ou de um dia com atividade física intensa?



Dia 1
O treino
Você realiza uma atividade física intensa.



Dia 2
A calma
Você se sente cansado, mas, estranhamente, está bem.



Dia 3
O auge da dor
Você acorda com muita dor e sensibilidade muscular. Isso é a DOMS (Dor Muscular de Início Tardio).

O que pode ser feito: plano de autocuidado responsável

As intervenções atuais para DOMS incluem **farmacoterapia anti-inflamatória e uma série de abordagens não farmacológicas** (como massagem, exercícios ativos de baixa intensidade, contraste quente-frio, crioterapia, estratégias nutricionais e fisioterápicas, dentre outros) para facilitar a recuperação, afinal tanto a inflamação quanto a dor podem ser fatores limitantes de treinamento e exercício.

A seguir serão apresentadas **intervenções utilizadas de forma profilática e/ou terapêutica com o intuito de amenizar os efeitos da DOMS**.

1. MEDIDAS NÃO-FARMACOLÓGICAS

1.1 Ajustar temporariamente a atividade física

Na presença de dor leve a moderada, recomenda-se reduzir intensidade e volume do treino, evitando exercícios que agravem os sintomas. O repouso absoluto geralmente não é necessário. Movimentos leves costumam favorecer a recuperação.

1.2 Manter movimento leve

Atividades leves, como caminhada, bicicleta ergométrica de baixa intensidade ou mobilidade articular, podem reduzir rigidez e desconforto. A inatividade prolongada tende a piorar sensação de dor e atrasar a recuperação.

Alternativamente, exercícios direcionados a partes do corpo menos afetadas devem ser incentivados para permitir a recuperação dos grupos musculares mais afetados.

1.3 Hidratação, alimentação e sono

A recuperação muscular depende de medidas básicas de saúde:

- ingestão adequada de líquidos;
- alimentação equilibrada, com proteínas e carboidratos adequados;
- sono reparador (idealmente 7 a 9 horas em adultos).

Vale destacar que a privação de sono está associada a pior recuperação e maior percepção dolorosa.

1.4 Estratégias físicas simples

Podem ajudar de forma individualizada:

- compressa fria nas primeiras horas se houver sensação inflamatória aguda ou dor mais intensa;
- compressa morna após fase inicial, especialmente para rigidez;
- alongamentos leves e progressivos;
- massagem leve ou liberação miofascial suave, se confortável.

2. MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

2.1 Uso responsável de medicamentos isentos de prescrição (MIPs)

Analgésicos simples podem ser considerados por curto período, seguindo corretamente bula, dose e contraindicações. Anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) merecem cautela: embora possam aliviar sintomas, não devem ser utilizados de forma rotineira para permitir continuidade de treinos intensos ou mascarar lesões.

Os AINEs são amplamente utilizados, principalmente, pelos seus efeitos de alívio da dor e efeito anti-inflamatório. Eles agem inibindo as enzimas envolvidas na síntese de prostaglandinas, potentes moduladores inflamatórios. Uma diminuição na resposta inflamatória leva a uma redução de edema muscular e de pressão intramuscular, dois fatores que contribuem para a dor muscular.

A literatura aponta que o uso de AINEs no tratamento de DOMS não parece ser superior às situações de controle e/ou placebo. No entanto, essas interpretações devem ser analisadas com cautela, uma vez que o tipo de AINEs, a relação dose/resposta e o volume/intensidade do esforço para induzir diferentes tipos de danos musculares variaram entre os estudos. Contudo, os principais achados indicam que as manifestações clínicas leves de DOMS não requerem tratamento com medicamentos.

Pessoas com hipertensão arterial, gastrite, doença renal, uso de anticoagulantes, gestação ou outras condições clínicas devem buscar orientação profissional antes do uso.

O que evitar

Sabe-se que o tecido muscular é capaz de produzir força quando ativado, afinal os músculos esqueléticos têm como função o deslocamento dos segmentos, a estabilização das articulações e a absorção de forças externas.

E na vigência de dor muscular, as principais medidas a serem evitadas são:

- treinar intensamente “por cima da dor”;
- aumentar carga durante recuperação;
- automedicação repetida ou combinação de medicamentos;
- massagens vigorosas em área muito dolorosa;
- imobilização prolongada sem necessidade.

Quando procurar avaliação profissional

O autocuidado não substitui avaliação em situações de alerta.

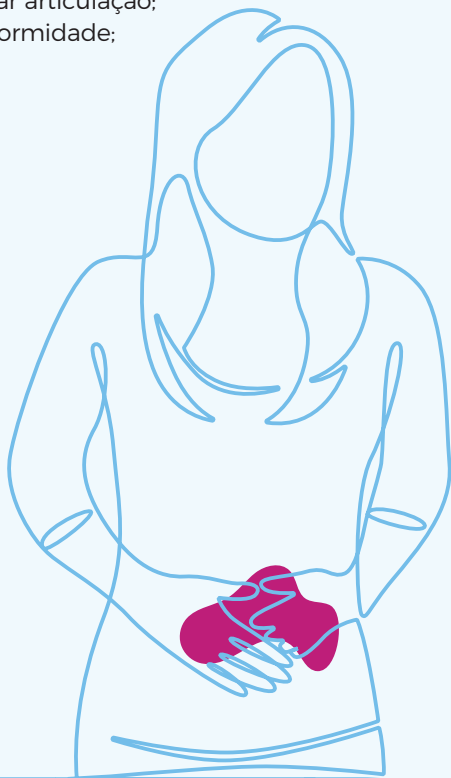
Recomenda-se procurar atendimento de saúde se houver:

- dor intensa e súbita durante o exercício;
- estalo ou sensação de rompimento;
- incapacidade de apoiar membro ou movimentar articulação;
- inchaço importante, hematoma extenso ou deformidade;
- febre ou mal-estar;
- fraqueza importante;
- urina escura após exercício intenso;
- dor persistente por mais de 7 dias ou piora progressiva.

Como prevenir novos episódios

A prevenção é a medida mais eficaz:

- aquecimento adequado;
- progressão gradual de carga e intensidade;
- técnica correta de execução;
- intervalos de recuperação entre treinos;
- fortalecimento muscular;
- hidratação regular;
- sono adequado;
- acompanhamento profissional quando possível.



Conclusões

A dor muscular após a prática de exercícios costuma representar uma resposta natural do organismo ao esforço e, na maioria das situações, pode ser manejada com medidas simples de autocuidado. Conhecer os limites do corpo, respeitar o tempo de recuperação, utilizar medicamentos de forma responsável e reconhecer os sinais de alerta são atitudes que favorecem uma prática esportiva mais segura e contribuem para uma melhor qualidade de vida.

Autocuidado na dor nos membros inferiores no dia a dia: uma abordagem baseada em evidências

A dor nos membros inferiores constitui uma das **principais causas de limitação funcional, redução da mobilidade e perda da qualidade de vida na população adulta e idosa**. É uma condição multifatorial, frequentemente associada a **doenças venosas, arteriais, neurológicas e musculoesqueléticas**.

Trata-se de um **fenômeno comum nos membros inferiores** e pode acometer especialmente a coluna vertebral lombar, a medula espinal, o encéfalo, a região lombar, abdômen, a pelve, a região glútea, a coxa, as pernas e os pés. É importante pontuar também que a **dor em si e o comportamento do indivíduo, por medo e a aflição desencadear a dor e a manutenção de uma posição antálgica**, são mecanismos que comprometem o movimento corporal e a funcionalidade.

Além do impacto físico, a dor interfere no sono, nas atividades laborais, na prática de exercícios físicos e na saúde mental. Nesse contexto, o **autocuidado assume papel fundamental como estratégia complementar ao acompanhamento médico**, permitindo ao indivíduo participar ativamente do controle dos sintomas, da prevenção de complicações e da melhora funcional.

O **autocuidado em saúde no geral e na queixa de dor compreende medidas farmacológicas e não farmacológicas realizadas pelo próprio indivíduo**, incluindo mudanças de hábitos de vida, prática regular de atividade física, controle de fatores de risco cardiovasculares e reconhecimento precoce de sinais de alerta. **A orientação adequada é essencial para que o indivíduo consiga distinguir sintomas habituais de manifestações potencialmente graves**.

O **autocuidado em saúde não significa autodiagnóstico ou tratamento sem orientação**. Significa conhecer o próprio corpo, adotar hábitos saudáveis, utilizar medicamentos de forma responsável quando apropriado e reconhecer precocemente situações que exigem avaliação por um profissional de saúde.

Principais causas de dor nos membros inferiores

Para determinação da natureza da dor é necessário conhecer os **aspectos biomecânicos da coluna lombar e sacral, a anatomia e fisiologia dos elementos vasculares e musculoesqueléticos** dos membros inferiores e a **anatomia e função do plexo lombar e sacral e dos troncos nervosos** oriundos dessas estruturas.

A avaliação do indivíduo deve ser feita de maneira completa, seguindo as etapas da anamnese, exame físico e exames subsidiários. É importante **descrever quando, como e os fatores de melhora e de piora e quais foram as tentativas de tratamento pregressas** que deram mais ou menos resultado e, tão importante

quanto a descrição é verificar os **aspectos ortopédicos, reumatológicos, fisiátricos, neurológicos vasculares e psíquicos**.

A seguir, serão detalhadas as 05 (cinco) dores mais comuns nos membros inferiores, em relação à abordagem terapêutica multimodal para cada situação.

1. DOENÇA VENOSA CRÔNICA

Entre as causas mais prevalentes de dor em membros inferiores encontra-se a **doença venosa crônica**, popularmente conhecida pelas **varizes e pela insuficiência venosa**.



Essa condição acomete cerca de **60% a 80% da população adulta, sendo mais frequente em mulheres entre 30 e 60 anos, gestantes, obesos, idosos e indivíduos que permanecem longos períodos em pé.**

Sua fisiopatologia está relacionada à insuficiência das válvulas venosas e à disfunção da bomba muscular da panturrilha, levando ao refluxo venoso e à hipertensão venosa crônica. Como consequência, ocorre **estase sanguínea, edema e inflamação microvascular**. Os sintomas mais comuns incluem **sensação de peso, dor em queimação, edema vespertino, câibras noturnas e fadiga nas pernas.**

O **autocuidado não farmacológico apresenta grande importância**, destacando-se a prática regular de caminhadas, exercícios para fortalecimento da panturrilha, elevação dos membros inferiores ao longo do dia, controle do peso corporal e redução do tempo prolongado sentado ou em pé. O uso de meias compressivas, quando adequadamente indicado, também auxilia no controle sintomático.

Em relação ao **autocuidado farmacológico**, analgésicos simples podem ser utilizados em episódios leves de dor. **Entretanto, sinais como dor súbita intensa, vermelhidão importante, endurecimento venoso ou surgimento de úlceras devem motivar avaliação médica precoce.**

2. DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA

Outra causa frequente de dor nos membros inferiores é a **doença arterial**

periférica, cuja **prevalência varia entre 3% e 7% da população geral**, podendo atingir até 20% dos indivíduos acima de 70 anos. A doença acomete principalmente **homens idosos, tabagistas, diabéticos, hipertensos e dislipidêmicos.**

Sua fisiopatologia baseia-se no **desenvolvimento de aterosclerose arterial**, com formação progressiva de placas que reduzem o fluxo sanguíneo para os membros inferiores. Durante o exercício físico e/ou nas atividades de vida diária, ocorre aumento da demanda metabólica muscular e sem o adequado suprimento de oxigênio, há um risco aumentado de isquemia transitória e claudicação intermitente.



