



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

WELTTON AUGUSTO DA SILVA BARBOSA

**ESTILO DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA DE
PACIENTES COM DOR CRÔNICA NEUROPÁTICA**

São José do Rio Preto
2022

Weltton Augusto da Silva Barbosa

**ESTILO DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA DE
PACIENTES COM DOR CRÔNICA NEUROPÁTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, para obtenção do Título de Mestre.

Área de Concentração: Processo de Trabalho em Saúde

Linha de Pesquisa: Gestão e Educação em Saúde (GES)

Grupo de Pesquisa: Educação em Saúde (EDUS)

Financiamento: Pesquisa realizada com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Marielza Regina Ismael Martins

**São José do Rio Preto
2022**

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

Ficha Catalográfica

Barbosa, Welton Augusto da Silva.
Estilo de vida e qualidade de vida de pacientes com dor crônica neuropática.
São José do Rio Preto; 2022.
64 p.
Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.
Área de Concentração: Processo de Trabalho em Saúde
Linha de Pesquisa: Gestão e Educação em Saúde (GES)
Grupo de Pesquisa: Educação em Saúde (EDUS)
Orientadora: Profa. Dra. Marielza Regina Ismael Martins
1. Dor crônica; 2. Estilo de vida; 3. Qualidade de vida.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Marielza Regina Ismael Martins
Faculdade de Medicina de Sao José do Rio Preto

Profa. Dra. Lisabelle Manente Mazaro
Universidade Federal de Sao Carlos

Profa. Dra. Susilene Tonelli Nardi
Instituto Adolfo Lutz

Profa. Dra. Luma Camara Gradim
Universidade Federal de Sao Carlos

Prof. Dr. Carlos Eduardo D'aglio Rocha
Faculdade de Medicina de Sao José do Rio Preto

São José do Rio Preto, 23/09/2022

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por me oferecer essa oportunidade que tanto sonhei um dia. Aos meus pais, Rita e Barbosa por serem os melhores pais do mundo.

Agradeço aos profissionais e amigos que me ajudaram a tornar esse sonho realidade Juliana Volgaz, Adriana Marini e a Fernanda Barillari que a cada dia me ensinam a ser um profissional melhor e humanista.

À equipe da clínica da dor do Hospital de Base de São José do Rio Preto coordenada pela Dra Ana Marcia Rodrigues da Cunha. Ao Dr. Paulo, Fisiatra, e ao Dr. Marcos, Fisioterapeuta, por terem me ensinado tanto sobre a temática da pesquisa, e às assistentes sociais Stella e Lilian que me abriram as portas com tanto carinho e atenção.

A todos os professores de Mestrado da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto por lecionarem de forma ética.

À equipe de coordenação do curso de Mestrado da Faculdade, principalmente, às secretárias por estarem sempre prontas a resolverem nossas piores dúvidas.

Às Professoras e Doutoradas Lizabelle Mazaro e Susilene Nardi que aceitaram a participar da minha banca, das quais sou muito fã e , que contribuem para a nossa profissão de forma grandiosa.

E por último e com certeza a mais importante, à Prof^a. Dr^a. Marielza, sinceramente não tenho palavras para agradecer. Acredito que Deus coloca na nossa vida "Anjos" que de forma indireta nos ajudam a superar e nos fazem acreditar no nosso potencial, tenho certeza que a Dra. Marielza foi um dos anjos enviado por Deus para iluminar meu caminho. Só posso te desejar tudo de melhor! E que sempre lembrarei o tanto que a senhora acreditou nesse projeto, eterna gratidão, Dra. Marielza.

Agradecimento especial aos pacientes que fizeram parte da coleta de dados, foi enviada esta carta modelo a cada um deles:

Caro sr. Joao Freitas (NOME FICTICIO),

Obrigado pela confiança e pelo tempo que o Sr. dispensou às minhas entrevistas quando o Sr. esteve na Clínica da Dor. Irei retribuir através de um melhor conhecimento sobre os problemas que o Sr. falou e, que através de suas respostas buscarão melhorar o atendimento a todos.

Meus sinceros muito obrigado!

Weltton Augusto da Silva Barbosa

Terapeuta Ocupacional que realizou sua entrevista entre os meses de fevereiro a agosto de 2021, na Clínica da Dor.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	1
LISTA DE TABELAS E QUADROS.....	2
LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS.....	4
RESUMO	5
ABSTRACT	6
RESUMEN.....	7
1. INTRODUÇÃO.....	8
1.1 Apresentação	9
1.1.1 Atividade Física.....	10
1.1.2 Alimentação.....	11
1.1.3 Álcool e substâncias psicoativas.....	12
1.1.4 Tabagismo	13
1.2 Dor Neuropática	14
1.3 Adesão à medicação	16
2. OBJETIVOS.....	19
2.1 Objetivo Geral	20
2.2 Objetivos Específicos	20
3. CASUÍSTICA E MÉTODO	21
3.1 Tipo de Estudo.....	22
3.2 Local e período de coleta.....	22
3.3 População e composição da amostra	23
3.4 Critérios de Inclusão.....	23
3.5 Critérios de Exclusão.....	23
3.6 Coleta de Dados - Instrumentos	23
3.7 Coleta de Dados – Procedimentos	27
3.8 Aspectos Éticos	27
3.9 Análise de Dados	28
4. RESULTADOS	30
4.1 Caracterização sociodemográfica da população estudada.....	31
4.2 Análise da qualidade de vida, estilo de vida, adesão medicamentosa e identificação da dor predominantemente neuropática da população estudada	33
4.3 Análise das variáveis correlacionais da Qualidade de vida(WHOQOL-bref).....	37
4.4 Análise das variáveis correlacionais do estilo de vida (FLQ) e a Qualidade de vida (WHOQOL-bref).....	38

5. DISCUSSÃO	40
5.1 Características sociodemográficas dos pacientes com dor crônica neuropática.....	41
5.2 Qualidade de vida, estilo de vida e adesão medicamentosa	42
6. CONCLUSÃO.....	49
7. FINANCIAMENTO	51
8. REFERÊNCIAS	51
APÊNDICE	58
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	59
ANEXOS	61
ANEXO A – Ficha de entrevista do Paciente.....	61
ANEXO B – Questionário “Estilo de Vida Fantástico” (FLQ).....	63
ANEXO C – Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida	64
ANEXO D – The Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms (LANNS)	68
ANEXO E – Teste de Morisky-Green (TMG)	69

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Análise de alguns componentes do questionário “Estilo de Vida Fantástico”.....	29
-----------	--	----

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Qua	Subdomínios do questionário de qualidade de vida do WHOQOL-bref.....	22
Tab	Descrição das variáveis sociodemográficas dos pacientes avaliados (n=62)	27
Tab	Valores médios e desvios-padrão dos domínios do questionário de qualidade de vida WHOQOL-bref dos pacientes avaliados (n=62).....	28
Tab	Resultados dos subdomínios do questionário de qualidade de vida do WHOQOL-bref dos pacientes avaliados (n=62).....	29

Tab	Avaliação da adesão à terapia medicamentosa (Morisky-Green) nos pacientes avaliados (n=62).....	30
Tab	Respostas positivas das questões da escala LANNIS (Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs Pain Scale) dos pacientes com dor crônica avaliados (n=62).....	31
Tab	Valores do coeficiente de correlação de Spearman entre os escores do instrumento de qualidade de vida do WHOQOL-bref e do questionário “Estilo de Vida Fantástico” (FLQ) obtidos junto aos 62 pacientes com dor crônica neuropática.....	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

CEP/FAMERP	Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DCN	Dor Crônica Neuropática
DN	Dor Neuropática
DRS	Departamento Regional de Saúde
FAMERP	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
FLQ	Questionário de Estilo de Vida Fantástico
IASP	International Association for the Study of Pain
LANNS	The Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs Pain Scale
OMS	Organização Mundial da Saúde
QV	Qualidade de Vida
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMG	Teste de Morisky-Green
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life
ρ	Coefficiente de correlação de Spearman
%	Percentual

RESUMO

Introdução: A dor neuropática é uma entidade complexa, diferente, um estado de dor, uma síndrome, na qual mecanismos de nocicepção são potencializados, gerando sintomas extremamente desagradáveis, como dor espontânea (sem estímulo nocivo), alodínea tátil e dinâmica, hiperalgesia. Muitas vezes, refratárias às terapias existentes, sendo frustrante o seu tratamento. Esta dor é considerada a dor que mais deteriora a qualidade e de vida do paciente, tornando-se um problema de saúde pública. Estratégias de prevenção e controle desta dor devem levar em conta além dos determinantes biológicos, psicológicos e sociodemográficos, o estilo de vida dos pacientes. Os estudos sobre esta temática são escassos. **Objetivo:** identificar o estilo de vida e a qualidade de vida de pacientes com dor neuropática crônica. **Casística e Método:** Trata-se de um estudo analítico, observacional e transversal, no qual se aplicou em um ambulatório de Dor, o questionário “Estilo de Vida Fantástico” para analisar o estilo de vida do paciente e, a qualidade de vida por meio do questionário genérico de qualidade de vida WHOQOL-bref. Verificou-se através do Teste Morisky-Green se este paciente era aderente ao tratamento medicamentoso e, para atestar a dor neuropática foi utilizada a avaliação The Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs Pain Scale (LANNS). **Resultados:** Participaram do estudo sessenta e dois pacientes com dor crônica que realizam acompanhamento no ambulatório da Clínica da Dor do Hospital de Base de São José do Rio Preto. A idade dos 62 pacientes variou entre 30 e 80 anos, sendo a maioria do sexo feminino (60%). Com relação ao estado civil 64%(n=40) eram casados, 80%(n=50) com filhos e, quanto a escolaridade o maior percentual de pacientes 47%(n=29) encontram-se com formação em ensino fundamental e, a grande parte em condição de afastamento do trabalho 52%(n=32). Quanto a à qualidade de vida avaliada pelo questionário WHOQOL-bref, todos os domínios foram afetados negativamente (≤ 50) expressando maior impacto nos subdomínios físico, atividades cotidianas e capacidade para o trabalho. O domínio de relações sociais pautou o subdomínio de relações pessoais como o menor e, o domínio meio ambiente comprometeu negativamente a recreação/ lazer e, o transporte. Em relação ao estilo de vida, o questionário “Estilo de Vida Fantástico” identificou na maioria dos pacientes um estilo de vida “regular”(n=38), com os componentes de atividade e nutrição autopercebidos negativamente. Os resultados referentes ao Teste Morisky-Green para adesão medicamentosa observou que 23 (37%) pacientes obtiveram baixa adesão. A escala LANNS apontou 48 (77%) pacientes com mecanismos neuropáticos contribuindo para a dor relatada. Quando correlacionados os componentes de estilo de vida com a qualidade de vida revelou-se forte correlação, indicando que o baixo nível de atividade e, a quantidade de álcool ingerido associado a pior qualidade de vida nos domínios físico, relações sociais e meio ambiente. **Conclusão:** Os pacientes com dor crônica neuropática deste estudo mostraram que o nível de atividade e a presença do álcool comprometeram seu estilo de vida. Refletiram em pior qualidade de vida nos domínios físico, de relações sociais e meio ambiente. Diante destes resultados, esta pesquisa conclui que a qualidade de vida de pacientes com dor crônica neuropática deve ser valorizada, enfrentando um cuidado integral, valorizando a dor como um condicionante de QV e contemplando o estilo de vida de cada população, porque assim trará conhecimentos científicos para que direcionamentos das ações ocorram eficientemente.

