



COMITÊ DE DOR

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

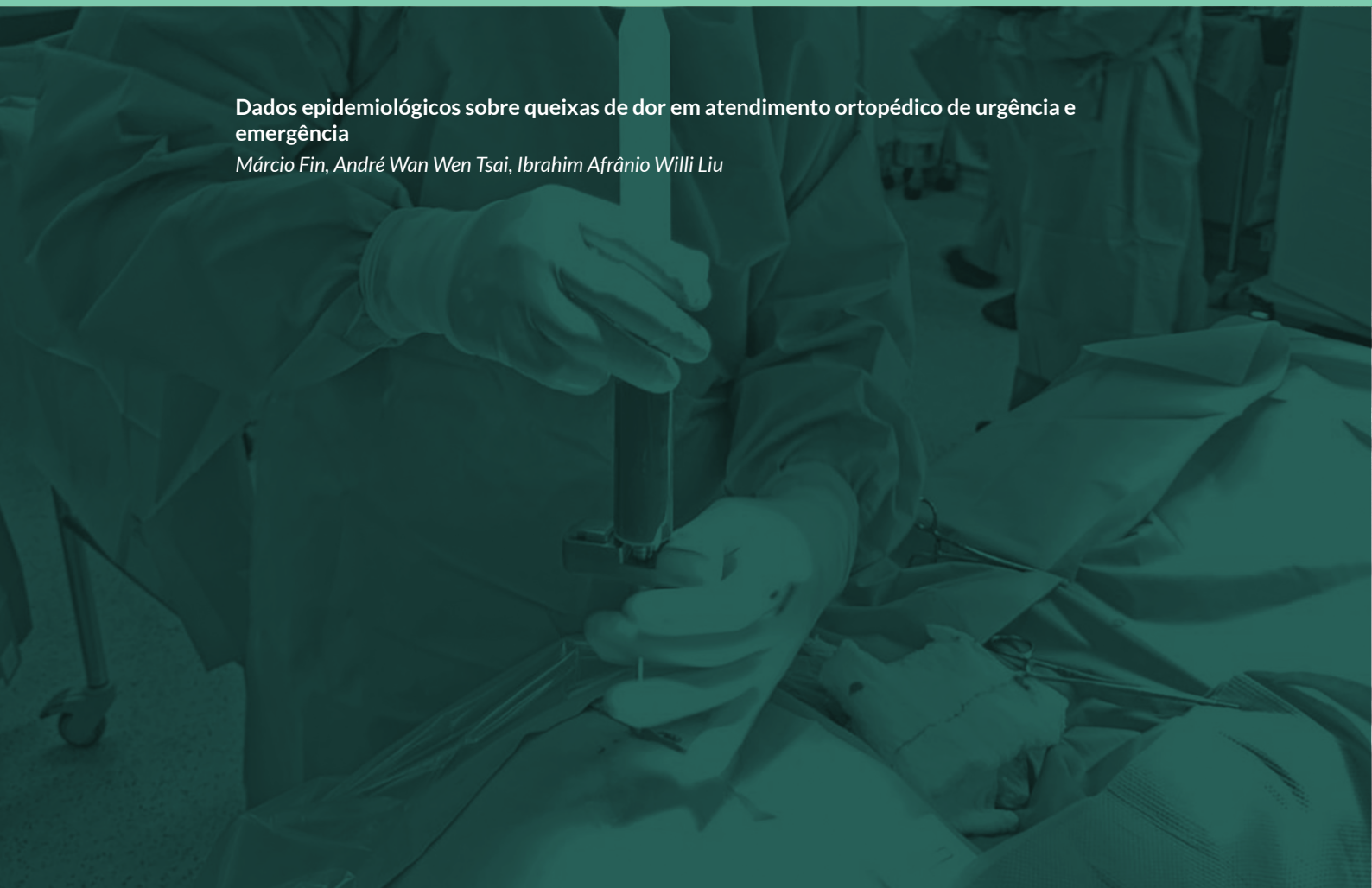
RABDOR

Revista da Associação Brasileira da Dor Musculoesquelética

Janeiro / 2025

Dados epidemiológicos sobre queixas de dor em atendimento ortopédico de urgência e emergência

Márcio Fin, André Wan Wen Tsai, Ibrahim Afrânio Willi Liu



Mobale

pregabalina

Acessibilidade² que devolve **mobilidade**.*

PRIMEIRA LINHA PARA TAG

A pregabalina é considerada um tratamento de **primeira linha para TAG segundo diretrizes internacionais**.^{1,2,3}

NO TAG, A PREGABALINA

tem resposta clínica comparável aos BZDs, **sem declínio cognitivo**, dependência e abstinência.⁴



Mobale (pregabalina) – Cápsula dura 75mg e 150mg – USO ORAL – USO ADULTO ACIMA DE 18 ANOS – **INDICAÇÕES:** dor neuropática; epilepsia; TAG; fibromialgia.

hipersensibilidade aos componentes da fórmula. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** hipoglicemia; angioedema; tontura; sonolência; perda de consciência; alterações visuais; sintomas de retirada; potencial de abuso; ICC; opioides; depressão respiratória; ideação suicida; encefalopatia; gravidez; lactação. Categoria C de risco na gravidez.

Mobale(pregabalina) é um medicamento. Durante seu uso, não dirija veículos ou opere máquinas, pois sua agilidade e atenção podem estar prejudicadas. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** lorazepam;

álcool; oxiconona; depressores do SNC. **REAÇÕES ADVERSAS:** nasofaringite; aumento do apetite; tontura; sonolência; euforia; distúrbios gastrointestinais, auditivos e oftalmológicos; outras. **POSOLOGIA:** 150mg a 600mg/dia dividido em duas ou três tomadas, a depender da indicação. A dose deve ser ajustada para populações especiais. PARA INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES, CONSULTE A BULA. M.S.: 1.0043.1412. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SÓ PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. MATERIAL DESTINADO EXCLUSIVAMENTE AOS PROFISSIONAIS HABILITADOS A DISPENSAR OU PRESCREVER MEDICAMENTOS. amo@momentafarma.com.br

Referências: **1)** Bandelow B, Sher L, Bunevicius R, et al. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. Int J Psychiatry Clin Pract. 2012 Jun;16(2):77-84. **2)** Bandelow B, Sher L, Bunevicius R, et al. WFSBP Task Force on Mental Disorders in Primary Care; WFSBP Task Force on Anxiety Disorders, OCD and PTSD. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. Int J Psychiatry Clin Pract. 2012 Jun;16(2):77-84. **3)** Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: a revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacol. 2014 May;28(5):403-39. **4)** Generoso MB, Trevizol AP, Kasper S, et al. Pregabalin for generalized anxiety disorder: an updated systematic review and meta-analysis. Int Clin Psychopharmacol. 2017;32(1):49-55.

* Imagem meramente ilustrativa e não representa a ação ou ausência de utilização do medicamento.

CHEGOU!!

BEMOVE

CURCUMA

HydroCure^{®2}

LipiSpere^{®2}

MAIOR BIODISPONIBILIDADE
E ABSORÇÃO³



NEMTM 2,3

CT-II^{2,3}

SAÚDE NO
MOVIMENTO*

*Uma pessoa com saúde, pode se movimentar livremente.

BEMOVE: (colágeno tipo II não desnaturado + colágeno + ácido hialurônico + glicosaminoglicanos) suplemento alimentar em comprimidos. USO ORAL. USO ADULTO > 19 anos. Informação nutricional por porção 893mg (1 comprimido): ácido hialurônico: 5,3 mg; glicosaminoglicanos: 5,3 mg; colágeno: 28 mg e colágeno tipo II: 1,6 mg. Não contém quantidades significativas de valor energético, carboidratos, proteínas, gorduras totais, gorduras saturadas, gorduras trans, fibra alimentar e sódio. Ingestão diária recomendada: 1 comprimido/VO/dia. **ALÉRGICOS: CONTÉM DERIVADOS DE OVO. NÃO CONTÉM GLÚTEN. ESTE PRODUTO NÃO É UM MEDICAMENTO. NÃO EXCEDER A RECOMENDAÇÃO DIÁRIA DE CONSUMO INDICADA NA EMBALAGEM. MANTER FORA DO ALCANCE DE CRIANÇAS. NÃO DEVE SER CONSUMIDO POR GESTANTES, LACTANTES E CRIANÇAS. Produto isento de registro conforme RDC 240/2018. ame@eurofarma.com.br**