Clinicamente, a pessoa apresenta **dor na panturrilha durante a caminhada, com melhora após alguns minutos de repouso**. Pode ocorrer ainda sensação de fadiga muscular, frialdade distal e limitação progressiva da capacidade funcional.

O **autocuidado** nesses casos deve enfatizar a interrupção completa do tabagismo, o controle rigoroso da glicemia, da pressão arterial e do colesterol, além da prática regular de caminhadas supervisionadas ou orientadas. Os cuidados diários com os pés são especialmente importantes em pessoas com diabetes.

O **tratamento farmacológico depende da prescrição médica**, mas a adesão terapêutica adequada representa componente essencial do autocuidado. **Dor em repouso, feridas nos pés e escurecimento dos dedos** podem

// Outra causa frequente de dor nos membros inferiores é a doença arterial periférica, cuja prevalência varia entre 3% e 7% da população geral //

representar sinais de isquemia crítica e exigem avaliação vascular urgente.

3. DORES MUSCULOESQUELÉTICAS

As **dores musculoesqueléticas** também representam **causa extremamente comum** de dor em membros inferiores, acometendo **aproximadamente 30% a 40% da população adulta em algum momento da vida**. São particularmente frequentes em adultos entre 25 e 55 anos, trabalhadores sedentários, indivíduos submetidos a movimentos repetitivos e pessoas fisicamente desconditionadas.



A fisiopatologia geralmente envolve **sobrecarga mecânica, microtraumas repetitivos, alterações posturais e tensão muscular crônica**. Na síndrome miofascial, ocorre formação de pontos gatilho musculares associados à sensibilização nervosa periférica. Os sintomas incluem **dor muscular difusa, rigidez, sensação de peso e piora com movimentos específicos**.

Nesse grupo de indivíduos, **o autocuidado não farmacológico é frequentemente suficiente para melhora significativa dos sintomas**. Alongamentos regulares, fortalecimento muscular, atividade física supervisionada, correção postural, hidratação adequada e compressas mornas apresentam benefícios importantes.

Analgésicos simples e anti-inflamatórios podem ser utilizados por curto período, desde que não existam contraindicações clínicas. Contudo, **febre, fraqueza progressiva, trauma importante ou**

edema intenso devem sempre motivar investigação adicional.



4. NEUROPATIA PERIFÉRICA DIABÉTICA

Outra condição relevante é a **neuropatia periférica diabética**, presente em cerca **de 30% a 50% dos indivíduos com diabetes mellitus de longa duração**.

A doença acomete principalmente indivíduos acima de 50 anos, idosos e com longo histórico clínico de diabetes.

Sua fisiopatologia está relacionada aos **efeitos da hiperglicemia crônica sobre os nervos periféricos**, envolvendo mecanismos metabólicos, inflamatórios e microvasculares que promovem degeneração progressiva das fibras nervosas. Os indivíduos frequentemente relatam **queimação, formigamento, dormência, sensação de choque e hipersensibilidade nos pés e pernas**.

O autocuidado em saúde é fundamental na prevenção de complicações graves, especialmente úlceras e amputações. O controle glicêmico rigoroso representa a principal medida preventiva. Além disso, recomenda-se:

- inspeção diária dos pés
- uso de calçados adequados
- hidratação cutânea
- prevenção de traumas térmicos ou mecânicos

Na **visão farmacológica**, neuromoduladores utilizados para tratamento da dor neuropática devem ser prescritos e acompanhados

por profissionais habilitados. **Perda importante da sensibilidade, úlceras ou infecções exigem avaliação especializada imediata.**

5. TROMBOSE VENOSA PROFUNDA

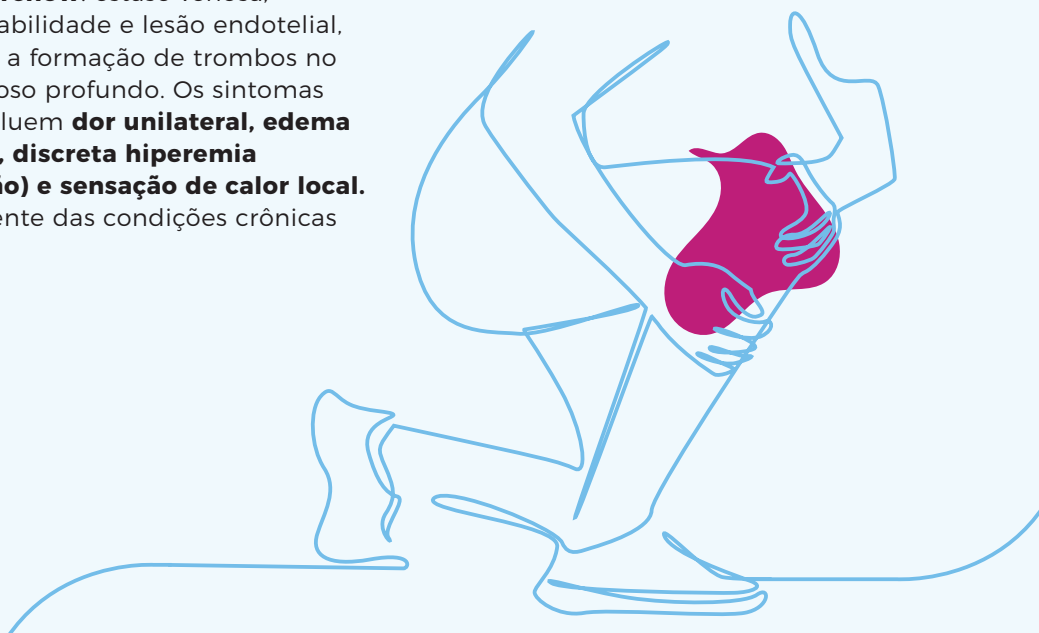
A **trombose venosa profunda** merece destaque por seu potencial de gravidade. **Sua incidência é estimada em aproximadamente 1 a 2 casos por 1.000 habitantes ao ano**, aumentando significativamente com a idade. A doença ocorre principalmente em **indivíduos acima de 40 anos, pacientes oncológicos, pessoas submetidas a cirurgias, imobilização prolongada e mulheres em uso hormonal.**

A fisiopatologia está relacionada à **triade de Virchow**: estase venosa, hipercoagulabilidade e lesão endotelial, favorecendo a formação de trombos no sistema venoso profundo. Os sintomas clássicos incluem **dor unilateral, edema assimétrico, discreta hiperemia (vermelhidão) e sensação de calor local.** Diferentemente das condições crônicas

previamente descritas, **a trombose venosa profunda não deve ser manejada exclusivamente com autocuidado.**

O **reconhecimento precoce dos sintomas é o principal papel do indivíduo nesse contexto.** Recomenda-se evitar massagens locais e procurar avaliação médica imediata. A presença de falta de ar, dor torácica ou tosse com sangue pode indicar **embolia pulmonar associada, situação potencialmente fatal.**

Conhecer o próprio corpo, reconhecer os fatores que pioram ou aliviam a dor e adotar hábitos saudáveis são atitudes que fortalecem o autocuidado e contribuem para **decisões mais conscientes** sobre quando é possível manejar os sintomas e quando é necessário procurar assistência médica.



Conclusões

Dessa forma, o **autocuidado na dor dos membros inferiores deve ser compreendido como parte integrante do tratamento global dessas condições.**

Para o **sucesso do manejo da dor, o diagnóstico preciso do tipo de dor é essencial.** O tratamento multimodal, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas, está indicado tanto para as dores agudas quanto para as dores crônicas, cujo objetivo é **otimizar a analgesia e diminuir os efeitos adversos com o uso de doses menores de cada medicamento.**

A educação e o letramento em saúde, a adoção de hábitos de vida saudáveis e o **reconhecimento adequado dos sinais de alerta permitem maior autonomia da pessoa, redução de complicações e melhora da qualidade de vida.** Entretanto, o **autocuidado nunca deve substituir o acompanhamento médico** nas situações de progressão dos sintomas, limitação funcional importante ou suspeita de doenças vasculares agudas.

Autocuidado na dor lombar: uma abordagem baseada em evidências

A dor lombar é um dos problemas de saúde **mais prevalentes no mundo e a principal causa de incapacidade funcional em adultos em idade produtiva**. No Brasil, estima-se que cerca de **70% da população apresentará pelo menos um episódio de dor lombar ao longo da vida**, e grande parte desses casos pode, e deve, ser manejada por meio de estratégias de autocuidado bem orientadas, sem necessidade de consultas de urgência ou procedimentos desnecessários.

Entretanto, esses **valores podem estar subestimados uma vez que menos de 60% das pessoas que apresentam dor lombar procuram por tratamento**. Apesar desses números, um diagnóstico específico sobre possíveis causas da dor lombar não é determinado entre 90-95% dos casos, uma vez que a dor lombar apresenta caráter multifatorial.

Entender **a natureza da dor lombar, reconhecer os sinais de alerta e saber como agir** são habilidades que transformam o **indivíduo em protagonista do próprio cuidado, aliviando também a sobrecarga do sistema de saúde**.

Além disso, a **dor lombar é um dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho** mais recorrentes, causando **absenteísmos no trabalho e custos médicos elevados com o tratamento, sendo assim considerada um importante problema de saúde pública**.

Principais causas de dor lombar

Diversos fatores podem estar associados à dor lombar, como **posturas inadequadas, traumatismos, estresses ocupacionais, práticas esportivas, obesidade, déficits musculares, inflamações, tumores, infecções e anomalias congênitas (escoliose, lordose e encurtamento dos membros inferiores)** podem causar dor difusa e constante na região lombar, que é agravada durante atividades prolongadas, ortostatismo, posição sentada, decúbito, esforços físicos e movimentos.

Na sequência, serão descritas as 04 (quatro) síndromes mais comuns, pela perspectiva de quem são e como se manifestam.

1. LOMBALGIA AGUDA INESPECÍFICA

Quem acomete: adultos de 30 a 60 anos, ambos os sexos, com leve predominância em trabalhadores com **esforço físico repetitivo ou permanência prolongada na posição sentada**.

É a **forma mais comum de dor lombar** e, na grande maioria dos casos, tem origem

muscular ou ligamentar, normalmente sem lesão estrutural. Costuma surgir após **movimentos bruscos, esforço excessivo ou postura prolongada**. A boa notícia: cerca de **90% dos episódios se resolvem espontaneamente em até seis semanas**.



Autocuidado não farmacológico:

- Manutenção das atividades cotidianas dentro do limite da dor — repouso absoluto e prolongado é prejudicial;
- Aplicação local de calor (bolsa térmica por 15 a 20 minutos) para alívio muscular;
- Exercícios leves, preferencialmente orientados por profissional, de alongamento lombar e fortalecimento do CORE, que é a musculatura do abdômen, lombar, quadril, pelve, glúteos e músculos respiratórios, formando um verdadeiro “cinturão muscular”;
- Técnicas de relaxamento e gerenciamento do estresse (meditação,

respiração diafragmática), que impactam diretamente a percepção da dor.

Autocuidado farmacológico:

- Analgésicos isentos de prescrição (MIPs) são opções de primeira linha para alívio da dor aguda, quando usados conforme a bula e por períodos curtos;
- Relaxantes musculares tópicos (géis e cremes de venda livre) podem oferecer alívio adicional localizado.