Descritores: Dor crônica, Estilo de vida, Qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: Neuropathic pain is a complex, different entity, a pain state, a syndrome, in which nociception mechanisms are potentiated, generating extremely unpleasant symptoms, such as spontaneous pain (without noxious stimulus), tactile and dynamic allodynia, hyperalgesia. It is often refractory to existing therapies, its treatment is frustrating. This pain is considered the pain that most impairs the patient's quality of life, therefore being a public health problem. Strategies for prevention and control of this pain must take into account the biological, psychological, and sociodemographic determinants, as well as the patients' lifestyle. Studies on this subject are scarce. **Objective:** To evaluate the lifestyle and quality of life of patients with chronic neuropathic pain. **Casuistics and Method:** This is an exploratory, descriptive, cross-sectional, quantitative study, in which the "Fantastic Lifestyle" questionnaire was applied in a Pain outpatient clinic to analyze the patient's lifestyle and quality of life through the WHOQOL-bref generic quality of life questionnaire. The Morisky-Green Test was used to assess whether the patient was compliant with the drug treatment, and the Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs Pain Scale (LANNS) was used to test neuropathic pain. **Results:** Sixty-two patients with chronic pain who underwent follow-up at the outpatient clinic of the Pain clinic of the Hospital de Base de São José do Rio Preto participated in the study. The age of the 62 patients ranged between 30 and 80 years, with the majority being female (60%). Regarding marital status, 64% (n=40) were married, 80% (n=50) with children and, as for education, the highest percentage of patients 47% (n=29) is trained in elementary school and, the great part in a condition of absence from work 52% (n=32). As for the quality of life evaluated by the WHOQOL-bref questionnaire, all domains were negatively affected (≤ 50) expressing greater impact in the physical, daily activities and ability to work. The domain of social relationships guided the subdomain of personal relationships as the smallest, and the domain of the environment negatively compromised recreation/leisure and transportation. Regarding lifestyle, the "Fantastic Lifestyle" questionnaire identified a "regular" lifestyle in most patients (n=38), with activity and nutrition components negatively perceived. The results referring to the Morisky-Green test for medication adherence observed that 23 (37%) patients had low adherence. The LANNS scale (The Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs pain scale) indicated 48 (77%) patients with neuropathic mechanisms contributing to the reported pain. When the lifestyle components were correlated with quality of life; a strong positive correlation was presented, pointing out that the low level of activity and the amount of alcohol ingested are associated with worse quality of life in the physical domains, social relationships and environment. **Conclusion:** Patients with chronic neuropathic pain in this study showed that the level of activity and the presence of alcohol have impaired their lifestyle and produced a worse quality of life in the physical, social and environmental domains. Considering these results, this research has concluded that the quality of life of patients with chronic neuropathic pain must be valued, facing a comprehensive care, assessing pain as a conditioner of QL and contemplating the lifestyle of each population, since this will provide scientific knowledge so that the actions can be efficiently directed.

Descriptors: Chronic Pain, Lifestyle, Quality of life.

RESUMEN

Introducción: El dolor neuropático es una entidad compleja, diferente, un estado de dolor, un síndrome, donde se potencian los mecanismos de nocicepción generando síntomas sumamente desagradables, como dolor espontáneo (sin estímulo nocivo), alodinia táctil y dinámica, hiperalgesia, muchas veces refractaria a las terapias existentes, y su tratamiento es frustrante, este dolor es considerado el dolor que más deteriora la calidad de vida del paciente, convirtiéndose en un problema de salud pública. Las estrategias para la prevención y el control de este dolor deben tener en cuenta, además de los determinantes biológicos, psicológicos y sociodemográficos, el estilo de vida de los pacientes y, sobre este tema, existen pocos estudios. **Objetivo:** evaluar el estilo de vida y calidad de vida de pacientes con dolor neuropático crónico. **Método:** Se trata de un estudio exploratorio descriptivo, transversal y cuantitativo, en el que se aplicó el cuestionario “Estilo de Vida Fantástico” en un ambulatorio de Dolor para analizar el estilo de vida del paciente y la calidad de vida utilizando el cuestionario genérico de calidad de vida WHOQOL-bref. cuestionario de vida. Se verificó mediante el Morisky-Green Test si este paciente era adherente al tratamiento farmacológico y, para atestiguar el dolor neuropático, se evaluó The Leeds Assessment of Neurothic Sym- gans and Signs Pain Scale (LANNS). **Resultados:** Participaron del estudio 62 pacientes con dolor crónico en seguimiento en el ambulatorio de la clínica del dolor del Hospital de Base de São José do Rio Preto. La edad de los 62 pacientes osciló entre 30 y 80 años, siendo la mayoría mujeres (60%). En cuanto al estado civil, el 64% (n=40) estaban casados, el 80% (n=50) con hijos y, en cuanto a la educación, el mayor porcentaje de pacientes 47% (n=29) tiene formación en la escuela primaria y, la gran parte en condición de ausencia al trabajo 52% (n=32) En cuanto a la calidad de vida evaluada por el cuestionario WHOQOL-bref, todos los dominios se vieron afectados negativamente (≤ 50) expresando mayor impacto en los subdomínios físicos, actividades diarias y capacidad para trabajar. El dominio de las relaciones sociales orientó al subdominio de las relaciones personales como el más pequeño, y el dominio del medio ambiente comprometió negativamente la recreación/ocio y el transporte. En cuanto al estilo de vida, el cuestionario “Fantastic Lifestyle” identificó un estilo de vida “regular” en la mayoría de los pacientes (n=38), con componentes de actividad y nutrición percibidos negativamente. Los resultados referentes al Test de Morisky-Green para la adherencia a la medicación observaron que 23 (37%) pacientes presentaban baja adherencia. La escala LANNS (The Leeds Assessment of Neurophatic Syntomas and Signs Pain Scale) indicó 48 (77%) pacientes con mecanismos neuropáticos contribuyentes al dolor relatado. Cuando los componentes del estilo de vida fueron correlacionados con la calidad de vida, se reveló una fuerte correlación positiva, indicando que el bajo nivel de actividad y la cantidad de alcohol ingerido están asociados con peor calidad de vida en los dominios físicos, relaciones sociales y medio ambiente. **Conclusión:** Los pacientes con dolor neuropático crónico del presente estudio mostraron que el nivel de actividad y la presencia de alcohol comprometían su estilo de vida y se reflejaban en una peor calidad de vida en los dominios físico, social y ambiental. Ante estos resultados, esta investigación concluye que se debe valorar la calidad de vida de los pacientes con dolor neuropático crónico, de cara a la atención integral, valorando el dolor como condición de la CV y contemplando el estilo de vida de cada población, pues esto traerá conocimiento científico a que las direcciones de acción ocurren eficientemente.

Descriptores: Dolor crónico, Estilo de vida, Calidad de vida.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

O estilo de vida pode ser compreendido como uma forma cultural e social de viver. Corresponde a um conjunto de todas as atividades de vida diária, capazes de favorecer a saúde de forma plena e saudável.¹ A Organização da Mundial da Saúde (OMS) define o estilo de vida como “um conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização”. Estes hábitos incluem a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis como inatividade física, dietas inadequadas, tabagismo e consumo exacerbado de bebidas alcoólicas, além do uso de substâncias psicoativas.²

Diferentemente de estilo de vida, o termo qualidade de vida envolve o bem estar físico, mental, psicológico e emocional, além de relacionamentos sociais e condições socioeconômicas.³ Em 1994, a OMS constituiu o Grupo *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*⁴ que define a qualidade de vida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto cultural e no sistema de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões, preocupações e desejos". Com relação ao termo qualidade de vida relacionada à saúde, a OMS pressupõe a percepção individual que a pessoa tem dos efeitos de uma doença e suas consequências no bem-estar físico, emocional e social.⁴

5

Em 1988, foi consolidada no Brasil a reforma sanitária, tendo como principal objetivo a ampliação e melhoria no saneamento básico, educação, transporte, moradia, lazer serviços essenciais, que influenciam diretamente no estilo de vida da população.⁶ A partir dos anos 2000, as políticas públicas se fortaleceram devido a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde, que prioriza ações como: alimentação saudável, prática de atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução no consumo de álcool e substâncias

psicoativas favorecendo assim o desenvolvimento social e qualidade de vida da população.²

Durante a pandemia do COVID-19, ocorreu a necessidade em realizar mudança no estilo de vida da população gerando estresse devido à perda de emprego de familiares, o aumento de doenças psiquiátricas e isolamento social, resultando num aumento do consumo de álcool, tabaco e de alimentos industrializados, além do sedentarismo.⁷

As recomendações de saúde pública e as medidas governamentais tomadas para reduzir a infecção impactaram indiretamente à disponibilidade de alimentos, qualidade da dieta, atividades diárias normais, acesso a ambientes públicos recreativos, atividades sociais, trabalho e segurança financeira.⁸ Esses fatores somam-se ao longo do tempo para mudar radicalmente os comportamentos relacionados ao estilo de vida, especialmente, os comportamentos diários de alimentação, atividade e sono que são conhecidos por serem fatores de risco independentes para complicações metabólicas, como obesidade, diabetes e distúrbios cardiovasculares.⁹

Dessa forma, extraíram-se componentes, dentre diversos fatores, que podem interferir tanto no estilo quanto na qualidade de vida de pacientes com dor crônica neuropática.