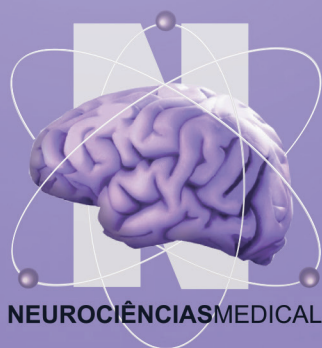
BEMOVE CURCUMA: (colágeno tipo II não desnaturado + colágeno + ácido hialurônico + glicosaminoglicanos + curcumina) suplemento alimentar em comprimidos. USO ORAL. USO ADULTO > 19 anos. Informação nutricional por porção 1,15 g (1 comprimido): ácido hialurônico: 5,3 mg; glicosaminoglicanos: 5,3 mg; colágeno: 28 mg, colágeno tipo II: 1,6 mg e curcumina: 130mg. Não contém quantidades significativas de valor energético, carboidratos, proteínas, gorduras totais, gorduras trans, fibra alimentar e sódio. Ingestão diária recomendada: 1 comprimido/VO/dia. **ALÉRGICOS: CONTÉM DERIVADOS DE OVO. NÃO CONTÉM GLÚTEN. ESTE PRODUTO NÃO É UM MEDICAMENTO. NÃO EXCEDER A RECOMENDAÇÃO DIÁRIA DE CONSUMO INDICADA NA EMBALAGEM. MANTER FORA DO ALCANCE DE CRIANÇAS. NÃO DEVE SER CONSUMIDO POR GESTANTES, LACTANTES E CRIANÇAS. Produto isento de registro conforme RDC 240/2018. amo@momentafarma.com.br**

Referência:

1-PMB Jun/24 [Data lançamento]. 2-Folheto do produto Bemove Curcuma. 3-Folheto do produto Bemove.

Nossa **MISSÃO**

é promover com excelência a
distribuição de produtos hospitalares.



Escritório Rio de Janeiro

Rua Conde de Porto Alegre 395 - Jardim 25 de Agosto - Duque de Caxias - RJ - Brasil - CEP: 25070-350

Escritório São Paulo

Rua Francisco Marengo, 2091 - Tatuapé - São Paulo - SP - CEP.: 03313-000 -

Tel.: 11 - 2268.0256 / 2268.0498

Fundação e objetivo

Este comitê da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia – SBOT, foi criado para atender à necessidade da representação da Ortopedia na Comissão de Dor da Associação Médica Brasileira – AMB e divulgar atualização em dor para médicos ortopedistas. Os principais objetivos deste comitê são:

- Aprimorar a formação em dor para ortopedistas;
- Proporcionar uma educação aprofundada sobre dor para ortopedistas em exercício;
- Ensinar conceitos de dor para residentes de ortopedia: incluir a educação sobre dor nos programas de residência em ortopedia;
- Capacitar médicos ortopedistas por meio de educação médica continuada: oferecer eventos regionais e nacionais para a atualização contínua dos profissionais;
- Criar literatura especializada sobre dor: desenvolver e disseminar materiais educativos e científicos sobre dor para ortopedistas.

Evolução da ABDOR e sua forma de divulgação de conhecimentos

Durante a primeira gestão, os conhecimentos em dor foram divulgados principalmente por meio de webinars e cursos online, devido à pandemia que afetou o mundo. Na segunda gestão, iniciaram as atividades presenciais, culminando com o primeiro Congresso de Dor Ortopédica, realizado em Brasília, que foi um sucesso.

Na terceira gestão, foram introduzidos novos conceitos, como medicina intervencionista em dor e medicina regenerativa. A divulgação continuou de forma presencial e online, com cursos e palestras.

No encerramento dessa gestão, a ABDOR realizou o segundo Congresso de Dor Ortopédica na cidade de São Paulo onde foi lançado o Atlas de Intervenção em Dor e a Revista da Associação Brasileira da Dor Musculoesquelética.

Objetivo da revista

Esta revista destina-se a todas as especialidades médicas, tanto nacionais quanto internacionais, que queiram divulgar conhecimentos em dor.

Seguindo os critérios do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e conforme a licença Creative Commons Attribution (CC BY), destinamos a RABDOR para divulgação dos artigos de atualização e ou de artigos comentados (publicados em português), oriundos do Journal of the Brazilian Musculoskeletal Pain Society JBMPs publicação científica da ABDOR no idioma inglês, visando ampliar o alcance e a visibilidade do conhecimento científico na área da dor e a proporcionar benefícios para os autores e leitores, garantindo maior acessibilidade, disseminação e impacto do conteúdo científico. Artigos de atualização com temas relevantes, podem ser enviados ou sugeridos pelos patrocinadores da revista RABDOR.

Conselho editorial

O conselho editorial conta com nomes importantes no cenário nacional, com ampla experiência em dor e notório saber na matéria, além de vasta experiência em publicações científicas. Isso garantirá uma resposta rápida aos autores que enviarem seus trabalhos, promovendo um fluxo eficiente de informações e contribuindo para o avanço do conhecimento na área de dor ortopédica.

Bem-vindo à nossa revista e aproveite. Seja sócio da ABDOR.

Dr. José Eduardo Nogueira Forni
Editor-chefe Adjunto

Orientações para se associar ao Comitê de Dor

As orientações para se associar ao Comitê de Dor da SBOT encontram-se no site <https://comitededor.com.br/>, na aba Associe-se/Por que associar-se?



Como pré-requisito para associar-se ao Comitê, o colega ortopedista deve ser membro titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia (SBOT) e estar em dia com as anuidades da SBOT.

O primeiro passo para a associação é preencher o Formulário de Inscrição disponível no link <https://comitededor.com.br/associe-se/formulario-de-inscricao>.



Em seguida, o ortopedista deve participar do Curso EAD de Atualização em Dor, cujas instruções para participação encontram-se no seguinte link: <https://comitededor.com.br/curso-de-atualizacao-em-dor/>.



Após sua conclusão, será emitido um certificado de participação no curso, que deve ser enviado ao email dor@sbot.org.br. Após o recebimento desse certificado e confirmação dos seus dados, o associado receberá em seu e-mail o certificado de membro do Comitê de Dor da SBOT.

Dr. Lúcio Gusmão Rocha
Conselheiro editorial da ABDOR

RABDOR

Revista da Associação Brasileira da Dor Musculoesquelética

Periodicidade: trimestral

Janeiro / 2025

CONSELHO EDITORIAL

Editor-chefe

Gilberto Yoshinobu Nakama  

Instituto Prevent Senior, São Paulo, Brasil

E-mail: jbmpps@comitededor.com.br

Editor-chefe Adjunto

José Eduardo Nogueira Forni  

Departamento de Ortopedia e Traumatologia, Faculdade de Medicina de
São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil

Equipe Editorial

André Cicone Liggieri  

Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil

Lúcio Gusmão Rocha  

Centro Avançado de Dor, Águas Claras, Brasília, DF

André Wan Wen Tsai  

Departamento de Ortopedia e Traumatologia do HC-FMUSP, São Paulo,
SP, Brasil

Márcio Fin

Clínica DORTO, Sete Lagoas, MG, Brasil

Edilson Silva Machado  

Instituto Renerar, São Paulo, SP, Brasil

Ricardo Kobayashi  

Instituto Kobayashi, São Paulo, SP, Brasil

Frederico Barra de Moraes  

Clínica SUPERE - APMCURSOS - BONES, Goiânia, GO, Brasil

Rosana Fontana  

Plural Clínica da Dor em Novo Hamburgo, RS, Brasil

Ibrahim Afrânio Willi Liu  

SPORTIF Clínica do Exercício e do Esporte, Belo Horizonte, MG, Brasil

Simone Martinelli Reis  

Centro Clínico UMC Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil

Juracy Barbosa dos Santos 

Hospital COTEFI, Barreiras, BA, Brasil

Sérgio Mendonça Melo Júnior  

CURE centro clínico e diagnóstico, Morrinhos, GO, Brasil

Kelson Koiti Ogata  

Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Talitha Koo Yen  

IBMed - Instituto Brasiliense de Medicina, São Paulo, SP, Brasil

DIRETORIA 2025

Presidente

Márcio Fin

Vice-presidente

Ibrahim Afrânio Willi Liu

Primeira Secretária

Rosana Fontana

Segunda Secretária

Simone Martinelli Reis

Primeiro Tesoureiro

Sérgio Mendonça Melo Júnior

Segunda Tesoureira

Talitha Koo Yen

Diretor Científico

Gilberto Yoshinobu Nakama

Diretor Defesa Profissional

Juracy Barbosa dos Santos

Diretor de Marketing e Comunicação

Lúcio Gusmão Rocha

DIRETORIA 2023-2024

Presidente

André Wan Wen Tsai

Vice-presidente

José Eduardo Nogueira Forni

Primeiro Secretário

André Cicone Liggieri

Segundo Secretário

Ibrahim Afrânio Willi Liu

Primeiro Tesoureiro

Márcio Fin

Segundo Tesoureiro

Sérgio Mendonça Melo Júnior

Diretora Científica

Rosana Fontana

DIRETORIA 2021-2022

Presidente

Frederico Barra de Moraes

Vice-presidente

André Wan Wen Tsai

Primeiro Secretário

Márcio Fin

Segundo Secretário

André Cicone Liggieri

Primeiro Tesoureiro

Sérgio Mendonça Melo Júnior

Segundo Tesoureiro

Ibrahim Afrânio Willi Liu

Diretor Científico

José Eduardo Nogueira Forni

DIRETORIA 2019-2020

Presidente

Ricardo Kobayashi

Vice-presidente

Frederico Barra de Moraes

Primeiro Secretário

André Wan Wen Tsai

Segundo Secretário

Márcio Fin

Primeiro Tesoureiro

Ibrahim Afrânio Willi Liu

Segundo Tesoureiro

André Cicone Liggieri

Diretor Científico

Edilson Silva Machado



COMITÊ DE DOR

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA

Associação Brasileira da Dor Musculoesquelética – ABDOR

Alameda Lorena, 427 • 14º andar • CEP: 01424-000

☎ +55 11 99434-8658 • ✉ dor@sbot.org.br

SOBRE A REVISTA

Revista da Associação Brasileira da Dor Musculoesquelética (RABDOR) é a publicação da Associação Brasileira da Dor Musculoesquelética - ABDOR, que tem por finalidade divulgar os artigos de atualização e ou de artigos comentados (publicados em português), oriundos do Journal of the Brazilian Musculoskeletal Pain Society JBMPs publicação científica da ABDOR, no idioma inglês.

O JBMPs é de acesso aberto e não há taxas de publicação. A revista opera em um modelo de publicação contínua e é dirigida a todos os profissionais de saúde dedicados à pesquisa relacionada à dor. O processo de revisão é duplo-cego e revisado por pares.

A revista passará a atribuir Digital Object Identifier (DOI) a todos os artigos já publicados, garantindo um identificador permanente e exclusivo para cada trabalho. Com isso, os artigos poderão ser facilmente localizados, acessados e citados em pesquisas futuras.

Adotamos a licença Creative Commons CC BY, que permite a distribuição, remixagem, adaptação e criação com base no trabalho original, inclusive para fins comerciais, desde que seja dado o devido crédito ao autor.

A revista JBMPs aceita artigos somente em inglês, nas seguintes categorias: Artigos originais; artigos de atualização e editoriais (a convite do editor-chefe); artigos de revisão sistemática e metanálise.

Oliveira Publicações

Jaqueline Oliveira

contato@oliveirapublicacoes.com.br

+55 11 98891-6775



Sonho que se sonha junto é realidade

O Comitê de Dor da Sociedade Brasileira de Ortopedia (SBOT) nasceu devido à necessidade da SBOT ser representada na Comissão de Dor da Associação Médica Brasileira, com objetivo de avaliar os médicos que têm interesse no título de área de atuação em dor. Além da SBOT, outras sociedades fazem parte desta comissão de dor: acupuntura, anestesiologia, clínica médica, medicina física e reabilitação, neurologia, neurocirurgia, pediatria e reumatologia. Principais justificativas para criação da ABDOR – Associação Brasileira da Dor Ortopédica: a dor aguda é uma resposta fisiológica normal a estímulos. No entanto, a falha do controle adequado da dor aguda pode levar a sua cronificação. A dor tem grande prevalência e impacto no cotidiano do ortopedista. Nos serviços de pronto atendimento a dor é queixa em mais de 60% dos casos, além disso é a principal causa de readmissão hospitalar após cirurgias. A dor aguda pós-operatória é considerada um problema de saúde pública. A dor crônica é considerada uma doença e impacta de forma marcante na qualidade de vida dos pacientes. No Brasil, a dor crônica acomete 37% da população. Cerca de 75% dos brasileiros a consideram limitante para as atividades de lazer, relações sociais e familiares. A dor é a principal causa de incapacidade física e funcional dos doentes afastados, a lombalgia é a principal causa de absenteísmo no trabalho no país e isto impacta severamente na economia brasileira. Um estudo realizado na Europa com mais de 40 mil pacientes concluiu que a principal causa da dor crônica é a falha de formação dos profissionais de saúde em dor.

Desde a sua fundação a ABDOR já teve os seguintes presidentes:

- Presidente da ABDOR 2019-2020 – Dr. Ricardo Kobayashi (SP)
- Presidente da ABDOR 2021-2022 – Dr. Frederico Barra de Moraes (GO)
- Presidente da ABDOR 2023 – Dr. José Eduardo Forni Nogueira (SP)
- Presidente da ABDOR 2024 – Dr. André Wan Wen Tsai (SP)
- Presidente da ABDOR 2025 – Dr. Márcio Fin (MG)

Em 2015, foi criada uma Comissão de Atuação em Dor dentro da SBOT pelo então presidente Dr. Marco Antônio Percope que teve como presidente o Dr. André Wan Wen Tsai (SP) e secretário o Dr. Frederico Barra de Moraes (GO), sendo composta pelos ortopedistas: Dr. José Eduardo Forni Nogueira (SP), Dr. Wellington Luiz

Fagundes Braun (PA) e Dr. Ricardo Kobayashi (SP). Em março de 2019, durante a reunião da Comissão Executiva da SBOT realizada em Campinas durante o exame para obtenção do Título de Especialista em Ortopedia e Traumatologia (TEOT) e presidida pelo Dr. Moisés Cohen (presidente da SBOT gestão 2019), foi aprovada a formação do Comitê de Dor da SBOT com apoio da maioria dos presentes, doravante denominada ABDOR – Associação Brasileira da Dor Ortopédica. Podem ser membros da ABDOR os ortopedistas quites com a SBOT. Os objetivos da ABDOR são: documentar através de pesquisas a formação em Dor do ortopedista brasileiro nos últimos anos; ensinar o residente de Ortopedia conceitos de avaliação e manejo de dor aguda e crônica para poder entender melhor as queixas dos doentes e ter um melhor resultado terapêutico; capacitar os ortopedistas em Dor, através de eventos de educação médica continuada em diferentes regiões do Brasil; Congressos regionais e no Congresso Anual SBOT para atualizar os ortopedistas; criar literatura sobre Dor direcionada ao ortopedista, facilitando o seu aprendizado. Recentemente a ABDOR realizou uma atualização em seu Estatuto Social mudando o nome para “Associação Brasileira da Dor Musculoesquelética”, criou mais 2 novos cargos de diretoria (Defesa Profissional e Ensino), oficializou a mudança da gestão de 2 anos para 1 ano, conforme outros comitês da SBOT, dentre outras alterações.

Foram realizados os seguintes eventos de educação médica continuada:

- Publicação do livro Tratado de Dor da SBOT que já se encontra em sua segunda edição que foi coordenador pelo Dr. Ricardo Kobayashi, nosso 1º presidente.
- Curso EAD de Atualização em Dor que está hospedado no nosso site, e está dividido em vários módulos que abordam diferentes tópicos e tratamentos da dor.
- Aulas On-line ao vivo, à noite, mensais, com temas relevantes em dor, discutidas em modelo de casos clínicos e mesas redondas com colegas renomados no Brasil.
- Curso On-line ao vivo, no final de semana, uma vez ao ano, para melhor formação em dor dos residentes de ortopedia e traumatologia dos serviços SBOT.
- Elaboração de questões de dor para o Teste para Avaliação das Residências de Ortopedia (TARO) e TEOT, estimulando o estudo do tema dor entre os colegas médicos ortopedistas e traumatologistas.

- CABDOR, o nosso congresso brasileiro, bianual, sendo o primeiro realizado em Brasília (DF), em 2022, tendo como presidente o Dr. Lúcio Gusmão Rocha (DF), e o segundo em São Paulo (SP), em 2024, tendo como presidente o Dr. José Eduardo Forni Nogueira (SP).
- Elaboração de livros textos da ABDOR, como o Tratado de Dor da SBOT, Guias de bolso para Dor e o Atlas de intervenção em Dor.



Dr. Frederico Barra de Moraes

Vice-Presidente ABOOM – SBOT e Presidente da SOBRAMID GO – 2025

- Cursos de Intervenção em Dor em cadáver fresco e/ou *phantoms* capacitando colegas nessa prática de tratamento guiados com US ou radioscopia de diversas articulações.

O que desejamos para o futuro é agregar ortopedistas de diferentes áreas de atuação em dor e parceria com outras sociedades científicas que também estudam o tema dor, melhorando o atendimento dos nossos pacientes.