Atenção: a persistência da dor por mais de quatro semanas, ou o surgimento de sinais de alerta (detalhados no **QUADRO 1**), indica necessidade de avaliação médica.

Autocuidado farmacológico:

- MIPs para manejo de crises: analgésicos e AINEs conforme orientação médica prévia;
- Uso criterioso e por um período breve, evitando a cronificação do uso de medicamentos.



2. LOMBALGIA CRÔNICA

Quem acomete: adultos acima de 45 anos, com maior prevalência em

3. DOR LOMBAR DE ORIGEM DISCAL (HÉRNIA DE DISCO)

Quem acomete: adultos de 30 a 50 anos, com leve predominância masculina;

mulheres, obesos, sedentários e indivíduos com histórico de episódios agudos recorrentes.

Definida como **dor com duração superior a 12 semanas, a lombalgia crônica envolve componentes físicos, emocionais e comportamentais**. Seu manejo exige uma abordagem multidimensional, o que torna o gerenciamento especialmente relevante.

Autocuidado não farmacológico:

- Prática regular de atividade física aeróbica de baixo impacto (caminhada, natação, hidroginástica) tem evidência sólida de benefício;
- Pilates, yoga e tai chi: estudos demonstram eficácia na redução da dor e melhora da funcionalidade;
- Acupuntura: reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) e incorporada ao Sistema Único de Saúde (SUS) como Prática Integrativa e Complementar (PICS), com evidências de redução da dor e melhora da qualidade de vida em lombalgias crônicas;
- Educação sobre a dor (pain neuroscience education): compreender os mecanismos da dor crônica reduz o medo, melhora a adesão ao tratamento e a autonomia do indivíduo.

frequentemente associada a esforço físico intenso, ficar muito tempo sentado, sedentarismo ou tabagismo.

Caracteriza-se por dor lombar que **irradia para a perna (ciatalgia), podendo acompanhar formigamento ou fraqueza**.

A maioria dos casos (mais de 90%) responde bem ao tratamento conservador, sem necessidade cirúrgica.

Autocuidado não farmacológico:

- Manutenção de atividade física adaptada, evitando movimentos de flexão intensa do tronco;
- Fisioterapia e fortalecimento muscular são pilares fundamentais do tratamento conservador;
- Posicionamento adequado ao dormir (decúbito lateral com travesseiro entre os joelhos);
- Adoção de práticas integrativas e complementares em saúde (PICS).

Autocuidado farmacológico:

- MIPs para controle sintomático da dor e inflamação nos episódios agudos, conforme orientação médica prévia.

4. LOMBALGIA EM MULHERES: ASPECTOS ESPECÍFICOS

Mulheres apresentam maior prevalência de dor lombar crônica, especialmente no **período perimenopausal e em associação com condições como osteoporose, síndrome da dor miofascial e endometriose**.

O plano do autocuidado deve incluir atenção à saúde óssea (ingestão adequada de cálcio e vitamina D, com suplementação orientada por médico), prática de exercícios de resistência e avaliação ginecológica nos casos de dor com componente pélvico.



Sinais de alerta: quando buscar atendimento médico imediatamente

A coluna cervical deve ser examinada pesquisando-se a **amplitude dos movimentos, flexão e extensão, lateralização e rotação**; ocorrência de dor à movimentação e crepitação podem indicar lesões musculares ou alterações degenerativas da coluna.

Apesar da importância do autocuidado, o mesmo tem limites claros. A presença de qualquer um dos sinais abaixo (“red flags”) exige avaliação médica urgente, sem demora.

Conclusões

A dor lombar custa ao Brasil bilhões de reais por ano em afastamentos, consultas evitáveis e procedimentos desnecessários. Indivíduos bem orientados sobre o gerenciamento e o autocuidado na dor buscam atendimento de emergência com menos frequência, aderem melhor ao tratamento e recuperam mais rapidamente a funcionalidade.

Neste contexto, **o autocuidado pode ser compreendido como estratégia de saúde pública eficaz.** Promover o letramento em saúde sobre dor lombar, ensinando a população a reconhecer, classificar e manejar adequadamente a maioria dos episódios, é uma das **estratégias mais custo-efetivas disponíveis para a sustentabilidade do sistema de saúde.**

O papel do profissional de saúde, nesse contexto, não é apenas tratar, mas também **educar, orientar e apoiar a pessoa para que desenvolva confiança e autonomia no cuidado da própria saúde.**

QUADRO 1. Identificação de sinais de alerta na dor lombar

- Dor lombar associada a perda de força ou sensibilidade nos membros inferiores
- Perda de controle urinário ou intestinal
- Febre associada à dor nas costas
- Dor intensa que não melhora com repouso e analgésicos
- Histórico de câncer, uso de corticoides prolongado ou trauma recente
- Início da dor após os 50 anos, sem causa aparente

Autocuidado na dor cervical por tensão e estresse: uma abordagem baseada em evidências

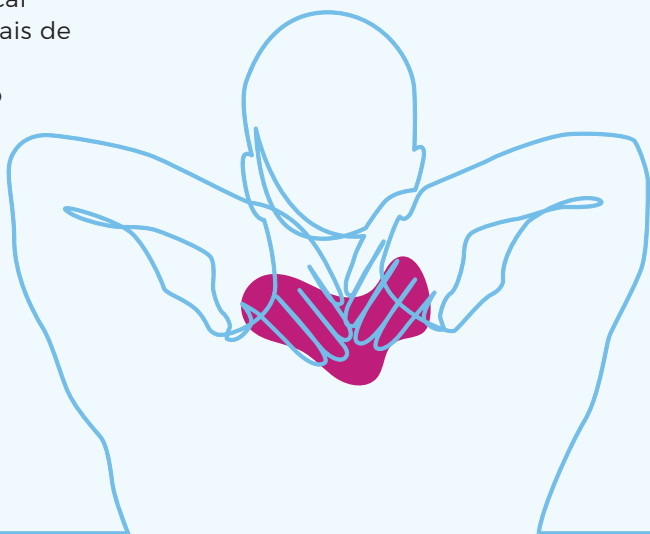
A dor na coluna é um dos problemas de saúde mais comuns e pode levar à incapacidade, à perda de funcionalidade e ao afastamento do trabalho. Quem sofre com isso costuma precisar de mais consultas, exames, remédios, fisioterapia e, às vezes, até de internações e cirurgias. Tudo isso contribui para faltas no trabalho, queda de produtividade, custos previdenciários mais altos e aposentadorias antecipadas.

Essas dores incluem a dor cervical (no pescoço), a dorsalgia (nas costas) e a lombalgia (na lombar), que podem vir de doenças nos músculos e ossos, problemas nos discos da coluna, desgaste das articulações ou compressão de nervos - mas, em boa parte dos casos, não é possível identificar uma causa específica. O estresse e outros fatores emocionais podem influenciar o surgimento e a evolução dessas dores, assim como erros na prática de exercícios e a sobrecarga no trabalho. A dor cervical vem se tornando cada vez mais comum. Estima-se que metade dos adultos vai sentir dor no pescoço em algum momento da vida, e que 75% deles terão a dor de volta nos cinco anos seguintes.

O impacto econômico é grande e envolve gastos com tratamento, queda de produtividade e problemas no trabalho. Em 2016, entre 154 condições de saúde estudadas nos Estados Unidos, a dor lombar e a cervical foram as que mais consumiram recursos da saúde, cerca de US\$ 134,5 bilhões. Em 2012, a dor cervical afastou do trabalho 25,5 milhões de americanos, que ficaram em média 11,4 dias sem trabalhar.

O estudo *Global Burden of Disease* (GBD) analisa a perda de saúde causada por doenças, lesões e fatores de risco em 204 países. Suas edições vêm mostrando o peso das condições musculoesqueléticas - e da dor cervical em particular - para ajudar profissionais de saúde e gestores públicos a planejar estratégias mais eficazes de avaliação e tratamento, caracterizando a dor cervical por sinais comuns, como sensibilidade ao toque e movimento limitado, e reforçando que suas causas são multifatoriais.

Nas últimas décadas, a forma de entender a dor mudou bastante. Hoje sabemos que ela nasce da interação entre corpo, mente e contexto social - o chamado modelo biopsicossocial.



aces

Assim, estresse no trabalho, ansiedade, depressão, hábitos de vida pouco saudáveis, sedentarismo, sobrecarga física e más posturas - agravadas pelo uso excessivo de celular e redes sociais - podem tanto desencadear quanto manter a dor cervical. Por isso, **combinar tratamento medicamentoso e não medicamentoso** costuma ser o caminho mais eficaz para mudar essa evolução.

Principais causas de dor cervical

A dor cervical é uma condição bastante variada e um desafio de saúde na sociedade atual. Diante do estresse, os músculos da face, da cabeça e do pescoço tendem a ficar mais tensos e ativos, o que pode gerar dor e desconforto em quem está exposto a essa sobrecarga.

As evidências mostram que a dor cervical tem várias causas possíveis, entre elas:

- tensão muscular, causada por má postura, sono ruim, movimentos repetitivos ou lesões;
- sedentarismo;
- alimentação pouco saudável, que aumenta o risco de quadros inflamatórios, ganho de peso corporal, e a sobrecarga de músculos e articulações;
- alterações inflamatórias e de desgaste nos discos, articulações, ligamentos e nervos da coluna;
- lesões por acidentes de carro;
- acidentes no trabalho ou na prática esportiva;
- doenças degenerativas, como artrose nas articulações do pescoço ou compressão da medula cervical;
- doenças neurológicas e tumores.

A alimentação merece atenção como fator de risco. Dietas ricas em ultraprocessados,

açúcar e gorduras de má qualidade favorecem um estado de inflamação de baixo grau no corpo, o que pode aumentar a sensibilidade à dor e dificultar a recuperação dos tecidos. O ganho de peso, por sua vez, sobrecarrega a coluna cervical, altera a postura e aumenta a tensão sobre músculos e articulações do pescoço. Cuidar da alimentação, portanto, também é cuidar da coluna.

Vale destacar que os músculos do pescoço não trabalham sozinhos - eles fazem parte de verdadeiros trilhos musculares, cadeias de músculos e fáscias (o tecido que envolve e conecta a musculatura) que se estendem por diferentes regiões do corpo. Um bom exemplo é o equilíbrio entre o esternocleidomastóideo e o esplênio da cabeça, músculos que ajudam a sustentar a cabeça em posição neutra.

Quando esse equilíbrio se rompe - como na postura de cabeça para a frente, comum no uso prolongado do celular e do computador - outros músculos, como o trapézio e o elevador da escápula, passam a assumir esse trabalho de sustentação, o que costuma gerar pontos de tensão e dor muitas vezes atribuídos apenas ao estresse. Entender esse conceito ajuda a explicar por que o tratamento da dor cervical, em muitos casos, precisa olhar além do pescoço, considerando também a postura, os ombros e a forma como o corpo se movimenta como um todo.

Estudos de base populacional investigaram vários fatores de risco modificáveis e não modificáveis para a dor cervical, e mostram associação mais forte com o sedentarismo, o tempo diário de uso do computador, fatores psicológicos (como estresse e sono ruim) e o sexo feminino. A Figura 1 mostra a relação entre fatores individuais/biológicos, fatores psicológicos e o risco de dor cervical.

Em casos mais severos, o médico pode prescrever relaxantes musculares para ajudar a aliviar a tensão nos músculos do pescoço.

Figura 1. Potenciais fatores de risco biológicos e psicológicos para a dor cervical. Adaptado de *Neck pain: global epidemiology, trends and risk factors*. Kazeminasab S et. al, 2022.