1.1.1 Atividade Física

A atividade física é fundamental para melhorar a qualidade de vida, proporcionando muitos benefícios físicos e mentais, sendo também fundamental para redução de doenças crônicas não transmissíveis.¹⁰ Segundo a OMS, a recomendação da prática de atividade física é de pelo menos 150 minutos semanais de moderada a vigorosa.¹⁰ Hallal et al.¹¹ ao analisarem dados sobre a prevalência de inatividade física em 122 países, encontraram 31% da população mundial que não seguem as orientações de atividade física recomendada pela OMS. No Brasil, estima-se que 49,2% da população adulta não praticam pelo menos 150 minutos semanais de atividade física, sendo que 13% das mortes no Brasil foram atribuídas à inatividade física.¹²

Em paralelo a esta questão, as organizações mundiais de saúde incluíram a atividade

física na agenda mundial de saúde pública.¹³ De acordo com a Política Nacional Brasileira de Promoção da Saúde, a inclusão de atividades físicas na agenda nacional tem o principal objetivo de considerar a necessidade de desenvolver políticas públicas de vigilância e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis, reduzindo os seus fatores de risco relacionados ao sedentarismo, ao consumo inadequado de alimentos e tabagismo, em conformidade com as recomendações da estratégia global.¹⁴ Portanto, o objetivo destas ações visa reduzir a prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis que são responsáveis por produzir altos custos para o sistema de saúde pública.¹⁵ Estudos revelam que programas públicos que estimulam a prática da atividade física promovem uma melhora na qualidade de vida e no estilo de vida da população.^{10,12}

Diante deste contexto e referenciando ao tratamento de dor crônica neuropática, centros de controle de doenças sugerem incluir o exercício como parte do tratamento para a dor, antes dos tratamentos farmacológicos, pois reduz o risco de dor crônica em 10 a 15% naqueles com menos de 65 anos e, em 20% naqueles com 65 anos ou mais.¹³

1.1.2 Alimentação

Outro fator que deve ser levado em consideração é a associação entre a inatividade física e as dietas inadequadas, como um dos principais problemas relacionados à ocorrência das doenças crônicas não transmissíveis, devido ao aumento da ingestão de gorduras e açúcares, resultando na diminuição do consumo de cereais, frutas, verduras e legumes. Além disso, baixos índices de atividade física levam a um baixo gasto energético, aumentando o índice de doenças crônicas não-transmissíveis como a obesidade.¹⁴⁻¹⁵

De acordo com Buesing et al.¹⁶, a conexão entre dor neuropática e alimentação ocorre devido à deficiência de vitamina B12; prevalente em 10 a 15% das pessoas com mais de 60 anos. Esta deficiência causa danos às bainhas de mielina que envolvem e protegem os nervos. Revelam que as fontes alimentares de vitamina B12 incluem peixes, carnes, aves, ovos, leite e outros tipos de laticínio.

Pessoas com neuropatia diabética devem seguir uma dieta adequada para manter os níveis de glicose no sangue, o que inclui limitar doces, bebidas com adição de açúcar e grandes porções de alimentos ricos em amido ou carboidratos.¹⁷

1.1.3 Álcool e substâncias psicoativas

A Organização Mundial da Saúde considera como droga toda substância que depois de ingerida provoca alterações no funcionamento do organismo e, segundo a classificação da OMS, as drogas são classificadas pelo seu grau de periculosidade, utilizando critérios como o maior ou menor perigo tóxico, a maior ou menor capacidade de dependência física e a maior ou menor rapidez em que esta dependência se estabelece.¹⁸ Assim, com base nestes critérios, as drogas são classificadas como Grupo 1: ópio e derivados, por exemplo, morfina e heroína; Grupo 2: barbitúricos e álcool; Grupo 3: cocaína anfetaminas; Grupo 4: LSD, canabinoides, tabaco e outras.¹⁵

O alcoolismo ocupa a sétima posição na lista de fatores de risco para mortalidade, afetando diretamente na qualidade de vida e no estilo de vida, principalmente, por condições que o alcoolismo acarreta como doenças psiquiátricas e cardiovasculares, neoplasias, acidente de trânsito, absenteísmo, suicídio, acidentes de trabalho, violência familiar e sexual, criminalidade e até mesmo podendo levar a outros vícios.¹³⁻¹⁴

Já o uso de substâncias psicoativas tornou-se uma questão mundial de grande complexidade, devido aos seus efeitos que afetam significativamente na qualidade de vida e no estilo de vida do usuário.¹⁶ O impacto destas consequências assume características negativas decorrentes da dependência tais como: danos sociais, mortalidade, suicídio, doenças infecciosas, comorbidades psiquiátricas, exclusão social e criminalidade.

De acordo com Chopra e colaboradores,¹⁹ no tocante a dor neuropática, o álcool apresenta morbidade considerável e pode resultar em diminuição significativa da qualidade de vida. Relatam ainda que não existe uma intervenção terapêutica eficaz disponível para o alívio da dor neuropática decorrente do consumo crônico de álcool. No entanto, há uma necessidade

de entender os mecanismos fisiopatológicos básicos envolvidos na dor neuropática induzida pelo álcool, para que novas modalidades terapêuticas, visando eventos moleculares interrompidos possam ser desenvolvidas para prevenção e manejo clínico. Nota-se a relevância de pesquisar nos indivíduos os marcadores genéticos de risco que são elencados em: 1) níveis variados de serotonina os quais têm sido associados a uma predisposição genética ao alcoolismo; 2) falta de sinais de alerta onde uma pessoa que tem um histórico genético de dependência de álcool pode interromper os sinais de alerta de excesso de álcool de maneira diferente assim, pouco ou nenhum sinal de alerta corporal e mental pode ser experimentado por pessoas predispostas ao alcoolismo; 3) partes menores do cérebro, que alguns estudos mostraram que indivíduos predispostos ao alcoolismo têm amígdalas menores. A amígdala é uma parte do cérebro que se acredita estar ligada a desejos e emoções e, 4) predisposição para doenças mentais, acreditando-se que muitas doenças mentais sejam genéticas. Ter um distúrbio de saúde mental pode aumentar o risco de dependência de álcool em até 50%.¹⁶

1.1.4 Tabagismo

O tabagismo é classificado como doença crônica não transmissível e está incluído na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11).²⁰ O tabagismo integra o grupo dos transtornos mentais devido ao uso de substância psicoativa. Como exemplo, a fumaça é uma mistura de mais de 4.000 substâncias tais como: monóxido de carbono, amônio, formaldeído, acetaldeído, acroleína e alcatrão, altamente cancerígenos. A OMS estima que o tabagismo corresponda a cerca de 5,4 milhões de óbitos ao ano.²¹

Assim como o tabaco, o uso abusivo do álcool e substâncias psicoativas interfere na qualidade de vida da população e, é de extrema importância que haja investimento em recursos sociais e de políticas públicas para a prevenção e promoção da qualidade de vida desses indivíduos.¹⁸

Schembri e colaboradores²² expõem em seu estudo que tabagismo e maior dependência de nicotina aumentam as chances de lombalgia crônica, ciática e dor neuropática radicular. Sobretudo, que fumantes tendem a relatar maior intensidade de dor, requerem mais analgésicos e a sua dor impacta mais negativamente em suas vidas, em comparação com os não fumantes, afetando sua qualidade de vida.

1.2 Dor Neuropática

A dor foi conceituada pela primeira vez, em 1979, pela *International Association for the Study of Pain* (IASP)²³ sendo caracterizada como "sensação sensorial e emocional desagradável relacionada à lesão tecidual presente ou descrita como tal". Em 2020, a definição foi revisada como uma experiência subjetiva que envolve um estímulo através do processamento cognitivo e emocional, tanto que na nova Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-11).²⁰ Este conceito é complementado por seis notas explicativas que passam a ser uma lista com itens que incluem a etimologia: 1) a dor é sempre uma experiência pessoal que é influenciada, em graus variáveis, por fatores biológicos, psicológicos e sociais; 2) dor e nocicepção são fenômenos diferentes. A dor não pode ser determinada exclusivamente pela atividade dos neurônios sensitivos; 3) através das suas experiências de vida, as pessoas aprendem o conceito de dor; 4) o relato de uma pessoa sobre uma experiência de dor deve ser respeitado; 5) embora a dor geralmente cumpra um papel adaptativo, ela pode ter efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico; 6) a descrição verbal é apenas um dos vários comportamentos para expressar a dor; a incapacidade de comunicação não invalida a possibilidade de um ser humano ou um animal sentir dor.

A dor pode ser classificada de muitas maneiras, porém a mais utilizada é a dor nociceptiva, neuropática e mista.²⁴ Na dor nociceptiva, as vias encontram-se preservadas, sendo ativadas pelos nociceptores de tecidos cutâneos, resultando dor somática ou dor visceral. A dor neuropática acomete as vias nociceptivas que apresentam alterações na função

e na estrutura, resultante de lesão seletiva do trato neoespinotalâmico ou resultante de lesões no sistema nervoso periférico. Segundo IASP,²³ a dor neuropática é definida como "uma dor causada por uma lesão ou doença somatossensorial". Ocorre também em alguns casos ambos os tipos de dor, chamada de dor mista, na qual existe condições nociceptiva e neuropática causando a dor.