Dr. André Wan Wen Tsai

Presidente ABDOR – 2023-2024

Palavra do Presidente

Prezados leitores,

É com grande entusiasmo que me dirijo a vocês nesta edição da nossa revista dedicada à dor musculoesquelética na ortopedia. Idealizada com a evolução da ABDOR e fundada em 2024, nosso objetivo é claro: promover o ensino, o aprendizado, o crescimento profissional e a atualização científica na área, contribuindo assim para a excelência no cuidado aos nossos pacientes.

Vivemos uma era de rápidas transformações nos métodos de aquisição do conhecimento. Novas descobertas científicas e inovações tecnológicas estão constantemente moldando a forma como diagnosticamos e tratamos. É fundamental que nos mantenhamos atualizados, não apenas para oferecer um atendimento de qualidade, mas também para garantir que nossas práticas estejam alinhadas às melhores evidências disponíveis.

Utilizamos a RABDOR como uma plataforma estratégica para ampliar a disseminação dos artigos de atualização publicados na Journal of the Brazilian Musculoskeletal Pain Society (JBMPs) garantindo maior alcance e visibilidade para os estudos divulgados.

Através de artigos revisados por pares, buscamos proporcionar um conteúdo que não apenas informe, mas que também inspire nossos leitores a buscar novas abordagens e soluções para os desafios que enfrentamos diariamente em nossas práticas clínicas. Nossa meta é tornar a revista JBMPs uma fonte de pesquisa e conhecimento reconhecida internacionalmente, levando nossa ortopedia para além das fronteiras brasileiras.

Além disso, reconhecemos a importância do aprendizado contínuo. A formação médica não termina com a graduação; ela é um processo que se estende por toda

a carreira. Por isso, incentivamos nossos leitores a se engajar em cursos, workshops e conferências, que são oportunidades valiosas para expandir conhecimentos e habilidades. Acreditamos que a troca de experiências entre profissionais é essencial para o desenvolvimento de novas ideias e para a melhoria dos resultados clínicos.

A atualização científica é um pilar fundamental da prática médica. Em um campo tão dinâmico quanto o da dor e ortopedia, é imprescindível que estejamos atentos às novas diretrizes, tratamentos e tecnologias que surgem. A nossa revista se compromete a trazer as informações mais relevantes e atuais, facilitando o acesso ao conhecimento e promovendo a educação continuada.

Agradeço sinceramente aos idealizadores desse projeto, editores, leitores, equipe técnica, autores e coautores que tornam possíveis. O seu empenho e dedicação são fundamentais para o nosso sucesso. Convido cada um de vocês a participar ativamente desta jornada, fortalecendo nossa comunidade médica e, acima de tudo, melhorando a qualidade de vida dos nossos pacientes. Assim deixo um convite em especial aos pesquisadores do conhecimento para fomentar nossas revistas com suas produções.

Agradeço a todos pela dedicação e pelo compromisso com a excelência na medicina. Que estas revistas seja uma fonte de inspiração e aprendizado para todos nós.

Atenciosamente,



Márcio Fin

Presidente ABDOR 2025

Dados epidemiológicos sobre queixas de dor em atendimento ortopédico de urgência e emergência*

Epidemiological data on pain complaints in emergency orthopedic care

Márcio Fin¹, André Wan Wen Tsai², Ibrahim Afrânio Willi Liu³

1. Clínica DORTO, Sete Lagoas, MG, Brasil

2. Departamento de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), São Paulo, SP, Brasil

3. Clínica de Dor do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

Resumo

Objetivo: Avaliação do perfil da dor em pacientes atendidos em pronto atendimento ortopédico em hospital da rede privada. **Métodos:** Foram alocados nesse estudo, pacientes adultos atendidos na unidade de pronto atendimento ortopédico. Somente pacientes em primeiro atendimento foram incluídos. Retornos de controle e pacientes com menos de 18 anos foram excluídos da amostra. **Resultados:** foram avaliados 138 prontuários consecutivamente no pronto atendimento ortopédico. A idade média foi de 48,7 anos, variando de 18 a 98 anos, com 58,5% do sexo feminino. A média da intensidade de dor na escala visual analógica foi de 6,2, sendo 5,9 para sexo masculino e 6,4 para o feminino. O sítio anatômico mais encontrado foi queixa de dor em coluna (27%) seguido do ombro (16%). Metade dos pacientes tinha queixa de trauma, sendo 52,2% desses do sexo masculino. Houve uma prevalência de 71,7% de incapacidade devido a situação dolorosa dos pacientes. Somente 71% dos pacientes relaram sintomas agudos. **Conclusão:** Um dos motivos de superlotação em pronto atendimento pode ser o mau controle da dor a nível ambulatorial, levando a agudizações de condições crônicas. Somente metade dos atendimentos ortopédicos em urgência tem caráter traumático e quase um terço dos atendimentos são por motivos de dor crônica.

Palavras-chave: Dor; Atendimento médico; Adulto; Epidemiologia.

Abstract

Objective: To evaluate the pain profile in patients treated at an emergency orthopedic care unit in a private hospital. **Methods:** This study included adult patients who were seen at the emergency orthopedic care unit. Only patients during their first visit were included. Follow-up visits and patients under 18 years old were excluded from the sample. **Results:** A total of 138 medical records were consecutively evaluated at the emergency orthopedic care unit. The average age was 48.7 years, ranging from 18 to 98 years old, with 58.5% being female. The average pain score (VAS) was 6.2, with 5.9 for males and 6.4 for females. The most common anatomical site was the spine (27%), followed by the shoulder (16%). Half of the patients reported trauma-related complaints, with 52.2% of these being male. There was a 71.7% prevalence of disability due to painful conditions among patients. Only 71% of the patients reported acute symptoms. **Conclusion:** One reason for overcrowding in emergency care could be poor outpatient pain management, leading to exacerbation of chronic conditions. Only half of the emergency orthopedic cases were trauma-related, and nearly one-third of the visits were due to chronic pain.

Keywords: Pain; Medical care; Adult; Epidemiology.

Estudo realizado na Clínica DORTO, Sete Lagoas, MG, Brasil.

Correspondência: Márcio Fin. Rua Cândido Azeredo 21/404, 35700-019, Sete Lagoas, MG, Brasil. E-mail: fm.marcio@gmail.com

Conflito de interesses: Nenhum.

Fonte de financiamento: Nenhum.

Recebido: 05/11/2024.

Aceite: 06/01/2025.

*Artigo republicado na versão em Português. Publicação original (em inglês) J Braz Musculosket Pain Soc. 2025;1(1):e1



This content is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

Introdução

A associação internacional do estudo da dor (IASP), define dor como uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial¹.

De acordo com dados da IASP o tratamento da dor é inadequado na maior parte do mundo. Vários motivos contribuem para esse fato²:

- Falta de efetividade na abordagem da dor aguda;
- Falha no reconhecimento da dor crônica;
- Profissionais da saúde não preparados para identificação de mecanismos e o manejo da dor;
- Fragilidade em políticas de saúde pública para abordagem da dor;
- Não estabelecimento formal da área da clínica dor reconhecidamente; e
- O tratamento farmacológico ineficaz baseado em medos e crenças dos profissionais e pacientes.

Praticamente todos os adultos experimentam um ou mais episódios de dor musculoesquelética (DMSE), breve que seja, associa a traumas ou sobrecarga. As taxas de prevalência da DMSE variam amplamente entre estudos devido a população ou metodologia aplicada. Mas, podemos ver taxas baixas, de 2% na incidência de fibromialgia na população, como também altos índices de lombalgia que podem chegar a 30-40% dos indivíduos³.

O “sintoma dor” está entre as principais queixas dos pacientes em atendimentos de pronto socorro⁴, resultante desde quadros agudos ou crônicos a crônicos-agudizados⁵.

A dor aguda tem por finalidade ser um mecanismo de defesa do organismo frente a uma agressão do meio⁶. A investigação, tratamento e controle é um dever da equipe de saúde e um direito do cidadão, em muitos casos não respeitado². O não tratamento, ou tratamento inadequado, dessa entidade pode levar a demora na recuperação, a complicações de retardo no retorno às funções diárias ou à sua cronicidade, acarretando danos ao paciente e em sua qualidade de vida com encargos sociais e financeiros importantes^{7,8}.

Nesse texto é levantado a epidemiologia da dor em indivíduos atendidos em uma unidade de pronto socorro ortopédico, avaliando intensidade, gênero, topografia e sua repercussão nas atividades diárias.

Métodos

O levantamento de dados foi realizado no setor de prontuários de um pronto atendimento ortopédico de um hospital terciário, com público oriundo de planos de saúde.