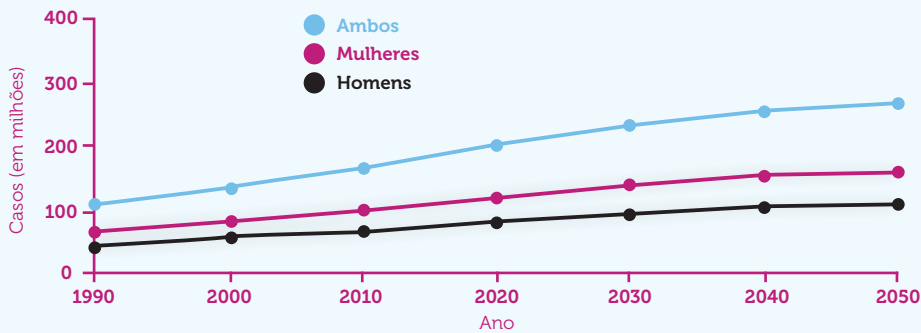
Fatores de Risco para Dor no Pescoço



Dados da pandemia de COVID-19 mostraram piora do estilo de vida, mais ansiedade e estresse, além de aumento do tempo sedentário e do home office - muitas vezes sem adaptação do espaço de trabalho -, fatores associados ao aumento da dor cervical.

Com base nas projeções populacionais e nos dados do Estudo de Carga Global de Doenças, estima-se que, em 2050, **269 milhões de pessoas no mundo terão dor cervical** - um aumento de 32,5% em relação a 2020. Desse total, 160 milhões serão mulheres e 109 milhões, homens (**Figura 2**).

Figura 2. Estimativas globais de casos de dor cervical de 1990 a 2050. Pensando no futuro - tanto na saúde quanto na economia -, é fundamental entender melhor os mecanismos por trás das causas e dos fatores de risco da dor cervical, priorizar o uso racional de medicamentos e ampliar o letramento das pessoas em autocuidado em saúde.



Plano de autocuidado no gerenciamento da dor cervical por tensão e estresse

Passar mais de seis horas por dia usando dispositivos móveis, manter o pescoço curvado por muito tempo, usar várias telas ao mesmo tempo e não fazer pausas regulares são hábitos associados a um risco maior de dor cervical. Isso mostra que **comportamentos do dia a dia são fatores modificáveis**, importantes para a prevenção da dor - o que reforça a importância de orientações ergonômicas e de pausas regulares nas atividades sedentárias.

Do ponto de vista do **autocuidado** em saúde, esses achados são bastante relevantes. A OMS reconhece o autocuidado como o conjunto de ações que, apoiadas pelo sistema de saúde, ajudam as pessoas a promover saúde, prevenir doenças, controlar sintomas e lidar com condições de menor complexidade. No contexto da dor, o autocuidado não substitui o acompanhamento profissional - é uma estratégia complementar, que amplia a autonomia do paciente e favorece melhores resultados clínicos.

Entre as medidas não farmacológicas, **a adoção de hábitos saudáveis** é um dos pilares dessa abordagem: praticar atividade física com regularidade, manter o peso adequado, não fumar, cuidar da alimentação, controlar o estresse, dormir bem e adotar boa ergonomia no trabalho e no uso de telas são medidas de baixo custo, alta eficácia e grande potencial preventivo. Vale reforçar que uma alimentação equilibrada - com menos ultraprocessados e mais nutrientes anti-inflamatórios - ajuda a controlar o peso e a inflamação, dois fatores ligados à dor cervical. Além disso, a educação em saúde ajuda as pessoas a reconhecer cedo os sinais de piora, usar com bom senso os medicamentos isentos de prescrição (MIPs) quando indicados, entender seus limites e buscar avaliação profissional quando os sintomas persistem ou surgem sinais de alerta. Para tratar a dor cervical causada por tensão e estresse, o tratamento medicamentoso costuma incluir analgésicos e anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), que ajudam a aliviar a dor e reduzir a inflamação. Em casos mais intensos, o médico pode prescrever relaxantes musculares para diminuir a tensão na musculatura do pescoço.

Mas o cuidado vai além do remédio. Educadores físicos e fisioterapeutas têm papel fundamental na educação postural, no fortalecimento muscular e na melhora da mobilidade, enquanto o acompanhamento médico ajuda a identificar se há alguma causa estrutural por trás da dor - como artrose, hérnia de disco ou outras condições já citadas - que precise de uma abordagem específica. Quando a dor persiste apesar dessas medidas, ou nos chamados casos refratários, a medicina intervencionista da dor oferece opções minimamente invasivas, como hidrodissecção de fâscias, bloqueios miofasciais e procedimentos guiados por imagem para hérnias de disco ou artroses - como bloqueios articulares e rizotomias -, além do uso crescente de ortobiológicos

(como PRP e aspirado de medula óssea, o BMA). Essas alternativas costumam ser consideradas quando não há melhora suficiente com medicamentos, fisioterapia e educação física. De todo modo, cada prática deve ser orientada por um especialista, que vai avaliar os sintomas e indicar a melhor alternativa para cada caso, sempre priorizando a qualidade de vida do paciente.

Nesse cenário, o profissional de saúde tem papel essencial como facilitador do autocuidado. Sua atuação vai muito além da prescrição: **envolve educação baseada em evidências, comunicação clara e decisões tomadas em conjunto com o paciente**. Vale lembrar que esse cuidado costuma ser mais completo com uma equipe multiprofissional - médicos, fisioterapeutas, educadores físicos e, quando pertinente, nutricionistas e outros especialistas -, cada um contribuindo com seu olhar para a mesma pessoa. Esse modelo fortalece a autonomia, melhora a adesão ao tratamento e favorece desfechos mais sustentáveis.

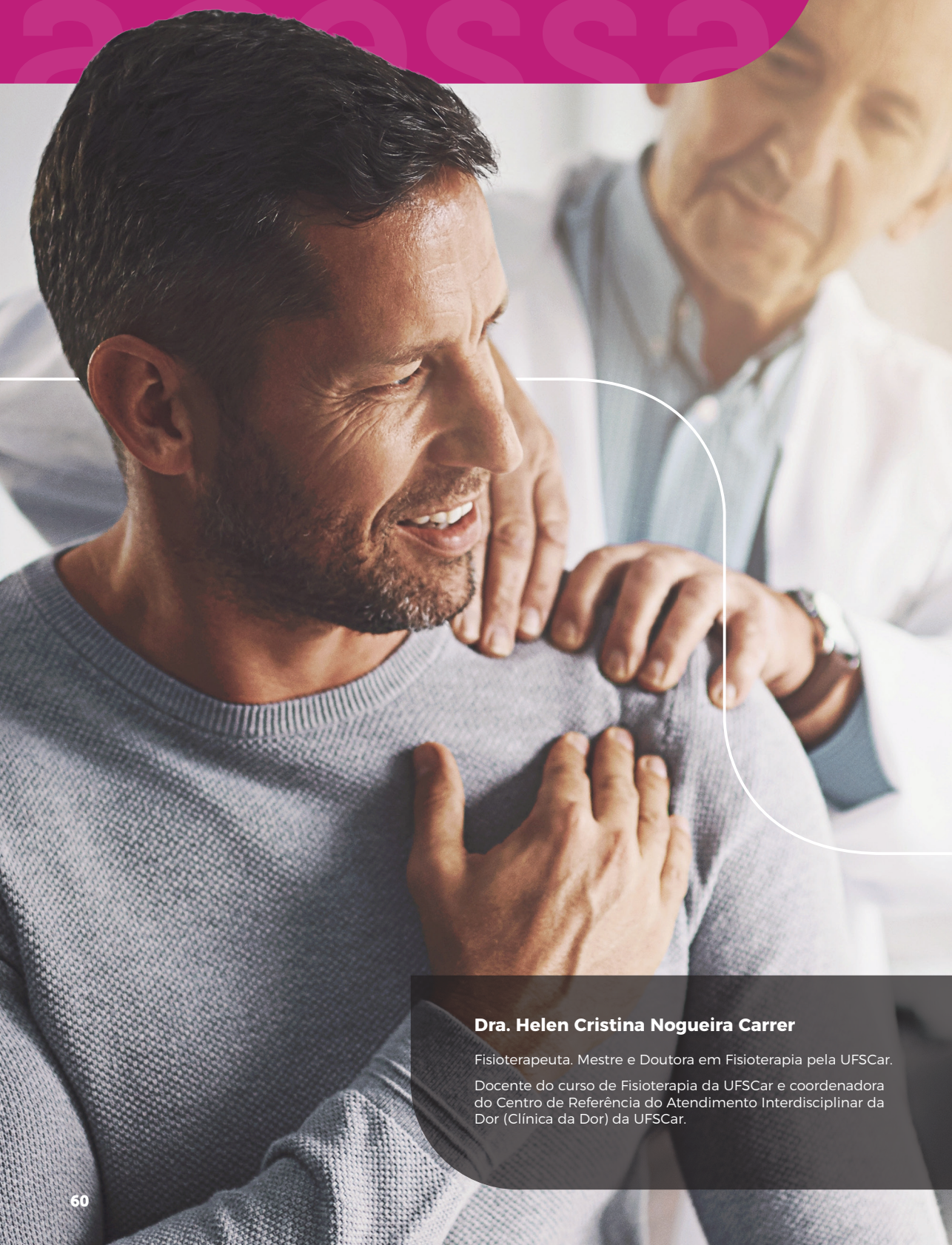
Conclusões

Em resumo, as evidências científicas disponíveis mostram que a dor cervical nasce da interação entre fatores biológicos, comportamentais, ocupacionais e psicossociais. Sua alta prevalência, somada aos impactos funcionais e econômicos dessa condição, reforça a necessidade de estratégias integradas que combinem prevenção, educação em saúde, hábitos de vida saudáveis e fortalecimento do autocuidado - que se torna, assim, uma peça estratégica das políticas de saúde contemporâneas, ajudando a reduzir o peso da dor, melhorar a funcionalidade, elevar a qualidade de vida e usar os recursos financeiros de forma mais racional.

Vale destacar ainda outros fatores de risco que refletem aspectos atuais da vida de jovens adultos. Hábitos digitais, relacionamentos/amizades e solidão têm sido apontados como relevantes entre 18 e 35 anos, e merecem mais investigação em relação à dor cervical - até porque essa é uma fase da vida em que mudanças de hábito costumam ser mais eficazes, e na qual trajetórias pessoais, profissionais e de saúde ainda estão sendo moldadas.

7

Aprendizagem da dor: como compreender a dor fortalece o autocuidado em saúde



Dra. Helen Cristina Nogueira Carrer

Fisioterapeuta. Mestre e Doutora em Fisioterapia pela UFSCar.

Docente do curso de Fisioterapia da UFSCar e coordenadora do Centro de Referência do Atendimento Interdisciplinar da Dor (Clínica da Dor) da UFSCar.

Introdução

A dor é uma experiência subjetiva, multifatorial e influenciada por aspectos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais, segundo a *International Association for the Study of Pain* (2021). Tradicionalmente, o cuidado em saúde para o tratamento da dor baseou-se **na perspectiva biomédica, centrada na identificação de lesões e na prescrição de intervenções passivas**. Nesse modelo, o **indivíduo assume um papel secundário**, frequentemente limitado à adesão às recomendações dos diferentes profissionais que atuam na assistência de pessoas com dor.