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-11),²⁰ cuja função é monitorar a incidência e prevalência de doenças, através de uma padronização universal, incluiu a dor crônica neuropática, a partir de janeiro de 2022 e a classificou em dor neuropática central (MG30.50), neuropática periférica (MG 3051), especificada (MG30.5Y) e não especificada (MG30Z).²⁰

A fisiopatologia da dor neuropática ainda não está completamente esclarecida, no entanto, alterações na sensibilização de receptores e de celular de projeção central, excitação cruzada entre os neurônios decorrente do dano a mielina, bem como, atividades anormais das unidades de processamento central e aderência sensitiva são características importantes observadas na dor neuropática.²⁵ O mecanismo fisiológico mais aceito na definição da causa da dor neuropática é a geração ectópica de impulsos nervosos onde as fibras de pequeno calibre do tipo C e A delta, após um evento de uma lesão do nervo alteram a distribuição e conformação de canais de sódio que promovem o aumento da excitabilidade axonal das fibras finas nociceptivas.²⁶

Estudos atuais²⁷⁻²⁸ revelam uma nova definição de dor neuropática substituindo a definição de 17 anos que apareceu na Classificação de Dor Crônica publicado pela IASP , em 1994, que definiu a dor neuropática como “dor iniciada ou causada por uma lesão primária, disfunção ou perturbação transitória do sistema periférico ou central”. No entanto, mesmo que a definição não tenha sido alterada dramaticamente, há duas mudanças importantes na nova versão: (1) a palavra “disfunção” foi removida e (2) uma lesão ou doença que afeta o

sistema nervoso foi especificada como uma lesão ou doença do sistema somatossensorial.

Recentemente, as pesquisas confirmam a importância de se identificar a dor neuropática na comunidade e a necessidade de estratégias de manejo multidimensionais que contemplem todos os aspectos da saúde. O grande problema que norteia as condições no estilo de vida dos indivíduos com dor neuropática são as interferências negativas na qualidade de vida que causam sono inadequado, ansiedade, depressão, dificuldade em trabalhar e em se relacionar, diminuição de atividades físicas e ocupacionais.²⁹⁻³⁰

Assim, apesar do aumento de estudos sobre fármacos para a dor neuropática, muitos pacientes persistem com alívio insuficiente da dor, sendo necessário um atendimento multidisciplinar e alternativo.^{27,29}

1.3 Adesão à medicação

O tratamento inicial para dor neuropática é farmacológico, sendo basicamente composto de antidepressivos com inibição da recaptação de noradrenalina e serotonina, anestésicos locais, opioides e anticonvulsivantes como a pregabalina, um anticonvulsivante, indicado para o tratamento da dor neuropática em adultos e seu mecanismo de ação é a redução do influxo de cálcio para regular a transmissão de mensagens excitatórias entre as células nervosas.³¹

A Organização Mundial da Saúde define a adesão ao tratamento “como a medida com que o comportamento da pessoa tomar a sua medicação, seguir a dieta e/ou mudar seu estilo de vida corresponde às recomendações de um profissional de saúde”. É fator essencial à eficácia de todas as terapias farmacológicas, mas é particularmente crítica em casos de doenças crônicas não transmissíveis.³²

As taxas de adesão à medicação são mais baixas entre pacientes com condições crônicas e o tratamento medicamentoso envolve tanto ações medicamentosas como mudanças no estilo de vida como, por exemplo, prática de atividade física, alimentação saudável, redução do tabagismo e do consumo de álcool e de outras substâncias psicoativas, resultando

em mais benefícios e qualidade de vida.⁵

A literatura atual³³⁻³⁴ recomenda que além dos fatores biológico-orgânicos, as dimensões sensoriais, cognitivas e emocionais da dor multifatorial sejam validadas e a equipe multidisciplinar composta por terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, dentre outros possam redirecionar sua dor para que ela interfira menos na qualidade e estilo de vida.

As atividades de relaxamento e visualização redirecionam cognitivamente a dor. De acordo com McGeary et al.,³⁵ por causa da dor crônica, os pacientes geralmente são fisicamente descondicionados e o praticante trabalhará em exercícios suaves para aumentar a força e a resistência dos pacientes. Eles também podem usar atividades como auto-hipnose, meditação e ioga, que podem ser maneiras eficazes de lidar com a dor. Ainda neste estudo, relata-se que a eficácia dessas atividades, depende em grande parte da atitude e das crenças do cliente sobre a dor. Conforme Dale e colaboradores,³⁶ muitas pesquisas e dados atuais sugerem que a dor crônica ocorre porque as células do corno dorsal da medula espinhal realmente mudam e exacerbam a resposta à dor. As células do corno dorsal são o primeiro local para integrar e processar informações sensoriais recebidas, fornecendo informações ascendentes para os centros superiores do cérebro que influenciam a percepção e a interpretação da dor. Revelam que alguns clientes; o fato de ajudá-los a ver que existe uma causa orgânica de sua dor, os ajuda a perceber que eles podem realmente fazer uma mudança na resposta a ela e compreendem que se o cérebro muda quando temos uma mensagem que damos a nós mesmos; então há muito potencial para o cérebro mudar com outras mensagens.

Por fim, embora se observe atualmente um número considerável de estudos sobre qualidade de vida relacionada à saúde em diversas enfermidades e populações,³⁵⁻³⁶ pode-se dizer que os estudos brasileiros associando a qualidade de vida ao estilo de vida de pacientes com dor neuropática crônica, ainda são escassos.³⁷⁻³⁸ Dentre outros propósitos, o fomento da

pesquisa neste contexto pode permitir a produção de dados relevantes para o planejamento de ações e serviços com foco na promoção da saúde. Sobretudo, tendo em vista a alta prevalência de dor neuropática crônica nas Clínicas de Dor e, também considerando que o diagnóstico e o tratamento da dor neuropática são complexos; o tratamento geralmente não é eficaz.³

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar o estilo de vida e avaliar a qualidade de vida de pacientes com dor crônica neuropática.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a população estudada;
- Análisar a qualidade de vida, estilo de vida, adesão medicamentosa e identificação da dor predominantemente neuropática da população estudada;
- Correlacionar os dados obtidos no questionário sociodemográfico das variáveis idade, sexo, profissão e estado civil com os domínios do questionário de qualidade de vida WHOQOL-bref;
- Correlacionar as variáveis do questionário “Estilo de Vida Fantástico” com os domínios do questionário de qualidade de vida WHOQOL-bref.

3. CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo analítico, observacional e transversal, no qual foram aplicados dois instrumentos no mesmo momento da entrevista. Um para avaliar o estilo de vida e outro para avaliar a qualidade de vida de pacientes com dor crônica neuropática que são acompanhados em um ambulatório de dor crônica. Também foram aplicados o teste rápido para verificar a adesão medicamentosa ao tratamento proposto e uma avaliação “padrão ouro” para atestar a dor neuropática.

3.2 Local e período de coleta

Este estudo foi realizado no Ambulatório da Clínica da Dor do Instituto de Câncer do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - SP (FAMERP), sendo que o período da coleta de dados compreendeu os meses de fevereiro a agosto do ano de 2021, no período da manhã das 7:00hs às 12:00hs

Trata-se de um ambulatório que presta atendimentos multiprofissionais e em diferentes especialidades da área da saúde. São atendidos pacientes do município de São José do Rio Preto,SP, responsável pelo Departamento Regional de Saúde (DRS XV) que atende 102 municípios da região advindos do Sistema Único de Saúde (SUS).

O serviço prestado no ambulatório da Clínica da Dor é de característica multiprofissional, tendo como principal objetivo tratar e prevenir a dor. A equipe é composta por médicos anesthesiologistas, fisiatras, neurologistas, ortopedistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos.

O ambulatório foi criado,em 1995, atendendo pacientes que sofrem de dor crônica com atendimento gratuito, com encaminhamento e relatório médico contendo o histórico do paciente acompanhado de todos os exames já realizados.

Os tratamentos são determinados a partir de uma avaliação médica detalhada, onde são detectados os fatores que causam e contribuem para a permanência da dor e, assimdeterminados os profissionais da saúde para potencializar a postura ativa e responsável

dos pacientes, cada qual através de sua área de atuação.

3.3 População e composição da amostra

Participaram do estudo 62 pacientes de uma amostra total de 80 pacientes realizam acompanhamento mensal no ambulatório da Clínica da Dor do Hospital de Base de São José do Rio Preto, SP.

3.4 Critérios de Inclusão

Os critérios adotados para inclusão dos pacientes no estudo foram:

- Possuir diagnóstico de dor crônica neuropática;
- Estar em tratamento no Ambulatório da Clínica da Dor, independente do tempo de tratamento;
- Idade superior a 18 anos, independente do gênero;
- Concordar em participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.5 Critérios de Exclusão

Foram excluídos pacientes com deficiências cognitivas, comorbidades psiquiátricas, desorientados ou sem condições para verbalização.

3.6 Coleta de Dados - Instrumentos

Primeiramente, foi utilizada uma Ficha de identificação contendo dados sociodemográficos (Anexo A) como: nome do paciente, número de prontuário, idade em anos completos, procedência, escolaridade, estado civil, filhos, situação laboral e profissão. E quando houve a necessidade de informações foi consultado os prontuários eletrônicos.

Para analisar o estilo de vida dos pacientes, foi utilizado o Questionário de Estilo de Vida Fantástico (FLQ) (Anexo B),⁴⁰ que é um instrumento que foi desenvolvido por Wilson e Ciliskaem, em 1948, no Departamento de Medicina Familiar da Universidade de McMaster no Canadá, validado no Brasil por Añez, em 2008, com o principal objetivo de auxiliar os profissionais da saúde na prevenção e na melhoria do estilo de vida dos pacientes. Consiste

de um questionário padronizado com 25 questões fechadas que exploram nove domínios que são: 1) família e amigos; 2) atividade física; 3) nutrição; 4) cigarro e drogas; 5) álcool; 6) sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro; 7) tipo de comportamento; 8) introspecção; 9) trabalho. A codificação das questões é realizada por pontos, da seguinte maneira: zero para a primeira coluna, 1 para a segunda coluna, 2 para a terceira coluna, 3 para a quarta coluna e, 4 para a quinta coluna. As questões que só possuem duas alternativas pontuam: zero para a primeira coluna e 4 pontos para a última coluna.