Realizou-se estudo descritivo, transversal e observacional. Como critérios de seleção foram incluídos pacientes adultos em atendimento ortopédico no pronto atendimento. Foram excluídos pacientes com mais de 18 anos atendidos nesse setor no período que eram retornos de controle de traumas e exames, retirada de imobilizações, além de crianças e adolescentes.

Procurou-se avaliar dados demográficos, comorbidades pré-existentes ao motivo do atendimento, temporalidade do sintoma, intensidade da dor pela escala numérica visual (ENV)⁹, impacto do quadro algico momentâneo no cotidiano do paciente, topografia da queixa e tratamentos anteriores ao atendimento do sintoma em avaliação. A intensidade da dor foi subdividida de acordo com escala analgésica da organização mundial da saúde em: (0) sem dor, (1-3) dor leve, (4-6) dor moderada e (7-10) dor forte¹⁰. Em relação ao tempo da queixa principal utilizou-se a temporalidade de 3 meses para discriminar casos agudos de crônicos do episódio de dor em avaliação.

Os dados foram expostos em planilha de Microsoft Excel®, promovendo a seguir uma análise estatística e descritiva dos achados.

Resultados

No período foram identificados para o trabalho 138 pacientes, sendo 56,5% mulheres. Idade média do grupo foi de 48,7 anos. Cinquenta por cento dos casos tinham queixa de origem traumática. Em relação à história patológica pregressa (HPP) 42% faziam algum tratamento crônico além da queixa principal no dia da avaliação médica (Tabela 1).

Tabela 1. Dados demográficos

Sexo	N
M	60 (43,5%)
F	78 (56,5%)
Idade média (a)	
M	46,1
F	50,8
Tempo (agudo < 3 meses)	
N	
Crônico	40 (29%)
Agudo	98 (71%)
Trauma	
N	
Sim	69 (50%)
Não	69 (50%)
HPP	
N	
Sim	58 (42%)
Não	80 (58%)

F, feminino; M, masculino; (a), anos; N, quantidade indivíduos.

A intensidade da dor média foi de 6,2 na ENV. Levando-se em conta os grupos evidencia-se que na média a ENV feminino foi de 6,4 e no sexo masculino de 5,9. No tocante ao tempo do sintoma foi observado ENV médio de 5,8 pontos nos casos crônicos versus 6,3 nos casos agudos (Gráfico 1). Ao avaliar pelo sexo comparado ao tempo identifica-se pontuação maior no sexo feminino, tanto nos quadros agudos quanto crônicos (Gráfico 2).

Quanto a repercussão dos sintomas dos pacientes em suas atividades de vida diárias (AVDs), 71,7% relataram que a dor prejudicava seu cotidiano, em relação a rotinas básicas e/ou de trabalho. Na estratificação por sexo não há alteração da incidência das limitações na rotina (Tabela 2). Em relação ao tempo de evolução dos sintomas identificamos clara relação entre o evento agudo e as limitações de AVDs (Tabela 3). Em 77,6% dos casos agudos haviam limitação de funções versus 57,5% das queixas crônicas.

Outra análise realizada na pesquisa foi do sítio anatômico acometido. A coluna vertebral foi responsável sozinha por 27% dos casos, seguida por ombro com 16%, pés 12% e tornozelo 11%. Os demais responderam pelos 44% restantes (Gráfico 3).

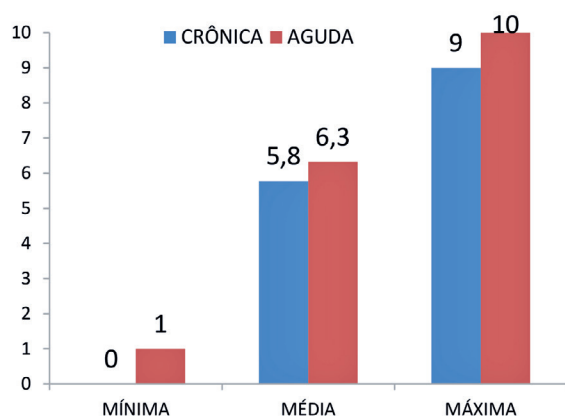


Gráfico 1. Distribuição intensidade da dor pela cronicidade.

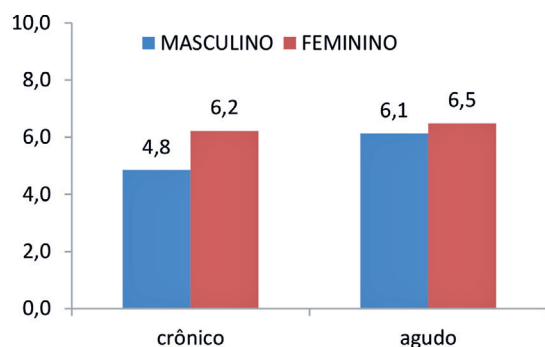


Gráfico 2. Intensidade da dor por sexo x cronicidade.

Avaliação da intensidade de dor quanto à severidade dos sintomas: 52,9% dos pacientes apresentavam incidência de dor moderada e 33,3% dor grave (Gráfico 4). Por subgrupos identifica-se que nos casos crônicos 60% têm padrão de dor moderado e 22,5% dor forte. Nos casos agudos 50% têm dor moderada e 37,8% tem dor forte (Tabela 4).

Segregando por gênero e avaliando a duração dos sintomas e sua intensidade geral e temporalidade, observa-se que no sexo masculino 78,3% dos pacientes tem sintomas de dor aguda, enquanto esta taxa é de 65,4% nas mulheres. Na intensidade da dor aguda há uma equivalência entre os gêneros, mas no tocante a dor crônica a intensidade da dor entre as mulheres é maior (6,2) do que entre os homens (4,8) (Tabela 5).

Tabela 2. Prevalência de alteração em atividades de vida diárias

Limitação AVDs	Total		Masculino		Feminino	
	N	%	N	%	N	%
Sim	99	71,7%	44	73,3%	55	70,5%
Não	39	28,3%	16	26,7%	23	29,5%

Tabela 3. Temporalidade do sintoma e limitações de AVDs

AVDs	Crônico		Agudo		Total
Sim	23	23,2%	76	76,8%	99
	57,5%		77,6%		71,7%
Não	17	43,6%	22	56,4%	39
	42,5%		22,5%		28,3%
Total	40		98		138
	29,0%		71,0%		100,0%

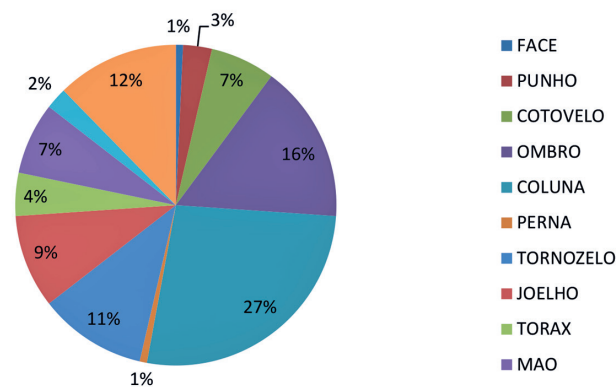


Gráfico 3. Distribuição da queixa por sítio anatômico.

Pela avaliação do componente traumático da queixa há variações na distribuição por sexo. Dentre os casos com origem traumática 52,2% eram do sexo masculino, enquanto nos pacientes com dor de origem não traumática 65,2% são mulheres. Dentre os indivíduos masculino 60% relatam trauma inicial como causado da dor, enquanto somente 42,3% das mulheres tiveram essa queixa. (Tabela 6).

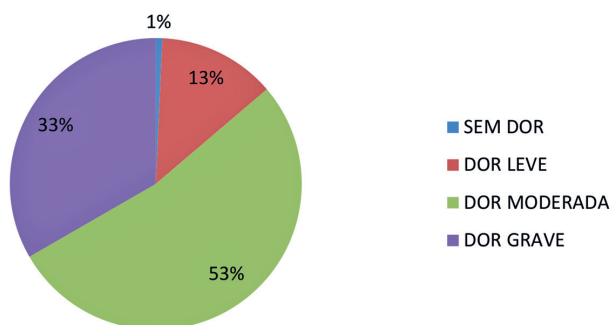


Gráfico 4. Estratificação da gravidade dos sintomas pela OMS.