Já o **modelo biopsicossocial de cuidado em saúde considera o indivíduo de forma integral**, bem como o impacto das interações entre fatores pessoais, estrutura e função corporal, atividades e participação social. Essa abordagem aprimora a **compreensão do processo saúde-doença, uma vez que o quadro clínico não está relacionado apenas a um processo biológico unicausal centrado em um diagnóstico** fisiopatológico, mas também a **comprometimentos em outros aspectos da vida**, incluindo as relações sociais do indivíduo e o autocuidado em saúde.

Avanços **recentes na compreensão da dor**, especialmente no campo da neurociência, têm impulsionado mudanças importantes na assistência em saúde. A dor passa a ser compreendida como uma **experiência individual e dinâmica e, portanto, requer um manejo personalizado e centrado na pessoa**.

A educação em ciência da dor e o processo de aprendizagem das pessoas acometidas são pilares desse novo modelo, propondo que a experiência dolorosa pode ser modificada por meio de processos educativos, comportamentais e cognitivos.

Essa abordagem desloca o **indivíduo de uma posição passiva**, na qual a dor é algo que simplesmente acontece, para uma **posição ativa, em que ele desenvolve competências para compreender, monitorar e gerenciar sua própria condição**. Nesse contexto, o autocuidado em saúde assume papel fundamental, especialmente diante dos **desafios contemporâneos relacionados à cronicidade, à sobrecarga dos sistemas de saúde e à necessidade de sustentabilidade das políticas públicas**.

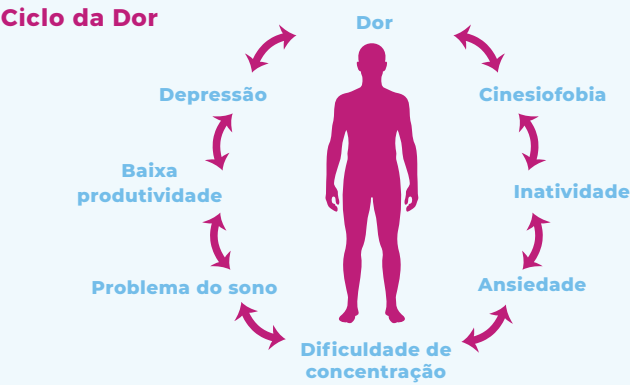
A percepção de autoeficácia em indivíduos com dor

A dor como experiência aprendida pode determinar o manejo de cada indivíduo acometido. A título de ilustração, existem pessoas que associam movimentos corporais específicos ou atividades funcionais à dor percebida e podem desenvolver comportamentos de evitação, mesmo na ausência de risco real de lesão.

Esse processo, conhecido como **cinesiofobia, contribui para a manutenção da dor e para a redução da funcionalidade**.

acesa

Da mesma forma, **experiências repetidas de dor podem reforçar circuitos neurais associados à hipersensibilidade, favorecendo a cronificação**. Nesses cenários, o processo de aprendizagem da dor pode ocorrer de forma mal adaptativa, ou seja, o indivíduo entra em um ciclo de medo e evitação permeado por sofrimento, incapacidade e cronificação do problema. Entretanto, outras condições, como autopercepção ruim de saúde, intensidade da dor, depressão e ansiedade, também podem estar associadas à cinesiofobia.



A **dor não é apenas uma questão física, sua condição pode estar ligada a aspectos emocionais e cognitivos, e intervenções que combinam diferentes estratégias farmacológicas e não farmacológicas**, tais como exercícios físicos com abordagens psicológicas, educação em dor e mindfulness, podem abordar várias dimensões da dor, levando à melhora da dor, função e qualidade de vida.

Estratégias eficazes para o gerenciamento da dor e otimizar os resultados clínicos.

A intervenção baseada em **educação em ciência da dor e resignificação da experiência dolorosa** tem sido apontada como uma das principais estratégias para promover a aprendizagem adaptativa da dor. Essa abordagem busca auxiliar o indivíduo na compreensão dos mecanismos envolvidos na percepção dolorosa, reduzindo interpretações equivocadas, como a crença de que toda dor indica dano estrutural grave ou incapacidade permanente. Espera-se que essa aprendizagem seja fundamental para o **engajamento em comportamentos funcionais e para a adesão a estratégias de autocuidado**.

Estudos recentes demonstram que intervenções educativas baseadas na ciência da dor são eficazes na redução da intensidade da dor, no medo relacionado ao movimento e na

O **letramento em autocuidado e a educação em dor visam modificar a percepção da dor pelo indivíduo**, explicando os mecanismos neurofisiológicos, assim como quando usar os medicamentos isentos de prescrição, a importância do uso responsável e os sinais de alerta; contextos que podem reduzir o catastrofismo e a hipervigilância, **promovendo uma abordagem mais ativa e confiante no manejo da dor**.

incapacidade funcional de pessoas com dor lombar. Ao compreender que a dor pode ser modulada por fatores como estresse, emoções, comportamento e contexto, **o indivíduo tende a adotar uma postura mais ativa e menos ameaçadora frente à sua condição**.

Entre os aspectos centrais desse processo, destaca-se a compreensão de que **sentir dor é uma experiência humana normal e que toda dor é real, independentemente da identificação de um diagnóstico fisiopatológico específico**. Nesse contexto, as pessoas também são informadas de que a experiência dolorosa é produzida como uma resposta de proteção, especialmente quando a ameaça percebida supera a sensação de segurança. Além disso, compreende-se que fatores contextuais, emocionais, cognitivos e sociais influenciam diretamente a experiência dolorosa.

Manejo da Dor e Intervenções de Enfermagem



Ressalta-se ainda que a **plasticidade do sistema nervoso permite adaptações positivas, favorecendo estratégias mais eficazes de controle e manejo da dor**. Essas adaptações podem ocorrer em diferentes dimensões. Na dimensão relacionada aos hábitos de vida e ao cuidado corporal, incluem práticas como exercícios físicos, melhora da qualidade do sono e alimentação equilibrada. Na dimensão cognitiva, envolvem mudanças na forma de compreender o problema, reinterpretar a experiência dolorosa e modular pensamentos e emoções, processo que pode ser favorecido por intervenções psicoterapêuticas. Já no contexto social, destacam-se ambientes que oferecem suporte ao tratamento, acolhimento e validação da experiência da pessoa com dor, reduzindo sentimentos de isolamento e favorecendo o engajamento no autocuidado.

Espera-se que o indivíduo desenvolva a **capacidade de reconhecer sinais corporais, padrões de dor e fatores desencadeantes da percepção dolorosa**. Sequencialmente, espera-se que a pessoa consiga refletir sobre os diferentes fatores associados à dor, como, por exemplo, ansiedade, conflitos interpessoais e instabilidade financeira. Por fim, espera-se que desenvolva **estratégias para lidar com a dor no dia a dia, incluindo atividade física, organização da rotina e uso adequado de recursos terapêuticos, por meio de escolhas conscientes, incluindo o uso responsável de medicamentos**.

A simples transmissão de informações, de forma isolada, tem um impacto limitado nesse processo de aprendizagem. O **acompanhamento longitudinal permite ajustes individualizados, reforço positivo e suporte** ao longo do processo. Programas de gerenciamento da dor, como a alta monitorada, por exemplo, podem constituir estratégias importantes para promoção da saúde e redução da dependência de serviços de saúde.

Conclusões

A aprendizagem da dor representa uma mudança significativa na forma como compreendemos e manejamos a experiência dolorosa.

Ao reconhecer a dor como uma condição de saúde dinâmica, abre-se espaço para intervenções que valorizam o conhecimento, a autonomia e o comprometimento do indivíduo. Contudo, essa mudança de paradigma não se restringe apenas às pessoas acometidas pela dor, mas também aos profissionais envolvidos no cuidado, que necessitam de educação continuada para promover esse processo de aprendizagem em saúde de forma efetiva, humanizada e com respaldo científico.

Acredita-se que o **aprendizado sobre dor possa transformar medo em compreensão, promover autoconhecimento e direcionar caminhos mais saudáveis para o autocuidado**. Além disso, indivíduos que compreendem melhor sua própria experiência dolorosa podem tornar-se multiplicadores de boas práticas em saúde em seus contextos familiares, ocupacionais e sociais em geral, contribuindo para a disseminação de informações mais seguras e acolhedoras.

8

Considerações Finais

Ao longo deste Guia, procuramos mostrar que a **dor faz parte da experiência humana**. Ela pode ser um sinal de alerta, uma resposta natural do organismo ou uma condição que exige acompanhamento especializado. Independentemente de sua origem, compreender a dor é o primeiro passo para cuidar melhor da própria saúde.

O conhecimento é um dos instrumentos mais poderosos para transformar a forma como lidamos com a dor. Pessoas bem informadas reconhecem os sinais do próprio corpo, compreendem os limites do autocuidado, utilizam medicamentos de forma responsável, adotam hábitos saudáveis e sabem identificar o momento certo de buscar orientação de um profissional de saúde. Assim, **o autocuidado deixa de ser uma atitude intuitiva e passa a ser uma prática consciente, segura e baseada em evidências.**

Ao longo destas páginas, também ficou evidente que o **autocuidado não significa cuidar da saúde sozinho**. Pelo contrário. Significa assumir um **papel ativo nas decisões relacionadas ao próprio cuidado, em parceria com médicos, farmacêuticos e demais profissionais de saúde**. É essa relação de confiança, informação e corresponsabilidade que fortalece a segurança do paciente, melhora os resultados em saúde e contribui para uma melhor qualidade de vida.

Da mesma forma, os **medicamentos isentos de prescrição (MIPs) representam uma importante ferramenta para o manejo responsável de sintomas e condições de baixa complexidade**, respeitando as orientações da bula, as contraindicações e os limites do autocuidado. O uso racional dos medicamentos integra uma estratégia mais ampla de promoção da saúde, na qual medidas não farmacológicas, prevenção, letramento em saúde e acompanhamento profissional caminham lado a lado.

Mais do que reunir evidências científicas e recomendações práticas, este Guia representa o compromisso da **ACESSA – Associação Brasileira da Indústria de Produtos para o Autocuidado em Saúde** com a promoção do autocuidado em saúde responsável, do letramento e da autonomia das pessoas para cuidar da própria saúde de forma segura.

Acreditamos que sistemas de saúde mais sustentáveis começam com pessoas mais bem informadas. Quando o conhecimento orienta as decisões, o cuidado torna-se mais consciente, os recursos são utilizados de forma mais adequada e toda a sociedade se beneficia.

Esperamos que este Guia seja mais do que um material de consulta. Que ele seja um convite permanente para compreender melhor a dor, fazer escolhas mais seguras e fortalecer uma cultura em que o autocuidado responsável seja reconhecido como um dos pilares da promoção da saúde e da qualidade de vida. Porque cuidar da própria saúde é um ato de autonomia, responsabilidade e compromisso com o presente e com o futuro.

E promover o **autocuidado no gerenciamento da dor significa reconhecer que o cuidado em saúde é uma responsabilidade compartilhada entre indivíduos, profissionais, gestores e sociedade.**

GUIA PRÁTICO

do Autocuidado
Responsável

acessa

associação brasileira da indústria de
produtos para o autocuidado em saúde



“ O autocuidado responsável começa com informação de qualidade. Quando o conhecimento orienta as decisões, transformamos sintomas em cuidado, cuidado em autonomia e autonomia em mais saúde para todos. ”

Cuidar da própria saúde é uma escolha que começa com informação de qualidade. O autocuidado em saúde é a capacidade de cuidar de si de forma consciente, responsável e baseada em evidências. Significa conhecer o próprio corpo, adotar hábitos saudáveis, prevenir doenças, aliviar sintomas de baixa complexidade e reconhecer o momento certo de buscar orientação de um profissional de saúde.