A soma de todos os pontos permite chegar a um escore total que classifica os indivíduos em cinco categorias que são: "Excelente" (85 a 100 pontos), "Muito bom" (70 a 84 pontos), "Bom" (55 a 69 pontos), "Regular" (35 a 54 pontos) e "Necessita melhorar"(0 a 34 pontos). É desejável que os indivíduos atinjam a classificação "Bom". Quanto menor for o escore, maior será a necessidade de mudança no estilo de vida do paciente.⁴⁰

A origem da palavra "fantástico" vem da palavra "*fantastic*" em inglês que representa as letras dos nomes dos nove domínios em que estão distribuídas às 25 questões:

- F = *Family and friends* (família e amigos);
- A = *Activity* (atividade física);
- N = *Nutrition* (nutrição);
- T = *Tobacco & toxics* (cigarro e drogas);
- A = *Alcohol* (álcool);
- S = *Sleep, seatbelts, stress, safe sex* (sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro);
- T = *Type of behavior* (tipo de comportamento; padrão de comportamento A ou B);
- I = *Insight* (introspecção);
- C = *Career* (trabalho; satisfação com a profissão).

Quanto à avaliação da qualidade de vida, foi utilizado o instrumento de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref (Anexo C).⁴¹ Este instrumento foi desenvolvido pela OMS,

em 15 países por grupos multicêntricos, com o objetivo de obter um questionário genérico de fácil aplicação que pudesse ser utilizado em qualquer cultura ou país, sendo traduzido, adaptado culturalmente e validado pelo grupo WHOQOL-Brasil, seguindo-se a metodologia padronizada do WHOQOL-100 original. Atualmente, o instrumento está disponível em 19 línguas, composta por 26 questões, sendo que a primeira questão refere-se à qualidade de vida de modo geral e a segunda, à satisfação com a própria saúde. As outras 24 estão divididas nos domínios físico, psicológico, das relações social e meio ambiente. Trata-se de um instrumento que pode ser utilizado tanto para populações saudáveis como para populações acometidas por agravos e doenças crônicas.⁴¹

As questões do WHOQOL-bref possuem quatro tipos de escalas de respostas: intensidade, capacidade, frequência e avaliação, todas graduadas em cinco níveis. Estas escalas são do tipo Likert, sendo que a escala de intensidade varia de nada a extremamente; a escala de capacidade varia de nada a completamente; a escala de avaliação de muito insatisfeito a muito satisfeito e muito ruim a muito bom e a escala de frequência varia de nunca a sempre. Todas as palavras âncoras possuem uma pontuação de um a cinco e para as questões de número 3, 4 e 26 os escores são invertidos em função de 1=5; 2= 4; 3=3; 4=2 e 5=1.

A avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref não admite um escore total da qualidade de vida, considerando a premissa de que qualidade de vida é multidimensional; portanto, cada domínio é pontuado de forma independente. A determinação dos escores dos domínios é realizada multiplicando-se a média de todos os itens incluído dentro de um domínio por quatro. Dessa forma, o escore pode variar de zero a 100, sendo que quanto maior o valor melhor é o domínio de qualidade de vida.⁴¹ Abaixo, são apresentados os domínios e seus subdomínios, respectivamente. (Quadro 1)

Quadro 1. Subdomínios do questionário de qualidade de vida do WHOQOL-bref.

Domínios	Subdomínios	Questões
Físico	Dor, desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou tratamentos e capacidade de trabalho.	3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18
Psicológico	Sentimentos positivos e negativos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, espiritualidade, religião e crenças pessoais.	5, 6, 7, 11, 19 e 26
Relações Sociais	Relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual.	20, 21 e 22
Meio Ambiente	Segurança física e proteção, ambiente dólár, recursos financeiros, cuidados sociais e de saúde, oportunidade de recreação ou lazer e participação nas mesmas, ambiente física (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25

Fonte: Fleck MP et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev Saud Publ. 2000;34:178-83.

Para avaliar a dor neuropática, foi utilizado como parâmetro a avaliação *The Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs Pain Scale* (LANNS)⁴² (Anexo D). É uma avaliação física, padrão ouro, mais utilizada em pacientes com dor neuropática e crônica e tem por objetivo diferenciar casos de dor neuropática e dor não neuropática. Baseia-se na análise da descrição do paciente sobre sensibilidade e, no exame dos déficits sensitivos. Assim, são considerados cinco grupos de sintomas, dentre os quais se investiga a presença de disestesia, alodínea, dor paroxística, alterações autonômicas e sensação de queimação no local da dor. Como controle para essa avaliação, utiliza-se a área contralateral à área onde a dor é referida.⁴²

As respostas para questionário LANNS são binárias e fazem referência à dor sentida

na última semana. O escore varia de zero a 24, sendo o valor deste escore igual ou maior que 12 mecanismos neuropáticos estariam implicados na dor do paciente, caso seja menor que 12 mecanismos a neuropatia seria menos improvável.⁴²

Com relação à adesão medicamentosa foi empregado o Teste de Morisky-Green (TMG)⁴³ (Anexo E). É um teste de adesão à medicação simples e rápido, composto por quatro perguntas sobre a irregularidade e na ingestão diária e, nos horários preestabelecidos para a medicação. De acordo com o protocolo do teste de Morisky-Green, é considerado aderente ao tratamento, o paciente que obtém pontuação máxima de quatro pontos, e não aderente o que obtém três pontos ou menos.⁴⁴

3.7 Coleta de Dados – Procedimentos

A coleta de dados foi realizada pessoalmente pelo pesquisador responsável. Inicialmente, os pacientes que se enquadraram nos critérios de inclusão durante as interconsultas na Clínica da Dor foram convidados a participarem da pesquisa. Após, os pacientes receberam os devidos esclarecimentos necessários relacionados à pesquisa, foi enfatizado que a sua participação poderia ser de acordo com a sua disposição e vontade e que não teria nenhum prejuízo em seu tratamento na instituição caso não quisesse participar ou desistir. Assim esclarecido, os pacientes que concordaram em participar na pesquisa assinaram o TCLE (Apêndice A), no qual uma via ficou com o pesquisador responsável e outra com o paciente. Os dados clínicos e de caracterização sociodemográfica dos pacientes foram coletados no dia da avaliação como também nos prontuários eletrônicos na Clínica da Dor.

Posteriormente, os questionários FLQ, WHOQOL-bref, LANNS e TMG foram aplicados, durando em média 30 minutos de entrevista.

3.8 Aspectos Éticos

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - SP (CEP/FAMERP), em atenção aos preceitos éticos em pesquisa

em seres humanos para apreciação, aprovado (Protocolo CAAE: 08314819.0.0000.5415), parecer nº 3.307.768, em 07 de maio de 2019. (Anexo F)

Inicialmente, houve uma reunião com a equipe de profissionais responsáveis pelo Ambulatório da Clínica da Dor e foi exposto o objetivo da pesquisa, assim como, também foi esclarecido para os pacientes que concordaram em participar da pesquisa e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (Apêndice A)

3.9 Análise de Dados

Foram utilizados métodos de estatísticas descritivas e métodos de estatística inferenciais, analisando-se questões de probabilidade de uma população com base nos dados da amostra. Em alguns momentos, dada a necessidade e para melhor entendimento, foram usados os seguintes métodos: média, mediana, moda, desvio padrão, erro padrão, valor máximo, valor mínimo, significância, correlação de Spearman, U de Mann-Whitney.

Após a tabulação dos dados coletados nessa pesquisa, foram exercidas duas funções de análises: Estatística descritiva e inferencial. A seguir, de maneira descritiva, foi traçado o perfil da amostra estudada, contemplando as variáveis analisadas e seus desdobramentos.



4. RESULTADOS

4.RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em Gráficos e Tabelas e, posteriormente, discutidos. Foram coletados informes existentes em 62 registros, aqui tratados como amostra existente de aproximadamente 80 pacientes atendidos mensalmente na Clínica da Dor no Ambulatório do Hospital de Base de São José do Rio Preto/SP. Esta amostra foi calculada com erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%.

4.1 Caracterização sociodemográfica da população estudada

Os dados sociodemográficos obtidos pela ficha de entrevista estão apresentados na Tabela 1. A idade dos 62 pacientes variou entre 30 a 80 anos, sendo o sexo feminino (60%) de maior percentual. A média de idade foi de 56,2 e desvio padrão de 12,9 anos.

No que diz respeito ao estado civil, 64% (n=40) eram casados e 80% (n=50) com filhos. Quanto à escolaridade, o maior percentual de pacientes 47% (n=29) encontra-se com formação em ensino fundamental e a grande parte em condição de afastamento do trabalho 52% (n=32).

Tabela 1. Descrição das variáveis sociodemográficas dos pacientes avaliados (n=62).

Variáveis	Frequência	%
Gênero		
Feminino	37	60
Masculino	25	40
Procedência		
São Jose do Rio Preto	36	58
Outros Municípios	26	42
Escolaridade		
Analfabeto	3	5
Ensino Fundamental	29	47
Ensino Médio	26	42
Ensino Superior	4	6
Estado Civil		
Casado	40	64
Solteiro	14	23
Viúvo	2	3
Divorciado	6	10
Filhos		
Não	12	20
Sim	50	80
Situação Laboral		
Aposentado	15	24
Afastado	32	52
Ativo	8	13
Desempregado	7	11
Idade		
30 a 40 anos	5	8
41 a 50 anos	24	39
51 a 60 anos	12	19
>60 anos	21	34

Fonte: Dados da pesquisa.

4.2 Análise da qualidade de vida, estilo de vida, adesão medicamentosa e identificação da dor predominantemente neuropática da população estudada

Em relação à qualidade de vida avaliada no questionário WHOQOL-bref, todos os domínios apresentaram baixa qualidade de vida (≤ 50). Foi identificado que o domínio físico, composto por sete subdomínios, obteve a menor média, no valor de 36,9, seguindo a média do domínio de relações sociais com escore de 39,9 (três subdomínios). A média do escore do meio ambiente (oito subdomínios) obteve o escore de 41,4 e o domínio psicológico, o escore de 45,9 (seis subdomínios). Os resultados completos da análise para cada domínio estão apresentados na Tabela 2.