Tabela 4. Avaliação intensidade dor ENV

Dor	Sem dor		Leve		Moderada		Grave	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	1	0,7%	18	13,0%	73	52,9%	46	33,3%
Crônico	0	0,0%	7	17,5%	24	60,0%	9	22,5%
Agudo	1	1,0%	11	11,2%	49	50,0%	37	37,8%

Tabela 5. Relação do gênero com a temporalidade e intensidade da dor pelo ENV

	Total			Crônico			Agudo		
	N	%	ENV	N	%	ENV	N	%	ENV
Masculino	60	43,5%	5,9	13	21,7%	4,8	47	78,3%	6,1
Feminino	78	56,5%	6,4	27	34,6%	6,2	51	65,4%	6,5

Tabela 6. Estratificação origem traumática da causa da dor por sexo

Trauma	Total		Masculino		Feminino	
	N	%	N	%	N	%
Sim	69	50%	36	52,2%	33	47,8%
	50%		60%		42,3%	
Não	69	50%	24	34,8%	45	65,2%
	50%		40%		57,7%	

Discussão

Nesse estudo a origem traumática esteve mais presente no grupo masculino (52,2%). Isso vai ao encontro do relatado por Ibiapino¹¹ em seu estudo, onde 69,5% dos pacientes com provenientes de dor de origem traumática eram do sexo masculino.

Do total dos pacientes, 56,5% eram pacientes do sexo feminino. Bougle¹² em seu trabalho encontrou 56% de incidência de mulheres em procura a atendimento em pronto atendimento. Olivati encontrou 54,3% de mulheres em seu trabalho, corroborando o ligeiro predomínio feminino nessa casuística, além de que 76,3% de seus pacientes não apresentavam HPP. Nossos dados apontaram 58%¹³.

Levantamentos populacionais apontam que em 2010, as queixas de dorsalgias eram o segundo maior problema de saúde do Brasil acometendo 13,5% da população com a hipertensão arterial apresentando 14%. Em 2013 outra amostragem evidenciou 18,6% e mais recente em 2019 21,9%, predominando em mulheres¹⁴. Nessa série 27% das queixas tiveram como queixa a região lombar, torácica ou cervical, estando de acordo a grande prevalência de dorsalgia na população, lembrando que a amostra hospitalar é viciada na alocação.

No tocante a intensidade da dor relatada, as mulheres tiveram um índice de 6,4 versus 5,9 dos homens. Miyazaki e Yamamoto¹⁵, afirmam haver maior intensidade e prevalência de dor no sexo masculino. Graven-Nielsen e Arendt-Nielsen¹⁶, em seu artigo cita menores limiares de dor nas mulheres associados especialmente a maior sensibilização durante fase menstrual. Baseado do artigo de Couceiro et al.¹⁷, pessoas do sexo feminino queixam-se, relatam e percebem mais dor que as do sexo masculino. Norbury et al.¹⁸ concluem em seu texto que mulheres fazem uso de medicamentos e serviços de saúde mais que homens. Essa maior incidência de dor no sexo feminino pode ser explicada, por exemplo, pela maior prevalência de síndromes como fibromialgia, síndrome colo irritável, artrites, doenças autoimunes nessa classe¹⁸⁻²⁵.

Os sítios mais prevalentes de dor, de origem traumática ou não, que registramos no inquérito foram, coluna vertebral (26,8%), ombro (15,9%) e pé (12,3%). Patel et al.²⁶ avaliaram presença de dor no último mês em pacientes acima de 60 anos encontrando na incidência coluna vertebral (30,3%), joelho (24,8%) e ombro (19,9%).

A dor, tanto aguda como crônica, está muito associada a alterações de rotinas dos pacientes tanto em

atividades básicas como no trabalho. Neste artigo, 71% dos pacientes descreveram alguma alteração de suas rotinas básicas ou de trabalho devido à dor. Andrew et al.²⁷ constatou em seu estudo, avaliando pacientes com mais de 60 anos, presença de 69% de alterações em AVDs. Segundo Andrews o sexo feminino foi responsável por 65,5% da amostra do grupo com dor enquanto no controle foi de 54,2%.

Conclusão

A dor está nos principais motivos que levam as pessoas a procurarem atendimento médico de urgência. As boas práticas na abordagem e manejo da dor podem fazer reduzir o número de descompensações e/ou recidivas, e melhorar a qualidade de vida dos pacientes,

fazendo diminuir a procura por atendimentos de urgência e emergência, desafogando os sistemas de saúde. Entender esse cenário e como otimizar o atendimento especialmente da dor aguda, auxilia nos resultados clínicos, carga socioeconômica da dor e prevenção da dor crônica. Um exemplo é a lombalgia que em 2020 afetou 619 milhões de pessoas no mundo sendo responsável sozinha por 10,5% dos anos vividos com deficiências²⁸. Protocolos de triagem, tratamento, controle após alta tenderam a ajudar a modificar o fardo da dor dentro das unidades de atendimento de urgência, diminuindo seus custos. Melhor levantamento epidemiológico pelos órgãos competentes é crucial para essas estatísticas e medidas intervencionistas que tragam resultados eficazes.

Contribuição dos Autores: MF: concebeu e planeou as atividades que conduziram ao estudo, escreveu o artigo, participou no processo de revisão, aprovou a versão final; AWWT: interpretou os resultados do estudo, participou do processo de revisão; IAWL: participou do processo de revisão, aprovou a versão final.

Referências

1. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9):1976-82.
2. IASP - International Association for the Study of Pain. 2010 Annual Report. 2010. [Access: jun 24]. Available in: <https://issuu.com/iasp/docs/2010annualreport>
3. IASP - International Association for the Study of Pain. Global year against musculoskeletal pain. *Epidemiology of Musculoskeletal Pain*. October 2009 – october 2010. [Access: jun 24]. Available in: https://www.iasp-pain.org/wp-content/uploads/2022/10/Epidemiology_Final.pdf
4. Visentin M, Zanolin E, Trentin L, Sartori S, de Marco R. Prevalence and treatment of pain in adults admitted to Italian hospitals. *Eur J Pain*. 2005;9(1):61-7.
5. Marubayashi PM, Shimoda TY, Constantino E, et al. Avaliação da intensidade, tipo e localização da dor em pacientes que procuram o Pronto-Socorro de uma cidade de médio porte. *Rev Dor*. 2009;10(2):135-40.
6. International Association for study of pain (IASP). Consensus development conference statement: the integrated approach to the management of pain. *J Accid Emerg Med*. 1994; 6(3):491-92.
7. Freitas CC, Vieira PR, Torres GB, Pereira CRA. Avaliação da dor com o uso das escalas unidimensionais. *Rev Dor*. 2009;10(1):56-62.
8. Calil AM, Pimenta CAM. Gravidade da lesão e analgesia em pacientes que sofreram acidente de transporte. *Acta Paul Enf*. 2008;21(3):398-403
9. Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet*. 1974; 92(7889):1127-31.
10. Organización Mundial de la Salud. Alivio del dolor y tratamiento paliativo en cáncer. Informe de un Comité de Expertos. Ginebra: OMS. Serie de Informes Técnicos 804. 1990.
11. Ibiapino MK, Couto VBM, Sampaio VP, de Souza RAR, Padoin FA, Salomão IS. Serviço de atendimento móvel de urgência: epidemiologia do trauma no atendimento pré-hospitalar. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2017;19(2):72-5.
12. Bougle APM. Caracterização da demanda do Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP [Monografia de Conclusão de Curso apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem]. Botucatu, SP: Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP; 2010.
13. Olivati FN, Brandão GAM, Vazquez FL, Paranhos LR, Pereira AC. Perfil da demanda de um pronto-socorro em um município do interior do estado de São Paulo. *RFO UPF*. 2010;15(3) 15:247-52.
14. Malta DC, Bernal RTI, Ribeiro EG, Ferreira EMR, Pinto RZ, Pereira CA. Dor crônica na coluna entre adultos brasileiros: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. *Rev bras epidemiol [Internet]*. 2022;25:e220032.
15. Miyazaki R, Yamamoto T. [Sex and/or gender differences in pain]. *Masui*. 2009;58(1):34-9.
16. Graven-Nielsen T, Arendt-Nielsen L. [Gender differences in response to pain]. *Ugeskr Laeger*. 2007;169(25):2425-7.
17. Couceiro TC, Valença MM, Lima LC, de Menezes TC, Raposo MC. [Prevalence and influence of gender, age, and type of surgery on postoperative pain]. *Rev Bras Anesthesiol*. 2009;59(3):314-20.
18. Norbury TA, MacGregor AJ, Urwin J, Spector TD, McMahon SB. Heritability of responses to painful stimuli in women: a classical twin study. *Brain*. 2007;130(Pt 11):3041-9.