Mais do que uma atitude individual, o autocuidado em saúde fortalece a autonomia das pessoas, contribui para melhores resultados em saúde e promove o uso mais adequado dos recursos disponíveis, beneficiando toda a sociedade.

Ao longo deste Guia, mostramos que a dor pode ter diferentes causas e manifestações. Independentemente da sua origem, compreender os sinais do corpo e fazer escolhas informadas é o primeiro passo para um cuidado mais seguro e eficaz.

Os 7 princípios do Autocuidado Responsável



1. Conheça seu corpo

Observe seus sintomas e reconheça mudanças no seu estado de saúde. Entender como seu corpo responde é o primeiro passo para tomar decisões mais conscientes.



2. Busque informação confiável

Utilize sempre fontes baseadas em evidências científicas. Em caso de dúvida, converse com médicos, farmacêuticos ou outros profissionais de saúde.



3. Faça escolhas conscientes

O autocuidado envolve hábitos saudáveis, alimentação equilibrada, atividade física, sono adequado, controle do estresse e prevenção. Os medicamentos fazem parte desse cuidado, mas não são sua única ferramenta.



4. Utilize medicamentos de forma responsável

Os medicamentos isentos de prescrição (MIPs) podem contribuir para o manejo de sintomas e condições de baixa complexidade quando utilizados corretamente. Acesse sempre a bula, respeite as doses recomendadas e o tempo de utilização indicado.



5. Reconheça os limites do autocuidado

Nem toda dor pode ser tratada em casa. Sintomas persistentes, intensos, recorrentes ou acompanhados de sinais de alerta exigem avaliação por um profissional de saúde.



6. Conte com o apoio dos profissionais de saúde

O autocuidado não substitui o acompanhamento profissional. Médicos, farmacêuticos e demais profissionais de saúde são parceiros importantes para orientar escolhas seguras e individualizadas.



7. Seja protagonista da sua saúde

O cuidado mais eficaz é aquele construído em parceria. Pessoas bem informadas participam ativamente das decisões relacionadas à própria saúde, utilizam os recursos de forma mais adequada e contribuem para melhores resultados em saúde.

Antes de utilizar um medicamento, pergunte-se:

- Meu sintoma pode ser manejado por meio do autocuidado?
- Já consultei atentamente a bula?
- Estou respeitando a dose, o intervalo entre as administrações e o tempo máximo de uso recomendado?
- Tenho alguma condição de saúde ou utilizo outros medicamentos que exijam orientação profissional?
- Sei reconhecer os sinais de alerta que indicam a necessidade de procurar atendimento médico?



Se houver qualquer dúvida, converse com um médico ou farmacêutico.

O autocuidado tem limites Procure avaliação médica sempre que:

- a dor for intensa ou surgir de forma súbita;
- os sintomas persistirem ou piorarem;
- houver febre persistente ou associada a sinais de gravidade;
- surgirem falta de ar, dor no peito, alterações neurológicas ou outros sinais de alerta;
- houver necessidade de utilizar medicamentos repetidamente ou por períodos prolongados.



Reconhecer o momento de buscar ajuda também faz parte do autocuidado responsável.

Uma mensagem da ACESSA

Na ACESSA, acreditamos que o autocuidado responsável é um dos pilares para a promoção da saúde, da qualidade de vida e da sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Promover o autocuidado significa ampliar o acesso à informação de qualidade, fortalecer o letramento em saúde e apoiar as pessoas para que façam escolhas cada vez mais conscientes, seguras e baseadas em evidências.

Os medicamentos isentos de prescrição (MIPs) são importantes aliados nesse processo, sempre que utilizados de forma responsável, como parte de uma estratégia mais ampla de cuidado, que inclui prevenção, hábitos saudáveis e o acompanhamento dos profissionais de saúde sempre que necessário.

Porque cuidar da própria saúde não é apenas aliviar sintomas. É desenvolver conhecimento, assumir responsabilidades e fazer escolhas que promovam mais autonomia, bem-estar e qualidade de vida.

acessa

associação brasileira da indústria de produtos para o autocuidado em saúde

9

Referências Bibliográficas

1

Por que falar sobre dor e autocuidado em saúde?

Cibele Costa Zanotta

Não há referências bibliográficas.

2

Pessoas com dor e suas necessidades

Camila Leonel Mendes de Abreu

Bruno Leonel Mendes de Abreu

Barham L. Economic burden of chronic pain across Europe. *J Pain Palliat Care Pharmacother.* 2012;26(1):70-2

Booss J et al. Pain as the 5th vital sign [toolkit on the internet]. Illinois: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 2000.

Butchart A et al. Experience and management of chronic pain among patients with other complex chronic conditions. *Clin J Pain.* 2009;25(4):293-8.

Cáceres-Matos R et al. Consequences of Chronic Non-Cancer Pain in adulthood. *Scoping Review. Rev Saude Publica.* 2020;54:39. doi: 10.11606/s1518-8787.2020054001675.

Corgozinho MM et al. Dor e sofrimento na perspectiva do cuidado centrado no paciente. *Rev Bioét.* 2020;28(2):249-56.

DeSantana JM et al. Revised definition of pain after four decades. *BrJP.* 2020;3(3):197-8.

Gaskin DJ, Richard P. The economic costs of pain in the United States. En: Institute of Medicine (US), Committee on Advancing Pain Research, Care, and Education. *Relieving pain in America: a blueprint for transforming prevention, care, education, and research.* Washington, DC: National Academies Press; 2011. p.55-112

Kapos FP et al. Social Determinants and Consequences of Pain: Toward Multilevel, Intersectional, and Life Course Perspectives. *J Pain.* 2024;25(10):104608.

Lebert R et al. Massage Therapy: A Person-Centred Approach to Chronic Pain. *Int J Ther Massage Bodywork.* 2022;15(3):27-34.

Paasche-Orlow MK et al. Addressing Health Literacy. *JAMA.* 2025 May 27;333(20):1826-1827. doi: 10.1001/jama.2025.2198. PMID: 40202765.

PCDT. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica: Portaria Conjunta Saes/Saps/Secitcs/ Ms Nº 01, de 22 de Agosto de 2024.

Raja Srinivasa et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *PAIN* 161(9):p 1976-1982, 2020.

Silva JA. A dor como um problema psicofísico. *Rev dor.* 2011; 12(2):138-51

Švab I. Person-centred care, a core concept of family medicine. *Eur J Gen Pract.* 2024;30(1):2393860. doi: 10.1080/13814788.2024.2393860.

Torrance N et al. Severe chronic pain is associated with increased 10 year mortality: a cohort record linkage study. *Eur J Pain.* 2010;14(4):380-6.

Wilson N. The semantics of pain in Greco-Roman antiquity. *J Hist Neurosci.* 2013;22(2):129-43. doi: 10.1080/0964704X.2012.684610. PMID: 23586541.

WHO. World Health Organization. Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication, Geneva: 2000.

WHO. World Health Organization. Guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision. Geneva: 2022.

3

Febre: por que falar sobre?

Dra. Sílvia Maria de Macedo Barbosa

Atkins E. Fever: its history, cause, and function. *Yale J Biol Med.* 1982;55(4):283-289.

Bartfai T et al. Fever. *The Scientific World JOURNAL.* 2010;10:490-503.

Chiappini E et al. Guidelines for the symptomatic management of fever in children: systematic review

of the literature and quality appraisal with AGREE II. *BMJ Open*. 2017;7:e015404.

El-Radhi ASM. Fever management: evidence vs current practice. *World J Clin Pediatr*. 2012;1(4):29-33.

Jayashree M et al. Approach to fever in children. *Indian J Med Microbiol*. 2024;50:100650.

Kluger MJ et al. Fever and antipyresis. *Prog Brain Res*. 1998;115:465-475.

Milani GP et al. Definition and assessment of fever-related discomfort in pediatric literature: a systematic review. *Eur J Pediatr*. 2024;183:4969-4979.

Ogoina D. Fever, fever patterns and diseases called 'fever' — a review. *J Infect Public Health*. 2011;4(3):108-124.

Purssell E et al. Fever phobia: the impact of time and mortality – a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2016;56:81-89.

Roland D. Educating carers about fever – what is fever and why? *Pediatr Res*. 2024;96:33-34.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de orientação: uso de antipiréticos em pediatria. Rio de Janeiro: SBP; 2017.

Walter EJ et al. The pathophysiological basis and consequences of fever. *Crit Care*. 2016;20:200.

WHO. World Health Organization. Pocket book of hospital care for children: guidelines for the management of common childhood illnesses. 2nd ed. Genève: 2013.

4

Dor: entender para cuidar

Dra. Esther Angélica Luiz Ferreira

Álvares J et al. National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines: methods. *Rev Saude Publica*. 2017;51(suppl 2):4s. doi: 10.11606/S1518-8787.2017051007027. PMID: 29160446; PMCID: PMC5676398.

Aronson JK. Balanced prescribing. *Br J Clin Pharmacol*. 2006;62(6):629-32. doi: 10.1111/j.1365-2125.2006.02825.x. PMID: 17118122; PMCID: PMC1885185.

Bell J et al. Self-Care in the Twenty First Century: A Vital Role for the Pharmacist. *Adv Ther*. 2016;33(10):1691-1703. doi: 10.1007/s12325-016-0395-5.

Bieri D et al. The Faces Pain Scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: development, initial validation, and preliminary investigation for ratio scale properties. *Pain*. 1990;41(2):139-150. doi: 10.1016/0304-3959(90)90018-9. PMID: 2367140.

Coluzzi F et al. Chronic pain management in pregnancy and lactation. *Minerva Anestesiol*. 2014;80(2):211-24. Epub 2013 Jul 16. PMID: 23857445.

Dar-Odeh N et al. Antibiotic Prescribing for Oro-Facial Infections in the Paediatric Outpatient: A Review. *Antibiotics (Basel)*. 2018;7(2):38. doi: 10.3390/antibiotics7020038. PMID: 29693642; PMCID: PMC6022866.

Darnall BD et al. Pain Psychology and the Biopsychosocial Model of Pain Treatment: Ethical Imperatives and Social Responsibility. *Pain Med*. 2017;18(8):1413-1415. doi: 10.1093/pm/pnw166. PMID: 27425187; PMCID: PMC5914334.

Dodick DW. Pearls: headache. *Semin Neurol*. 2010;30(1):74-81. doi: 10.1055/s-0029-1245000. Epub 2010 Feb 1. PMID: 20127586.

Erhardt L et al. Task Force on the management of chest pain. Task force on the management of chest pain. *Eur Heart J*. 2002;23(15):1153-76. doi: 10.1053/euhj.2002.3194. PMID: 12206127.

Eysenbach G. What is e-health? *J Med Internet Res*. 2001;3(2):E20. doi: 10.2196/jmir.3.2.e20. PMID: 11720962; PMCID: PMC1761894.

Fink R. Pain assessment: the cornerstone to optimal pain management. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2000;13(3):236-9. doi: 10.1080/08998280.2000.11927681. PMID: 16389388; PMCID: PMC1317046.

Gazerani P. Episodic Migraine in the Pediatric Population: Behavioral Therapies and other Non-Pharmacological Treatment Options. *Curr Pain Headache Rep*. 2025;29(1):57. doi: 10.1007/s11916-025-01366-3. PMID: 40029442; PMCID: PMC11876209.