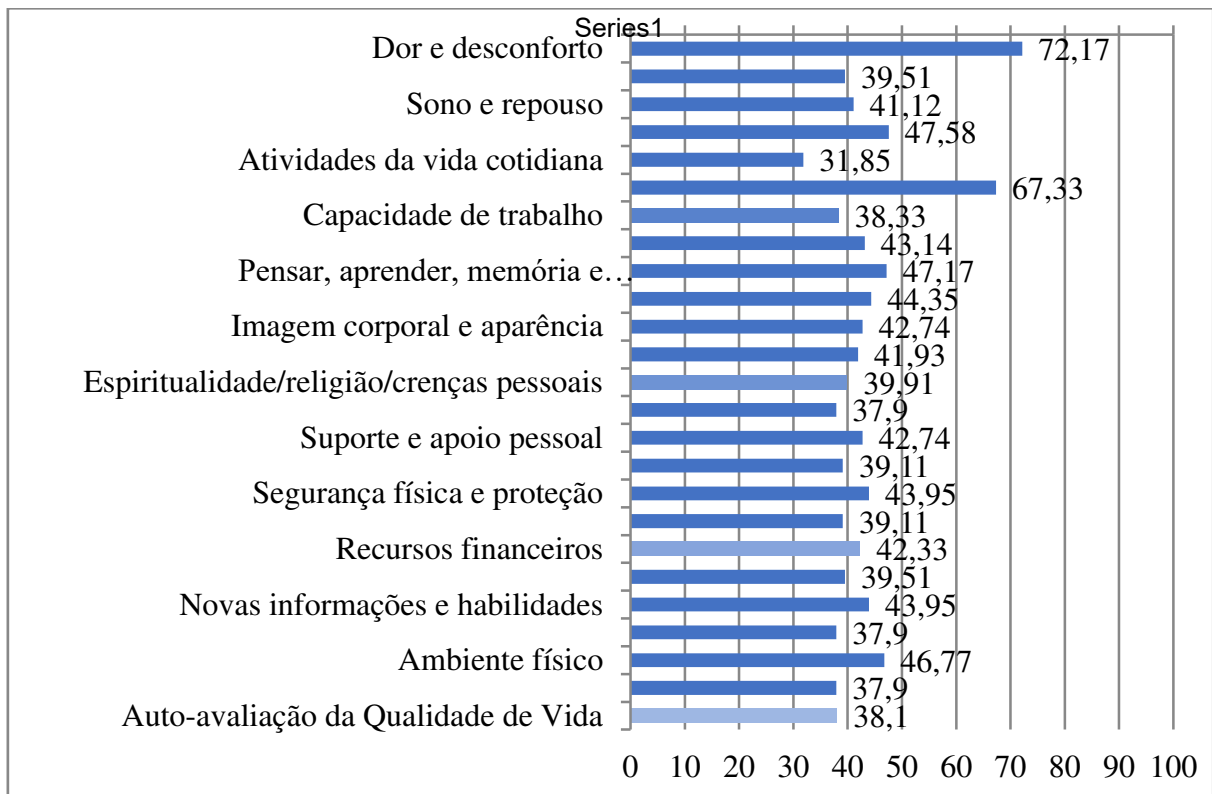
Tabela 2. Valores médios e desvios-padrão dos domínios do questionário de qualidade de vida WHOQOL-bref dos pacientes avaliados (n=62).

Domínios do WHOQOL- bref	Média	Desvio padrão	Mínimo/Maximo
Físico	36,9	9,8	0-100
Psicológico	45,9	12,2	0-100
Relações Sociais	39,9	6,8	0-100
Meio Ambiente	41,4	15,8	0-100
Qualidade de vida geral	40,8	6,0	0-100

Fonte: Dados a pesquisa.

Foi também realizada a estatística de cada subdomínio do questionário WHOQOL-bref, observando que os subdomínios de atividade da vida cotidiana (31,8), capacidade para o trabalho (38,3) pertencentes ao domínio físico, relações pessoais (37,9) e atividade sexual (39,1), facetas do domínio das relações sociais, recreação/lazer (37,9), ambiente no lar (39,1), transporte (37,9) e cuidados com a saúde (39,5), referentes ao domínio meio ambiente foram os mais baixos. Outras médias são observadas na Tabela 3.

Tabela 3. Resultados dos subdomínios do questionário de qualidade de vida do WHOQOL-bref dos pacientes avaliados(n=62)



Fonte: Dados da Pesquisa.

Em relação ao questionário “Estilo de Vida Fantástico” (FLQ), a maioria dos pacientes apresentou um estilo de vida "regular" (n = 38/61%). Outros 16 pacientes (25%) referiram um estilo "bom" e cinco pacientes (8%) "muito bom". Constatou-se ainda que três pacientes (4%) manifestaram "necessitar de ajuda" e nenhum expressiu "excelente". No Gráfico abaixo (Figura 1) são apresentadas as análises de alguns componentes.

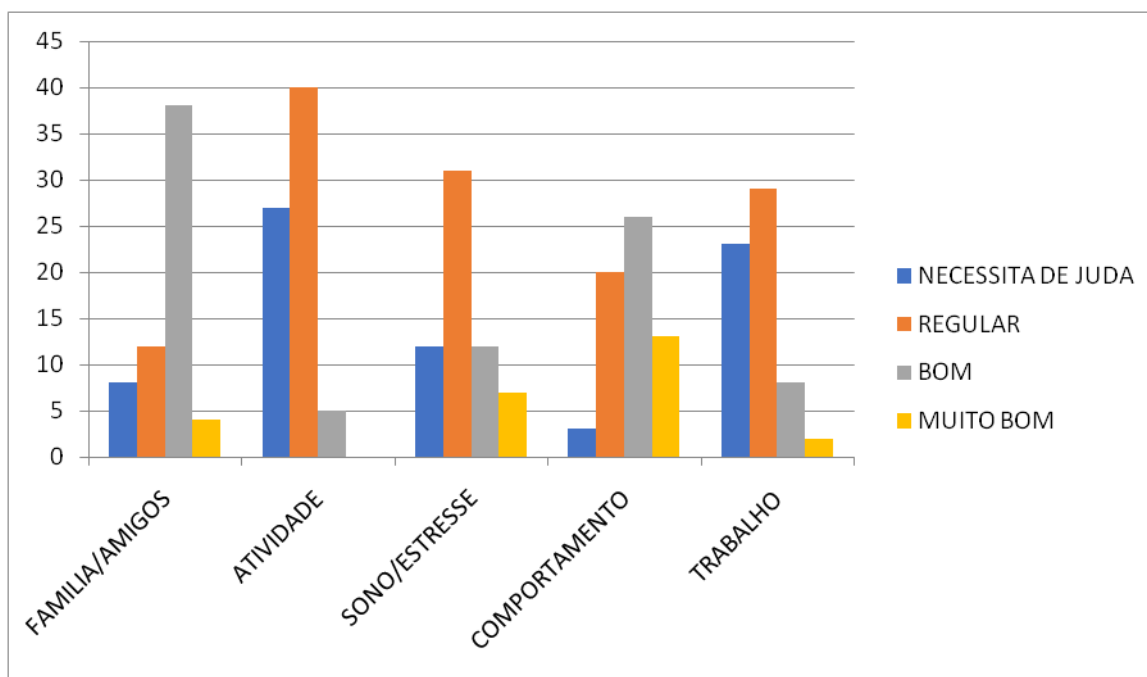


Figura 1. Análise de alguns componentes do questionário “Estilo de Vida Fantástico”.

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto ao componente nutrição, a questão abordada “estou no intervalo de x quilos do meu peso considerado saudável”, a maior parte dos pacientes respondeu mais de 8kg (46% $n=29$). O domínio cigarro e drogas apresentaram oito (12%) pacientes ainda fumam mais de 10 cigarros/dia. No componente referente ao álcool, um (1,6%) paciente ingere mais de 20 doses de álcool/semana, três (4,8%) pacientes consomem oito a 10 doses/semana e cinquenta e oito (93,6%) nunca.

Os resultados referentes ao Teste de Morisky-Green (TMG) para adesão medicamentosa serão apresentados na Tabela 4 na qual se observa que 23 pacientes (37%) obtiveram baixa adesão e que 19 (30%) resultaram em alta adesão ao tratamento medicamentoso.

Tabela 4. Avaliação da adesão à terapia medicamentosa (Morisky-Green) nos pacientes avaliados ($n=62$).

Questões	Sim
1. Você, às vezes, tem problemas em se lembrar de tomar a sua medicação?	43% (n = 27)
2. Você, às vezes, se descuida de tomar seu medicamento?	61,2% (n = 38)
3. Quando está se sentindo melhor, você às vezes, para de tomar seu medicamento?	41,9% (n = 26)
4. Às vezes, se você se sentir pior ao tomar a medicação, você para de tomá-la?	41,9% (n = 26)
Classificação da Adesão	
Baixa adesão	37,0% (n = 23)
Moderada adesão	32,2% (n = 20)
Alta adesão	30,8% (n = 19)
Total de pacientes avaliados	62

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com a escala LANNS, que determina como os nervos que carregam a informação de dor estão funcionando, evidencia-se na Tabela 5 as respostas afirmativas. Quanto ao exame de sensibilidade, parte B desta escala; 80%(n=50) referem alodinia somente na área dolorida e alteração do limiar por estímulo de agulha em 74%(n=46) comprometido somente no lado dolorido.

Segundo esta escala, cujo escore varia de zero a 24, sendo que o valor deste escore ≤ 12 mecanismos neuropáticos estariam implicados na dor do paciente, totalizou-se 48 pacientes (77%) com mecanismos neuropáticos contribuindo para a dor relatada.

Tabela 5. Respostas positivas das questões da escala LANNS (*Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs Pain Scale*) dos pacientes com dor crônica avaliados (n=62).