19. Kim H, Clark D, Dionne RA. Genetic contributions to clinical pain and analgesia: avoiding pitfalls in genetic research. *J Pain*. 2009;10(7):663-93.
20. Klein CJ, Wu Y, Kilfoyle DH, Sandroni P, Davis MD, Gavrilova RH, et al. Infrequent SCN9A mutations in congenital insensitivity to pain and erythromelalgia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2013;84(4):386-9.
21. Leipold E, Liebmam L, Korenke GC, Heinrich T, Giesselmann S, Baets J. A de novo gain-of-function mutation in SCN11A causes loss of pain perception. *Nat Genet*. 2013;45(11):1399-404.
22. Zorina-Lichtenwalter K, Meloto CB, Khoury S, Diatchenko L. Genetic predictors of human chronic pain conditions. *Neuroscience*. 2016;338:36-62.
23. Smith MT, Muralidharan A. Pharmacogenetics. *Pain: Clinical Updates* 2010: XVIII:1-8.
24. Descalzi G, Ikegami D, Ushijima T, Nestler EJ, Zachariou V, Narita M. Epigenetic mechanisms of chronic pain. *Trends Neurosci*. 2015;38(4):237-46.
25. Schanberg LE, Anthony KK, Gil KM, Lefebvre JC, Kredich DW, Macharoni LM. Family pain history predicts child health status in children with chronic rheumatic disease. *Pediatrics*. 2001;108(3):E47.
26. Patel KV, Guralnik JM, Dansie EJ, Turk DC. Prevalence and Impact of Pain among Older Adults in the United States: Findings from the 2011 National Health and Aging Trends Study. *Pain*. 2013; 154(12):10.1
27. Andrews JS, Cenzer IS, Yelin E, Covinsky KE. Pain as a Risk Factor for Disability or Death. *J Am Geriatr Soc*. 2013; 61(4):583-9.
28. GBD 2021 Low Back Pain Collaborators. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990-2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol*. 2023;5(6):e316-e329.

Instruções aos autores do Journal of the Musculoskeletal Pain Society (JBMPs)

O *Journal of the Brazilian Musculoskeletal Pain Society* (JBMPs) foi fundada em 2025. É a publicação oficial da Associação Brasileira da Dor Musculoesquelética – ABDOR (Comitê de Dor da SBOT – Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia).

É Open Access e não há taxa para publicação. É publicada em fluxo contínuo e destinada a todos os profissionais da saúde que se dedicam às pesquisas relacionadas à dor. O processo de revisão é duplo-cego e por pares.

A revista passará a atribuir Digital Object Identifier (DOI) a todos os artigos já publicados, garantindo um identificador permanente e exclusivo para cada trabalho. Com isso, os artigos poderão ser facilmente localizados, acessados e citados em pesquisas futuras. Adotamos a licença Creative Commons CC BY, que permite a distribuição, remixagem, adaptação e criação a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original.

Aceitamos artigos somente em inglês, com certificado de tradução e ou revisão do idioma.

Formato do manuscrito

Os artigos devem ser escritos em inglês com os resumos em português e inglês. Deve ocultar qualquer informação que identifique o autor ou o local onde o trabalho foi desenvolvido. Fonte Arial ou Times New Roman, tamanho 12.

O título do artigo deve ter até 15 palavras. São permitidas até 10 ilustrações (entre figuras, gráficos, quadros e tabelas).

O resumo deve conter até 250 palavras.

São aceitos artigos originais; de atualização; revisão sistemática e metanálise; e relato de caso.

Página de título

Enviada separadamente do manuscrito.

Inserir nome completo dos autores, suas afiliações (departamento, instituição, cidade/estado/país), e-mail e ORCID (Para criar o seu registro no ORCID, acesse: <https://orcid.org/signin>).

Informar o local de desenvolvimento do artigo.

Autor correspondente: nome, e-mail, instituição e telefone.

Informar se houve suporte de financeiro e declarar quaisquer conflitos de interesses.

Deve descrever a contribuição de cada autor: coletou dados, escreveu o artigo, revisou o texto, aprovou a versão final.

Os agradecimentos são destinados aos indivíduos que contribuíram para o desenvolvimento da pesquisa.

Formato do texto

- **Artigo original:** título, resumo estruturado (objetivo, métodos, resultado e conclusão), descritores, introdução, métodos, resultados, discussão, conclusões e referências. Máximo de 2.500 palavras (conta-se da introdução até a conclusão), até 30 referências.
- **Artigos de revisão sistemática e metanálise:** Título, Resumo (não estruturado), Descritores, Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão, Considerações Finais e Referências. Máximo de 4.000 palavras, 60 referências.
- **Relato de caso:** título, resumo (não estruturado), palavras-chave, e referências. máximo de 1.500 palavras, 20 referências.
- **Artigo de atualização*:** título, resumo (não estruturado), descritores e referências. máximo de 4.000 palavras, 60 referências.
- **Editorial*:** título, máximo 500 palavras.
- **Carta ao editor:** título, máximo de 500 palavras, 6 referências.

*A convite do editor-chefe.

Descritores

Entre três e seis descritores indexados no DeCS (<https://decs.bvsalud.org/>) ou MeSH (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/>).

Inseridos após o resumo de acordo com o idioma do resumo (português e inglês).

Ilustrações

No máximo 10 ilustrações. Devem ser inseridas após as referências, com as respectivas legendas e títulos, citadas em ordem crescente no texto, e enviadas separadamente para garantir a qualidade.

Tabelas, quadros e gráficos devem ser editáveis (em Word).

As figuras devem ter 300DPI, formato TIF ou JPEG.

Referências

Seguir estilo Vancouver (<http://www.icmje.org>).

Exemplos

Livro:

Posso IP, Grossmann E, Fonseca PRB; Perissinotti DMN, Oliveira Junior JO, Souza JB, Serrando SC, Vall J, organizators. Tratado de Dor. São Paulo: Atheneu, 2017. v. 1.

Capítulo de livro:

Pos, AM, Forni JEN, Campos JL. Intervenção em dor. In: Hohl A, Pedrinelli A, Tsai AWW, Ferro FRC. (Org.). Tratado de acupuntura e dor na medicina esportiva. São Paulo: Editora dos Editores; 2023. p. 693-98.

Artigo de periódico:

Eriksen EF, Lech O, Nakama GY, O'Gorman DM. Disease-Modifying Adjunctive Therapy (DMAT) in Osteoarthritis-The Biological Effects of a Multi-Mineral Complex, LithoLexal® Joint-A Review. Clin Pract. 2021;11(4):901-913.

Citações

Devem ser sobrescritas (não usar parênteses), e em ordem crescente. Na introdução deve conter no mínimo 2 citações.

Documentos obrigatórios

- Declaração de conflito de interesse (<https://www.icmje.org/disclosure-of-interest/>);
- Carta de apresentação (cover letter) – declarar que o artigo não está submetido em outro periódico e concordar com as políticas editoriais da revista. Informar

Submissões

Para submissões acesse o QR Code:



Declaração de Consentimento Informado

A revista segue os princípios estabelecidos na Declaração de Helsinque ("http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/" Helsinki Declaration) e afirma que todas as pesquisas relacionadas conduzidas com participantes humanos devem ser conduzidas de acordo com tais princípios. Os relatórios que descrevem dados obtidos em pesquisas conduzidas em participantes humanos devem conter uma declaração na seção Métodos, indicando a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (IRB). Os autores também devem indicar se o TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o estudo foi obtido ou não, ou se foi dispensado.

Contato

Journal of the Musculoskeletal Pain Society (JBMPs). ABDOR – Associação Brasileira da Dor Musculoesquelética (Comitê de Dor da SBOT).

Alameda Lorena, 427, 14º andar, São Paulo – SP – CEP 01424-000 – Brasil. Telefones: +55 11 2137-5431 / +55 11 96643-8003 /

+55 11 98891-6775

jbmps@comitededor.com.br / dor@sbot.org.br

Curso de Imersão em Dor

Treinamento em Cadáver Fresco

Módulo Ombro

Um curso que combina **aulas teóricas on-line**
com um **treinamento prático** exclusivo
em peças anatômicas humanas.

PARTE
PRÁTICA:



29
MAR/25



07h30 às
18h30



Local: ITC - São Paulo/SP

Coordenadores:



Dr. André Wan Wen Tsai



Dr. José Eduardo Nogueira Forni



Dr. Marcio Fim

INSCREVA-SE COM DESCONTO!

Aproveite valores especiais até 28 de fevereiro.
Acesse o edital e garanta sua vaga no site!