Gome HMS et al. Custos da Saúde Pública no Brasil: Uma análise entre 2004 e 2021. *Cien Saude Colet*. 2025; 30:e1132023.

ILAR. Índice de alfabetización en autocuidado. PARTE I: La importancia de alfabetización para el autocuidado. 2023. Disponível em: <https://static1.squarespace.com/static/6175aa74c8e33e3a7fd45f2f/t/68c870d7c9b78d0ad3b638f2/1757966551860/Indice+de+Alfabetizacion+en+Autocuidado+ILAR+2023.pdf>

Kim JJ et al. Economic evaluation of pharmacists prescribing for minor ailments in Ontario, Canada:

a cost-minimization analysis. *Int J Pharm Pract.* 2021;29(3):228-234. doi: 10.1093/ijpp/riab006. PMID: 33778880; PMCID: PMC8152214.

Lima MG et al. Indicators related to the rational use of medicines and its associated factors. *Rev Saude Publica.* 2017;51(suppl 2):23s. doi: 10.11606/S1518-8787.2017051007137. PMID: 29160461; PMCID: PMC5676378.

Louw A et al. The effect of neuroscience education on pain, disability, anxiety, and stress in chronic musculoskeletal pain. *Arch Phys Med Rehabil.* 2011;92(12):2041-56. doi: 10.1016/j.apmr.2011.07.198. PMID: 22133255.

Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. PORTARIA CONJUNTA SAES/SAPS/SECTICS N° 1, DE 22 DE AGOSTO DE 2024.

Nijman RG et al. Clinical prediction model to aid emergency doctors managing febrile children at risk of serious bacterial infections: diagnostic study. *BMJ.* 2013;346:f1706. doi: 10.1136/bmj.f1706. PMID: 23550046; PMCID: PMC3614186.

Raja SN et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain.* 2020;161(9):1976-1982. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001939. PMID: 32694387; PMCID: PMC7680716.

Rotta I et al. Role of community pharmacy and pharmacists in self-care in Brazil. *Explor Res Clin Soc Pharm.* 2023;10:100274. doi: 10.1016/j.rcsop.2023.100274. PMID: 37181500; PMCID: PMC10173763.

Schofield P. The Assessment of Pain in Older People: UK National Guidelines. *Age Ageing.* 2018;47(suppl_1):i1-i22. doi: 10.1093/ageing/afx192. PMID: 29579142; PMCID: PMC5888957.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria; Departamento Científico de Dor e Cuidados Paliativos. *Dores comuns em pediatria: avaliação e abordagem.* Rio de Janeiro: SBP; 2024. (Documento Científico, n° 25).

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria; Departamento Científico de Dor e Cuidados Paliativos. *Dores comuns em pediatria: avaliação e abordagem para cuidadores.* Rio de Janeiro: SBP; 2024.

SBED. Sociedade Brasileira Para os Estudos da Dor. O que é dor?. Disponível em: https://www.sbed.org/materias.php?cd_secao=76 . Acesso em 05/06/2026.

Suarez-Lledo V et al. Prevalence of Health Misinformation on Social Media: Systematic Review. *J Med Internet Res.* 2021;23(1):e17187. doi: 10.2196/17187. PMID: 33470931; PMCID: PMC7857950.

Tew MM et al. Publics' Knowledge, Perception and Practice on Management of Minor Ailment in Community Pharmacy in Malaysia. *Patient Prefer Adherence.* 2023;17:1513-1523. doi: 10.2147/PPA.S415482. PMID: 37389151; PMCID: PMC10305766.

Tsai AWW et al. Atualização no manejo da dor musculoesquelética. *Rev Bras Ortop.* 2024;59(2):160-71. DOI: 10.1055/s-0043-1776135

WHO. World Health Organization. *Cancer Pain Relief.* Geneva: World Health Organization; 1987.

WHO. World Health Organization. *Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication.* Geneva: World Health Organization; 2000.

WHO. World Health Organization. *Guidelines on the management of chronic pain in children.* Geneva: World Health Organization; 2020.

WHO. World Health Organization. *Guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision.* Geneva: World Health Organization; 2022. PMID: 35914064.

5

Automedicação: riscos e responsabilidades no tratamento

Dra. Nádia Takako Bernardes Suda
Dra. Simone Brasil de Oliveira Iglesias

Ascef BO et al. Health-related quality of life of patients of Brazilian primary health care. *Rev Saude Publica.* 2017;51(suppl 2):22s. doi:10.11606/S1518-8787.2017051007134.

Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Medicamentos.* Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n° 98, de 1° de agosto de 2016. Dispõe sobre os critérios e procedimentos para o enquadramento de medicamentos como isentos de prescrição e o reenquadramento como medicamentos sob prescrição. *Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 ago. 2016.* Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2016/rdc0098_01_08_2016.pdf. Acesso em: 12 jun. 2026.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n° 11.527, de 9 de junho de 2026. Institui a Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 10 jun. 2026.*

Chiodo AE et al. American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation Position Statement on Opioid Prescribing. *PM R.* 2026;18(1):83-86. doi:10.1002/pmrj.70000.

Dowell D et al. Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain - United States, 2016. *MMWR Recomm Rep.* 2016;65(1):1-49. doi:10.15585/mmwr.rr6501e1.

Khaled A. Assessment and Evaluation of Consumer Awareness and Self-Medication Use Practices Towards Over the Counter (OTC) Analgesics. A Cross-Sectional Study in Abha-Saudi Arabia. *J Eval Clin Pract.* 2025;31(1):e14298. doi:10.1111/jep.14298.

Kim J et al. Factors that influence how adults select oral over-the-counter analgesics: A systematic review. *J Am Pharm Assoc (2003).* 2022;62(4):1113-1123.e8. doi:10.1016/j.japh.2022.03.007.

Lee BH et al. Educating Patients Regarding Pain Management and Safe Opioid Use After Surgery: A Narrative Review. *Anesth Analg.* 2020;130(3):574-581. doi:10.1213/ANE.0000000000004436.

Medeiros EFF et al. Dipyron use in Brazil: clinical conditions, sociodemographic characteristics, population attitudes and perceptions. *Cad Saude Publica.* 2026;42:e00093125. doi:10.1590/0102-311XEN093125.

Perrot S et al. Self-medication in pain management: The state of the art of pharmacists' role for optimal Over-The-Counter analgesic use. *Eur J Pain.* 2019;23(10):1747-1762. doi:10.1002/ejp.1459.

Pons ES et al. Self-medication in children aged 0–12 years in Brazil: a population-based study. *Rev Paul Pediatr.* 2024;42:e2022137. doi:10.1590/1984-0462/2024/42/2022137.

Silva Dal Pizzol T et al. Analgesic use among the Brazilian population: Results from the National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines (PNAUM). Erratum in: *PLoS One.* 2020;15(2):e0229039. doi:10.1371/journal.pone.0229039.

Smith HS, Lesar TS. Analgesic prescribing errors and associated medication characteristics. *J Pain.* 2011;12(1):29–40. doi:10.1016/j.jpain.2010.04.007.

Sousa LAO et al. Prevalência e características dos eventos adversos a medicamentos no Brasil. *Cad Saude Publica.* 2018;34(4):e00040017. doi:10.1590/0102-311X00040017.

Tashiwa CA et al. Prescription-only medicine requests by clients: Insights from community pharmacies. *Explor Res Clin Soc Pharm.* 2025;21:100689. doi:10.1016/j.rcsop.2025.100689.

WHO. World Health Organization. Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication. Geneva, 2000. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/66154>. Acesso em: 28 maio 2026.

WHO. World Health Organization. Promoting rational use of medicine. Geneva, 2000. Disponível em: <https://www.who.int/activities/promoting-rational-use-of-medicines>. Acesso em: 28 maio 2026.

WHO. World Health Organization. Guideline on self-care interventions for health and well-being: 2022 revision. Geneva, 2022.

6

6.1 Autocuidado nas cefaleias mais comuns: uma abordagem baseada em evidências

Dr. Hendrick Henrique Fernandes Gramasco

International Headache Society (IHS). Tension-Type Headache Awareness Campaign. <https://ihs-headache.org/en/resources/tension-type-headache-awareness-campaign/>
Loder E, Rizzoli P. Tension-type headache. *BMJ.* 2008 Jan 12;336(7635):88–92. doi: 10.1136/bmj.39412.705868.AD. PMID: 18187725; PMCID: PMC2190284.

Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia.* 2018 Jan;38(1):1–211. doi: 10.1177/0333102417738202. PMID: 29368949.

Stovner LJ, Hagen K, Linde M, Steiner TJ. The global prevalence of headache: an update, with analysis of the influences of methodological factors on prevalence estimates. *J Headache Pain.* 2022 Apr 12;23(1):34. doi: 10.1186/s10194-022-01402-2. PMID: 35410119; PMCID: PMC9004186.

Krishnan A, Chowdhury D. Burden, Disability and Public Health Importance of Headache Disorders in India. *Neurol India.* 2021 Mar-Apr;69(Supplement):S4–S9. doi: 10.4103/0028-3886.315984. PMID: 34003143.

Leone DCMG, Segundo AFSM, Meira AT. “NÃO É PRIMÁRIA”: a Portuguese version of the SNNOOP10 mnemonic. *Arq Neuropsiquiatr.* 2025 Dec;83(12):1–7. doi: 10.1055/s-0045-1813240. Epub 2025 Dec 8. PMID: 41360402; PMCID: PMC12685544.

Linde M, Steiner TJ, Chisholm D. Cost-effectiveness analysis of interventions for migraine in four low- and middle-income countries *J Headache Pain.* 2015;16:15

6.2 Autocuidado na dor muscular após esporte

Dr. Rodrigo Bezerra de Menezes Reiff

Dr. Maycon Rodrigo Sarracini

Chen J et al. Differences in the Effectiveness of Different Physical Therapy Modalities in the Treatment of Delayed-Onset Muscle Soreness: A Systematic Review and Bayesian Network Meta-Analysis. *J Pain Res.* 2025;18:2993–3008. doi: 10.2147/JPR.S519242. PMID: 40538474; PMCID: PMC12178262.

Cheung K et al. Delayed onset muscle soreness : treatment strategies and performance factors. *Sports Med.* 2003;33(2):145–64. doi: 10.2165/00007256-200333020-00005. PMID: 12617692.

Garber CE et al. American College of Sports Medicine. American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Med Sci Sports Exerc.* 2011;43(7):1334–59. doi: 10.1249/MSS.0b013e318213febf. PMID: 21694556.

Hilbert JE et al. The effects of massage on delayed onset muscle soreness. *Br J Sports Med.* 2003;37(1):72–5. doi: 10.1136/bjsm.37.1.72. PMID: 12547748; PMCID: PMC1724592.

Lodo L et al. Efeito da intensidade do exercício de força sobre a ocorrência da dor muscular de início tardio. *Rev educ fis UEM.* 2013;24(2):253–9. DOI: 10.4025/reveducfis.v24.2.15137

Naderi A et al. Nutritional Strategies to Improve Post-exercise Recovery and Subsequent Exercise Performance: A Narrative Review. *Sports Med.* 2025;55(7):1559–1577. doi: 10.1007/s40279-025-02213-6.

Peake JM et al. Muscle damage and inflammation during recovery from exercise. *J Appl Physiol.* 2017;122(3):559–570. doi: 10.1152/jappphysiol.00971.2016.