Questões	Sim (%)
A sua dor se parece com uma sensação estranha e desagradável na pele? Palavras como “agulhadas”, “choques elétricos” e “formigamento” são as que melhor descrevem estas sensações	87% (n = 54)
A sua dor faz com que a cor da pele dolorida mude de cor? Palavras como “manchada” ou “avermelhada ou rosada” descrevem a aparência da sua pele?	19,3% (n = 12)
A sua dor faz com a pele afetada fique sensível ao toque? A ocorrência de sensações desagradáveis ou dolorosas ao toque leve ou mesmo ao toque da roupa ao vestir-se descrevem esta sensibilidade anormal?	79% (n = 49)
A sua dor inicia de repente ou em crises, sem nenhuma razão aparente, quando você está parado, sem fazer nenhum movimento? Palavras como “choques elétricos, dor em pontada, ou dor explosiva” descrevem estas sensações?	83% (n = 52)
A sua dor faz com que a temperatura da sua pele na área dolorida mude? Palavras como “calor” e “queimação” descrevem estas sensações?	61% (n = 38)

Fonte: Dados da pesquisa.

4.3 Análise das variáveis correlacionais da Qualidade de vida(WHOQOL-bref)

Diante da análise dos dados obtidos na ficha de entrevista com as variáveis idade, sexo, profissão e estado civil, correlacionamos com o questionário de qualidade de vida WHOQOL-bref através do teste de correlação de Spearman, identificando tendências estatísticas significantes de maior escore físico e menor idade (ρ -0,189) e sexo masculino (ρ 0,049). A correlação do escore na profissão e estado civil não possuem tendência estatística

de significância.

Na variável do domínio psicológico, nota-se que quanto maior o escore psicológico, menor a idade dos pacientes (ρ -0,033), sexo feminino (ρ -0,107) e situação laboral ativo (ρ 0,014). O estado civil e o escore psicológico não possuem tendência estatística significativa de correlação.

Quanto ao domínio de relações sociais, quanto maior o escore das relações sociais, maior a idade dos pacientes (ρ 0,058), sexo masculino (ρ 0,091), situação laboral ativo (ρ 0,577). Não mostraram correlação significativa em relação ao estado civil.

No domínio meio ambiente, as tendências de maiores correlações foram em maior idade (ρ 0,001), sexo feminino (ρ -0,027) e situação laboral inativo (ρ 0,009). Não houve correlação estatística significativa com o estado civil.

Sobre a autoavaliação da qualidade de vida identificou-se uma tendência de maior escore correlacionar com a maior idade (ρ 0,017), sexo feminino (ρ -0,093), e a situação laboral inativo (ρ 0,720). O estado civil não possuiu tendências estatísticas correlacionais.

4.4 Análise das variáveis correlacionais do estilo de vida (FLQ) e a Qualidade de vida (WHOQOL-bref)

O questionário "Estilo de Vida Fantástico" (FLQ) quando correlacionado à qualidade de vida, através do WHOQOL-bref, possibilitou ter uma visão mais completa destes, permitindo a correlação entre as duas medidas. A escolha do coeficiente de correlação de Spearman foi devido a amostra não obedecer a uma distribuição normal, necessitando, portanto, de testes não paramétricos. Para a interpretação da magnitude das correlações foi adotada a seguinte classificação dos coeficientes de correlação: Coeficientes de correlação $< 0,4$ (correlação de fraca magnitude), $> 0,4$ a $< 0,5$ (de moderada magnitude) e $> 0,5$ (de forte magnitude).⁴⁵

Foram constatadas significantes de forte correlação entre os componentes “nível de atividade” e “álcool” com os domínios físico, relações sociais e meio ambiente, avaliados

através do WHOQOL-bref. Estes dados significam que o baixo nível de atividade e a quantidade de álcool ingerida associam se à pior qualidade de vida nos domínios citados acima. (Tabela 6)

Tabela 6. Valores do coeficiente de correlação de Spearman entre os escores do instrumento de qualidade de vida do WHOQOL-bref e do questionário “Estilo de Vida Fantástico” (FLQ) obtidos junto aos 62 pacientes com dor crônica neuropática.

FLQ									
	F/A	At	N	C/D	Al	S/E/SS	Co	I	T
WHOQOL-Bref									
Físico	0,24*	0,94***	0,67**	0,50**	0,95***	0,42**	0,46**	0,20*	0,58**
Psicológico	0,20*	0,50**	0,55**	0,27*	0,62**	0,32*	0,65**	0,32*	0,63**
Relações sociais	0,15*	0,77***	0,53**	0,43**	0,94***	0,58**	0,57**	0,38*	0,52**
Meio ambiente	0,37*	0,85***	0,48**	0,32*	0,87***	0,43**	0,34*	0,46**	0,46**
QV Total	0,25*	0,68**	0,42**	0,15*	0,94***	0,35*	0,30*	0,34*	0,48**

F/A: Família /amigos, At: Atividade, N: Nutrição, C/D: Cigarro/Drogas, Al: Álcool, S/E/SS: Sono/Estresse/Sexo seguro, Co: Comportamento, I: Introspecção, T: Trabalho.

*fraca correlação, ** moderada correlação, *** forte correlação.

Fonte: Dados da pesquisa

5. DISCUSSÃO

5.1 Características sociodemográficas dos pacientes com dor crônica neuropática

No presente estudo, foi obtida na amostra uma prevalência maior de pacientes do gênero feminino, casados, idade média de 56,2 e desvio padrão de 12,9 anos, variando entre 30 a 80 anos, procedentes da cidade de São José do Rio Preto, SP. Em um estudo recente realizado nos EUA⁴⁶ sobre a prevalência de dor neuropática (DN), foram entrevistados 24.925 pessoas diagnosticadas com esta dor, resultando num perfil de 52,2% do sexo feminino e idade média de 51,5 anos, corroborando nossos dados.

Villa et al.²⁶ relatam similares resultados em seu estudo com idade média de 55,6 anos. Colloca e seus colaboradores⁴⁷ reafirmam estes resultados ao mencionarem que estão de acordo com dados da literatura de maior prevalência de DN acima de 50 anos

Em relação à escolaridade, neste estudo, o maior predomínio de pacientes com média de três a oito anos de estudo, que se enquadram no ensino fundamental, expõem dados semelhantes da pesquisa de Almeida e colaboradores⁴ que encontraram estes resultados nesta mesma clientela, isto é, com diagnóstico de dor neuropática.

Outros aspectos sociais como a situação laboral, na qual prevaleceu o afastamento, que trata do auxílio doença, não foram encontrados estudos similares, contudo, na tese de Suely França,⁴⁷ está implícito nos seus resultados que experiências dolorosas comprometem as atividades laborais, comportamentais, psicológicas, sociais, assim como a inatividade agrava as dores e provoca um movimento contrário do que se espera para o tratamento.

Estudos de revisão apresentaram que a DN crônica é mais prevalente no gênero feminino, nas idades mais avançadas, em pessoas com baixa escolaridade e com maior absentismo laboral por doença.⁴⁹⁻⁵¹

No que se refere à predominância da dor neuropática, entendendo que estes pacientes poderiam ter ativação de nociceptores, optou-se por aplicar o questionário como parâmetro de dor neuropática. Assim, confirmou-se o predomínio da dor crônica neuropática que surgiu como consequência direta de uma lesão ou doenças que afetavam o sistema somatossensorial,

em 87% dos pacientes. Posso e colaboradores⁵² relatam que a prevalência exata de DN na população mundial é desconhecida. De modo semelhante, não existem no Brasil dados corretos sobre a prevalência desta dor entre os brasileiros. Referem que o LANNS que visa identificar a dor de origem neuropática, predominantemente, como distinta da dor nociceptiva, sem a necessidade de exame clínico, é o instrumento mais usado.

5.2 Qualidade de vida, estilo de vida e adesão medicamentosa

Neste estudo, a qualidade de vida foi impactada negativamente em todos os domínios avaliados pelo questionário genérico WHOQOL-bref, demonstrando sua interferência na vida cotidiana dos pacientes com DN. Estudos sobre esta temática corroboram com os resultados e reforçam a adoção do foco na qualidade de vida do paciente pelos profissionais que tratam pacientes com dor neuropática para trabalhar em direção a resultados bem-sucedidos.⁵³⁻⁵⁴

Foram observados os menores escores no domínio físico (36,9) que abrange os subdomínios: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividade de vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamento e capacidade de trabalho. Estudo recente realizado no Brasil constatou este resultado e mostrou que os aspectos físicos foram mais relevantes estatisticamente quando comparados com os emocionais, índice afetando tanto na qualidade de vida como no agravamento da dor neuropática.⁵⁵

Quando foram analisados os subdomínios do domínio físico; as atividades cotidianas (31,8) e a capacidade para o trabalho (38,3) foram as mais baixas, levando-se a reflexão no elevado índice de afastamento laboral dos entrevistados nesse estudo. Estes dados são corroborados pelo trabalho de Hadi et al.⁵ que destacam o impacto negativo da dor crônica neuropática e a consideraram como a causa raiz de interferência na vida profissional, vida social, família, relacionamentos e humor. Relatam ainda que a incapacidade física em pacientes com dor crônica também está associada à depressão.

Estudos quantitativos e qualitativos também relataram comprometimento da função física em pacientes com dor crônica; também, sugeriram que a dor crônica interferiu na

capacidade dos pacientes de adormecerem, manterem o sono e desfrutarem de uma boa qualidade de sono.⁵⁶⁻⁵⁷

Identificou-se neste estudo que os subdomínios: relações pessoais, recreação e lazer, transporte (37,9) também obtiveram baixos escores. Nesse contexto, Botta e colaboradores⁵⁷ relatam que pessoas com DN crônica não são passivas, contudo, não conseguem mudar o comportamento sem a ajuda terapêutica.

A presente pesquisa constatou o impacto negativo multidimensional que a dor crônica neuropática provoca na QV dos pacientes avaliados, concordantes com o estudo de Passarelli,⁵⁸ que revela a magnitude do problema e a baixa valorização da dor como condicionante de QV.