Realização:



COMITÊ DE DOR
SOCIIDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



Local:



Apoio:



Adium

SAVE THE DATE

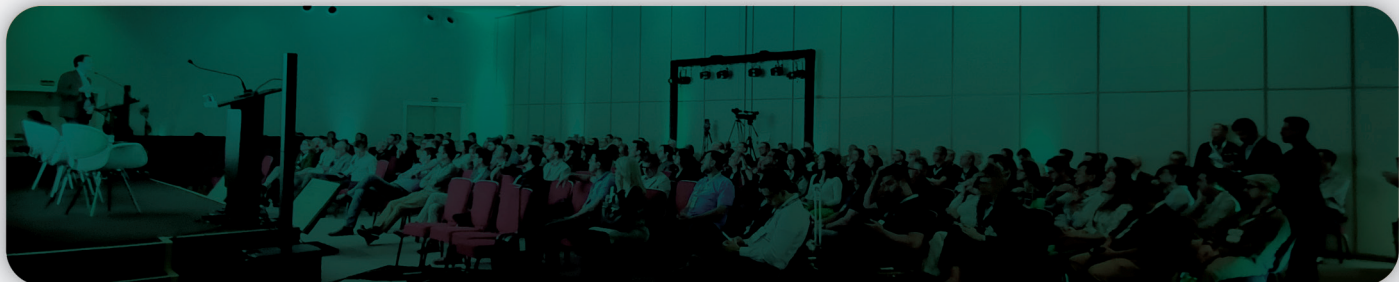


III CABDOR

3º Congresso da
Associação Brasileira da Dor Musculoesquelética

Após o sucesso do II CABDOR, já estamos nos preparando para a próxima edição! Na última edição, reunimos mais de 600 congressistas, 80 palestrantes nacionais e internacionais e uma grade científica de alto nível, com pré-congressos, simpósios e 24 horas de imersão no estudo da dor.

Agora, convidamos você para o III CABDOR, um evento essencial para médicos de diversas especialidades dedicados ao diagnóstico e tratamento da dor.



Em breve, mais informações sobre data, local e programação científica! Fique atento e acompanhe nossas atualizações.
Nos vemos no III CABDOR em 2026!

CitoBÊ DEXA

cloridrato de tiamina + cloridrato de piridoxina + cianocobalamina + fosfato dissódico de dexametasona

RÁPIDO na ação¹, **EQUILÍBRIO** na manutenção²



ALÍVIO RÁPIDO DA INFLAMAÇÃO E DA DOR¹

CitoBÊ

nitrato de tiamina + cloridrato de piridoxina + cianocobalamina



ALÍVIO EFETIVO NOS SINTOMAS DA NEUROPATIA³

Referências: 1. Bula do produto CitoBê-Dexa 2. Bula do produto CitoBê 3. Goldberg, Henrique; Nunes, Carlos Pereira; Cardoso, Carlos Alfredo Franco; et al. Treatment of inflammatory neuropathy with dexamethasone plus B-vitamins: a clinical evaluation. RBM Rev. Bras. Med; 66 (6): 169-173, jun. 2009.

CITOÊ (nitrato de tiamina + cloridrato de piridoxina + cianocobalamina) – Comprimido revestido 100mg + 100mg + 5.000mcg – USO ORAL – USO ADULTO – INDICAÇÕES: auxiliar no tratamento de neuralgia e neurite. **CONTRAINDICAÇÕES:** hipersensibilidade aos componentes da fórmula; mal de Parkinson tratado com levodopa isolada; crianças. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** anemia macrocítica; Atrofia Óptica Hereditária de Leber; neuralgia e neurite grave; uso prolongado; Categoria B de risco na gravidez; lactação; tomar após as refeições. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** levodopa; bloqueadores neuromusculares; antagonistas de piridoxina; fenobarbital; fenitoína; ciclosporina; cloranfenicol; mesalazina; neomicina; outras. **REAÇÕES ADVERSAS:** reações alérgicas; dor abdominal; náusea; cromatúria; outras. **POSOLOGIA:** 1 comp/VO/3x/dia após refeições. PARA INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES, CONSULTE A BULA. M.S.: 1.0043.1408.

CITOÊ-DEXA (fosfato dissódico de dexametasona + cloridrato de tiamina + cloridrato de piridoxina + cianocobalamina) – Solução injetável – USO INTRAMUSCULAR – USO ADULTO - INDICAÇÕES: neuropatias inflamatórias. **CONTRAINDICAÇÕES:** hipersensibilidade à lidocaína e/ou aos componentes da fórmula; histórico de úlcera péptica; HAS; diabetes; insuficiência cardíaca; bloqueio átrio-ventricular; bradicardia; infecção micótica sistêmica; mal de Parkinson tratado com levodopa isolada; crianças. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** sob uso maior que 3 semanas, não descontinuar abruptamente; idosos; anemia macrocítica; osteoporose; glaucoma; epilepsia; Atrofia Óptica Hereditária de Leber; neuralgia e neurite grave; uso prolongado; Categoria C de risco na gravidez; lactação; outras; pode causar doping. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** rifampicina; rifabutina; carbamazepina; bloqueadores neuromusculares; antagonistas de piridoxina; fenobarbital; fenitoína; ciclosporina; cloranfenicol; mesalazina; neomicina; outras. **REAÇÕES ADVERSAS:** insônia; nervosismo; apetite aumentado; reações alérgicas; dor abdominal; náusea; cromatúria; outras. **POSOLOGIA:** Aspirar, para uma seringa com capacidade mínima de 3 mL, os conteúdos das ampolas I e II/ IM profunda/ a cada 2 ou 3 dias. Aplicar preferencialmente nas nádegas e sempre que possível, pela manhã. PARA INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES, CONSULTE A BULA. M.S.: 1.0043.1464. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. MATERIAL DESTINADO EXCLUSIVAMENTE AOS PROFISSIONAIS HABILITADOS A DISPENSAR OU PRESCREVER MEDICAMENTOS. amo@momenta.com.br



momentafarma.com.br
central@momentafarma.com.br
0800 703 1550

XXXXXX FM ANÚNCIO CITOÊ DEXA

Impresso em Abril de 2024

momenta

Atrace

cloridrato de tramadol + paracetamol

Maior potência
para o **alívio** da dor¹



ATRACE (cloridrato de tramadol + paracetamol) – Comprimido 37,5mg + 325mg – **USO ORAL – USO ADULTO – INDICAÇÕES:** dor moderada a severa de caráter agudo, subagudo e crônico. **CONTRAINDICAÇÕES:** hipersensibilidade aos componentes da fórmula e aos opioides; intoxicação por álcool, hipnóticos, narcóticos, analgésicos de ação central, opioides ou psicotrópicos; IMAOs; depressão respiratória significativa. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** convulsões; reações anafiláticas; depressão respiratória; metabolizadores ultrarrápidos pela CYP2D6; associação com depressores SNC; pacientes com pressão intracraniana/traumatismo craniano; potencial de abuso; risco de hepatotoxicidade em etilistas; abstinência; disfunção renal e hepática; hiponatremia; crianças; gravidez; lactação. Categoria C de risco na gravidez.

ATRACE (CLORIDRATO DE TRAMADOL + PARACETAMOL) É UM MEDICAMENTO. DURANTE SEU USO, NÃO DIRIJA VEÍCULOS OU OPERE MÁQUINAS, POIS SUA AGILIDADE E ATENÇÃO PODEM ESTAR PREJUDICADAS.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: IMAOs; quinidina; fluoxetina; amitriptilina; bupropiona; eritromicina; cetoconazol; ritonavir; rifampicina; carbamazepina; fenitoína; benzodiazepínicos; outros opioides; depressores do SNC; relaxantes musculares; álcool; ISRSs e IRSNs; antidepressivos tricíclicos; triptanos; mirtazapina; trazodona; varfarina; cimetidina; outras. **REAÇÕES ADVERSAS:** astenia; fadiga; ondas de calor; distúrbios do SNC, gastrointestinais e psiquiátricos; outras. **POSOLOGIA:** 1 a 2 comp./VO/cada 4 a 6h; máximo de 8 comp./dia. A dose deve ser ajustada em populações especiais. **PARA INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES, CONSULTE A BULA. M.S.: 1.0043.1394. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SÓ PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. MATERIAL DESTINADO EXCLUSIVAMENTE AOS PROFISSIONAIS HABILITADOS A DISPENSAR OU PRESCREVER MEDICAMENTOS. amo@momenta.com.br. REVISTA CIENTÍFICA DESTINADA EXCLUSIVAMENTE AOS PROFISSIONAIS HABILITADOS A DISPENSAR OU PRESCREVER MEDICAMENTOS.**

CONTRAINDICAÇÕES: HIPERSENSIBILIDADE ao tramadol, paracetamol, qualquer componente da fórmula ou aos opioides. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** INIBIDORES DA CYP2D6.

Referências bibliográficas: 1. Bula do Produto

IMAGEM MERAMENTE ILUSTRATIVA E NÃO REPRESENTA A AÇÃO OU AUSÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DO MEDICAMENTO.