Silva LPO et al. Métodos de recuperação pós-exercício. . *Rev educ fis UEM.* 2013Jul;24(3):489–508. DOI: 10.4025/reveducfis.v24.3.17487

van Zanten ARH et al. Shaping the future of muscle health: A clinical nutrition perspective and research agenda. *Clin Nutr.* 2026;61:106652. doi: 10.1016/j.clnu.2026.106652.

Wiecha S et al. Physical Therapies for Delayed Onset Muscle Soreness: A Protocol for an Umbrella and Mapping Systematic Review with Meta-Meta-Analysis. *J Clin Med.* 2024;13(7):2006. doi: 10.3390/jcm13072006. PMID: 38610771; PMCID: PMC11012564.

6.3 Autocuidado na dor nos membros inferiores no dia a dia

Dr. Gustavo Mucoucah Sampaio Brandão

- American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes 2025. *Diabetes Care*. 2025;48(Suppl 1):S1-S350.
- Bagot CN, Arya R. Virchow and his triad: a question of attribution. *Br J Haematol*. 2008;143(2):180-190.
- Beebe-Dimmer JL et al. The epidemiology of chronic venous insufficiency and varicose veins. *Ann Epidemiol*. 2005;15(3):175-184.
- Boulton AJM et al. Diabetic neuropathies: a statement by the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2005;28(4):956-962.
- De Maeseneer MG et al. Editor's Choice – European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 Clinical Practice Guidelines on the Management of Chronic Venous Disease of the Lower Limbs. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2022;63(2):184-267.
- Feldman EL et al. Diabetic neuropathy. *Nat Rev Dis Primers*. 2019;5(1):41.
- Fowkes FGR et al. Comparison of global estimates of prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2000 and 2010. *Lancet*. 2013;382(9901):1329-1340.
- Gerhard-Herman MD et al. Guideline on the Management of Patients With Lower Extremity Peripheral Artery Disease. *Circulation*. 2017;135(12):e726-e779.
- Gloviczki P et al. Society for Vascular Surgery; American Venous Forum. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. *J Vasc Surg*. 2011;53(5 Suppl):2S-48S. doi: 10.1016/j.jvs.2011.01.079. PMID: 21536172.
- Heit JA. Epidemiology of venous thromboembolism. *Nat Rev Cardiol*. 2015;12(8):464-474.
- Hiatt WR et al. Pathogenesis of the limb manifestations and exercise limitations in peripheral artery disease. *Circ Res*. 2015;116(9):1527-1539.
- Kearon C et al. Antithrombotic Therapy for VTE Disease. *Chest*. 2016;149(2):315-352.
- Maffei FHA et al. *Doenças Vasculares Periféricas*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015.
- Porto CC. *Semiologia Médica*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019.
- Rabe E et al. Epidemiology of chronic venous disorders. *Phlebology*. 2010;25 Suppl 1:2-5.
- Simons DG et al. *Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual*. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1999.
- Tsai AWW et al. Atualização no manejo da dor musculoesquelética. *Rev Bras Ortop*. 2024;59(2):160-71. DOI: 10.1055/s-0043-1776135
- Woolf AD et al. Burden of major musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ*. 2003;81(9):646-656.
- WHO. World Health Organization. Musculoskeletal conditions. Geneva, 2022.

6.4 Autocuidado na dor lombar

Dr. André Wan Wen Tsai

- Cherkin DC et al. Mindfulness-based stress reduction vs cognitive behavioral therapy or usual care for chronic low back pain: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2016;315(12):1240-1249. doi:10.1001/jama.2016.2323
- Ferreira ML et al. Self-management educational programs for low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Spine*. 2024;49(3):201-212.
- GBD 2021 Low Back Pain Collaborators. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990–2020: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol*. 2023;5(6):e316-e329. doi:10.1016/S2665-9913(23)00098-X
- Hayden JA et al. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(3):CD000335. doi:10.1002/14651858.CD000335.pub2
- Hoy D et al. The epidemiology of low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2010;24(6):769-781. doi:10.1016/j.berh.2010.10.002
- Louw A et al. The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: a systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract*. 2016;32(5):332-355. doi:10.3109/09593985.2016.1194646
- Saragiotto BT et al. Paracetamol for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;6:CD012230. doi:10.1002/14651858.CD012230
- van Tulder MW et al. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J*. 2006;15(Suppl 2):S169-S191. doi:10.1007/s00586-006-1071-2
- Vickers AJ et al. Acupuncture for chronic pain: individual patient data meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2012;172(19):1444-1453. doi:10.1001/archinternmed.2012.3654.
- Wáng YXJ et al. Low back pain and osteoporosis — a review. *Quant Imaging Med Surg*. 2021;11(8):3471-3476. doi:10.21037/qims-21-495

6.5 Autocuidado na dor cervical por tensão e estresse: uma abordagem baseada em evidências

Dr. Paulo Magalhães Gomes Ramacciotti

- Ayhualem S et al. Burden of neck pain and associated factors among smart phone user students in University of Gondar, Ethiopia. *PLoS One*. 2021;16(9):e0256794.

Cohen SP et al. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet*. 2021;397(10289):2082-2097. doi:10.1016/S0140-6736(21)00393-7.

GBD 2021 Neck Pain Collaborators. Global, regional, and national burden of neck pain, 1990-2020, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol*. 2024;6(3):e142-e155. doi:10.1016/S2665-9913(23)00321-1. PMID:38383088; PMCID:PMC10897950.

Henschke N et al. The epidemiology and economic consequences of pain. *Mayo Clin Proc*. 2015;90(1):139-147. doi:10.1016/j.mayocp.2014.09.010. PMID:25572198.

Jahre H et al. Risk factors for non-specific neck pain in young adults. A systematic review. *BMC Musculoskelet Disord*. 2020;21(1):366. doi:10.1186/s12891-020-03379-y. PMID:32517732; PMCID:PMC7285427.

Kazeminasab S et al. Neck pain: global epidemiology, trends and risk factors. *BMC Musculoskelet Disord*. 2022;23(1):26. doi:10.1186/s12891-021-04957-4. PMID:34980079; PMCID:PMC8725362.

Ladeira BM et al. Pain, smartphone overuse and stress in physiotherapy university students: An observational cross-sectional study. *J Bodyw Mov Ther*. 2023;34:104-109. doi:10.1016/j.jbmt.2023.04.018.

Malta DC et al. Dor crônica na coluna entre adultos brasileiros: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. *Rev Bras Epidemiol*. 2022;25:e220032. doi:10.1590/1980-549720220032.2.

Myers TW. Trilhos anatômicos: meridianos miofasciais para terapeutas manuais e do movimento. 3. ed. Barueri: Manole; 2016.

Pozzebon D et al. Relationship among perceived stress, anxiety, depression and craniocervical pain in nursing professionals under stress at work. *Fisioter Mov*. 2016;29(2):377-385. doi:10.1590/0103-5150.029.002.A017.

Soares JC et al. Influência da dor no controle postural de mulheres com dor cervical. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*. 2013;15(3):371-381. doi:10.5007/1980-0037.2013v15n3p371.



Aprendizagem da dor: como compreender a dor fortalece o autocuidado em saúde

Dra. Helen Cristina Nogueira Carrer

Alaiti RK et al. A. Unraveling the role of fear and avoidance behavior in chronic musculoskeletal pain: from theory to physical therapy clinical practice. *Braz J Phys Ther*. 2025;29(3):101197. doi: 10.1016/j.bjpt.2025.101197.

Garfinkel SN et al. Interoception and pain: body-mind integration, rupture, and repair. *PAIN*. 2025; 166(7):p 1470-1474 | DOI: 10.1097/j.pain.0000000000003515

Horsburgh A et al. The Relationship Between Pain and Interoception: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain*. 2024;25(7):104476. doi: 10.1016/j.jpain.2024.01.341.

Huang J et al. A neuronal circuit for activating descending modulation of neuropathic pain. *Nat Neurosci*. 2019;22(10):1659-1668. doi: 10.1038/s41593-019-0481-5.

Raja SN et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9):1976-1982. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001939.

Kerns RD et al. Self-Management of Chronic Pain: Psychologically Guided Core Competencies for Providers. *Pain Med*. 2022;23(11):1815-1819. doi: 10.1093/pm/pnac083.

Lendraitienė E et al. Effects of Pain Neuroscience Education and Physiotherapy on Chronic Low Back Pain, Fear of Movement and Functional Status: A Randomised Pilot Study. *J Clin Med*. 2024;13(7):2081. doi: 10.3390/jcm13072081.

Louw A. Therapeutic Neuroscience Education: Teaching Patients about Pain : a Guide for Clinicians. International Spine and Pain Institute, 2013. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=2YCG9ngEACAAJ>

Magi CE et al. Health Literacy and Self-Care in Patients with Chronic Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis Protocol. *Healthcare (Basel)*. 2024 Mar;12(7):762. doi: 10.3390/healthcare12070762.

Montero-Cuadrado F et al. Pain revolution in the public health system: Active coping strategies for chronic pain unit. *Braz J Phys Ther*. 2025;29(2):101176. doi: 10.1016/j.bjpt.2025.101176.

Lorimer Moseley G et al. Teaching Patients About Pain: The Emergence of Pain Science Education, its Learning Frameworks and Delivery Strategies. *J Pain*. 2024;25(5):104425. doi: 10.1016/j.jpain.2023.11.008.

Núñez-Cortés R et al. How do the target concepts of pain science education combined with exercise contribute to the effect on pain intensity and disability in patients with chronic spinal pain? A systematic review and meta-analysis with moderator analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2024;163:105740. doi: 10.1016/j.neubiorev.2024.105740.

Pianese L. Beyond the Biomedical Model: A Critical Review of the Approach to Chronic Pain and the Proposal of an Integrated Functional Model. *Cureus*. 2025;17(6):e85717. doi: 10.7759/cureus.85717.

Pickersgill JW et al. The Combined Influences of Exercise, Diet and Sleep on Neuroplasticity. *Front Psychol*. 2022;13:831819. doi: 10.3389/fpsyg.2022.831819.

Slepian PM et al. Longitudinal Analysis Supports a Fear-Avoidance Model That Incorporates Pain Resilience Alongside Pain Catastrophizing. *Ann Behav Med*. 2020;54(5):335-345. doi: 10.1093/abm/kaz051. PMID: 31711106.

Takeda I et al. Controlled activation of cortical astrocytes modulates neuropathic pain-like behaviour. *Nat Commun*. 2022;13(1):4100. doi: 10.1038/s41467-022-31773-8.



acessa

associação brasileira da indústria de
produtos para o autocuidado em saúde

Guia do Autocuidado em Saúde ACESSA

2º Fascículo
Dor: entender para cuidar

2026

Realização:
ACESSA

Consultoria de conteúdo:
Camila Leonel Mendes de Abreu
AT YOUR SIDE Consultoria

Projeto editorial:
ACESSA e AND, ALL

Projeto gráfico e diagramação:
AND, ALL



Escaneie o **QR CODE** e baixe a
versão digital do:

Guia do Autocuidado em Saúde ACESSA

2º Fascículo
Dor: entender para cuidar

acessa

associação brasileira da indústria de
produtos para o autocuidado em saúde



acessa.org.br



[instagram.com/autocuidado_acessa](https://www.instagram.com/autocuidado_acessa)



[linkedin.com/company/acessa-br](https://www.linkedin.com/company/acessa-br)