Quanto ao estilo de vida, foco também desta pesquisa, grande parte dos pacientes referiram ter um modo de viver regular, atingindo negativamente principalmente os domínios atividade e nutrição. Mills e colaboradores⁵⁹ relatam que para desenvolver planos de tratamento e estratégias de prevenção com pacientes de DN, esta precisa ser compreendida no contexto de fatores sociais, biológicos, psicológicos e físicos, além dos padrões sociais de estilo de vida que constituem os principais fatores de risco comportamentais envolvidos nas doenças crônicas e incapacidades sérias.

Van Hecke et al.⁶⁰ referem que dor crônica, como a maioria das doenças, geralmente surge de uma série ou combinação de múltiplos eventos, mesmo quando há um evento precipitante solitário na gênese da dor crônica como por exemplo a lesão. Citam ainda que permanece uma série de fatores que afetam a duração, a intensidade e os efeitos físicos, psicológicos, sociais e emocionais da dor crônica. Comportamentos relacionados à saúde e seus resultados são os fatores de risco modificáveis mais importantes na gênese, duração e impacto da dor crônica.

Geneen e colaboradores⁶¹ observam em revisões sistemáticas que o exercício e a atividade física têm efeitos positivos na dor crônica com melhora da qualidade de vida e da função física, redução da intensidade da dor e poucos efeitos adversos, embora a qualidade das evidências seja variável.

Com relação à nutrição, Dehghani et al.⁶² atentam para o papel da nutrição no desenvolvimento e prevenção da dor crônica e notam que os planos de manejo nutricional podem ser benéficos para pacientes com dor crônica, melhorando o manejo da dor e reduzindo os fatores de risco cardiovascular relacionados à dor. Neste estudo⁶² houve pedidos para que pacientes com dor crônica recebessem avaliação nutricional personalizada e aconselhamento direcionado para melhorar a dieta e o uso de suplementos, surgiram evidências de que isso pode melhorar a qualidade de vida e os resultados clínicos em pacientes com dor crônica.

De acordo com Mills e colaboradores,⁵⁹ a dor crônica precisa ser abordada gerenciando as causas e os efeitos, direcionados aos níveis individual e populacional para prevenir e reduzir o impacto da dor crônica, fatores de risco modificáveis como por exemplo o estilo de vida e comportamento.

Quanto a baixa adesão medicamentosa relatada no presente estudo, é comprovada no estudo de Timmerman et al.⁶ expondo que a dor crônica é comumente tratada com medicação analgésica e a não adesão à medicação prescrita para a dor é muito comum, podendo apresentar resultados de tratamento abaixo do ideal.

Zhang et al.⁶⁴ demonstram que a baixa adesão ao uso de medicação analgésica é muito comum na população com dor crônica, assim como a escolha pela terapia farmacológica não deve ser baseada apenas no diagnóstico da dor, mas também deve levar em consideração fatores externos como a supervisão familiar, educação sobre o uso de drogas e confiança na equipe médica.

Neste estudo, quando foi analisada a qualidade de vida com algumas variáveis sociodemográficas, resultou-se em fortes correlações entre maior escore físico em pacientes com menor idade e sexo masculino. Janevic e colaboradores,⁶⁵ em um estudo de revisão sistemática, encontraram homens na faixa etária de 40 a 55 anos com maior capacidade funcional que as mulheres, certificando que elas sentem mais dor e são mais propensas a usarem estratégias de enfrentamento, o que as predispõem a dor crônica e menor capacidade funcional.

No que diz respeito a correlação entre domínio psicológico, notou-se nesta pesquisa que quanto maior o escore, menor a idade dos pacientes do sexo feminino e ativos laboralmente. Um estudo canadense⁶⁶ sobre sintomas de DN em adultos corroborou estes dados ao encontrar em homens ativos a falta de autonomia no trabalho ou a capacidade de modificar o trabalho quando estão em tratamento, diferentemente das mulheres. Verificou-se ainda nas mulheres a satisfação no trabalho e maior nível percebido de dificuldade dos requisitos do trabalho.

Referente ao domínio de qualidade de vida sobre as relações sociais, houve forte correlação entre maior escore deste domínio e maior idade das pacientes mulheres e inativas. Observou-se no estudo de Masson e colaboradores⁶⁷ que a dor crônica não aparece como fator direto de insegurança social e a causa de interferência está relacionada às limitações funcionais, demonstrando em idoso maior relacionamento social, embora sem atividade laboral.

Quanto ao domínio de qualidade de vida relacionada ao meio ambiente, no presente estudo, os maiores escores estavam em pacientes com maior idade, mulheres e inativas. Contrapondo os resultados, no estudo de Schofield,⁶⁸ a idade avançada e DN têm uma inter-relação complexa em que a multimorbidade está independentemente associada à dor crônica e com o aumento da idade, maior a probabilidade de se experimentar a participação em

recreação, lazer e usar transporte. Relata-se que a avaliação da dor em pacientes idosos pode ser complexa, principalmente, porque os idosos costumam ser reticentes em discutir ou revelar o nível de sua dor.

As análises do estilo de vida correlacionadas com a qualidade de vida apresentaram neste estudo que os domínios físico, relações sociais e meio ambiente pertencentes a auto percepção da qualidade de vida dos pacientes avaliados alcançaram uma correlação forte como nos componentes do estilo de vida “atividade” e “álcool”. A qualidade de vida total foi afetada no fator “álcool”.

Alford e colaboradores⁶⁹ alegam em seu estudo que quando o álcool é usado em excesso, pessoas com dor crônica podem desenvolver resistência aos seus efeitos analgésicos limitados e, além disso, a abstinência de álcool pode aumentar a sensibilidade à dor, o que pode promover um ciclo crescente de abuso de álcool, a fim de buscar efeitos de analgesia em doses mais altas a medida que a tolerância aumenta e evitar a dor relacionada à abstinência de álcool.

Em outro estudo,⁷⁰ há evidências de que a dependência do álcool pode ser causada pela mesma desregulação do neurocircuito e da neuroquímica da dor que causa a dor crônica.

Quanto ao estilo de vida que apresentou necessidade de melhora nos domínios de atividade, álcool e também nutrição; Yamada e colaboradores⁷¹ revelam em seu trabalho que as evidências são limitadas de que a perda de peso, abordada no domínio nutrição, melhora a dor crônica, no entanto, há evidências de que estar abaixo do peso é uma consideração no manejo de pacientes com Dor Crônica Neuropática (DCN).

Verificou-se que a dor crônica neuropática deve ser valorizada, enfrentando um cuidado integral, valorizando a dor como um condicionante de QV e contemplando o estilo de vida de cada população, porque assim trará conhecimentos científicos para que direcionamentos das ações ocorram de forma eficiente.



6. CONCLUSÃO

6. CONCLUSÃO

No presente estudo, os pacientes com dor crônica neuropática mostraram que o nível de atividade e a presença de álcool comprometeram seu estilo de vida, refletiram na piora da qualidade de vida nos domínios físico, relações sociais e meio ambiente.

Estes componentes são aspectos do estilo de vida destes pacientes que devem ser entendidos e validados, a fim de se pensar em estratégias de enfrentamento que possam influenciar novas formas de abordagem e organização de serviços.

A dor crônica neuropática é complexa e reconhecida como uma das condições de dor mais difíceis de se controlar. Neste estudo, sugere-se que o estilo de vida dos pacientes que se refletem nos aspectos comportamentais dos padrões sociais, sejam levados em consideração como fatores que podem influenciar o tratamento e o resultado. Além disso, ao tratar a dor crônica, deve-se lembrar que o objetivo final não é simplesmente reduzir a dor, mas alcançar melhor qualidade de vida, restaurando a função normal e reduzindo as comorbidades.

7. FINANCIAMENTO

7. FINANCIAMENTO

Pesquisa realizada com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

8. REFERÊNCIAS

8. REFERÊNCIAS

1. Vargas LM, Redkva PE, Cantorani JR, Gutierrez GL. Estilo de vida e fatores associados em estudantes universitários de educação física. *Rev de Atenção à Saúde*. 2015;13(44):17-26. DOI: <https://doi.org/10.13037/ras.vol13n44.2693>.
2. Health Promotion International. Health promotion glossary. OUP [Internet];1998 [acesso em 03 mai 2022];13(4):349-364. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/45152457>.
3. Dobrota VD, Hrabac P, Skegro D, Smiljanic R, Dobrota S, Prkacin I, et al. The impact of neuropathic pain and other comorbidities on the quality of life in patients with diabetes. *Health Qual Life Outcomes*. 2014;12:171. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-014-0171-7>.
4. Almeida FC, Castilho A, Cesarino CB, Ribeiro RCHM, Martins MRI. Correlação entre dor neuropática e qualidade de vida. *Br J Pain*. 2018;1(4):349-53. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180066>.
5. Hadi MA, McHugh GA, Closs SJ. Impact of chronic pain on patients' quality of life: a comparative mixed-methods study. *J Patient Exp*. 2019;6(2):133-141. DOI: <https://doi.org/10.1177/2374373518786013>.
6. Campos GWS. A reforma sanitária necessária. In: Berlinguer G, Teixeira SF e Campos GWS. *Reforma Sanitária: Itália e Brasil*. São Paulo: HUCITEC-CEBES; 1988.
7. Mattioli AV, Pinti M, Farinetti A, Nasi M. Obesity risk during collective quarantine for the COVID-19 epidemic. *Obes Med*. 2020;20:100263. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.obmed.2020.100263>.
8. Górnicka M, Drywień ME, Zielinska MA, Hamułka J. Dietary and lifestyle changes during COVID-19 and the subsequent lockdowns among polish adults: a cross-sectional online survey PLifeCOVID-19 study. *Nutrients*. 2020;12(8):2324. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu12082324>.
9. WHO [Internet]. Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it [acesso em 09 jun 2022]. Disponível em: [who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it).
10. Piercy KL, Troiano RP, Ballard RM, Carlson SA, Fulton JE, Galuska DA, et al. The physical activity guidelines for americans. *JAMA*. 2018;320(19):2020-2028. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2018.14854>.
11. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U, et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet*. 2012;380(9838):247-57. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60646-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60646-1).
12. Di Liegro CM, Schiera G, Proia P, Di Liegro I. Physical activity and brain health. *Genes (Basel)*. 2019;10(9):720. DOI: <https://doi.org/10.3390/genes10090720>.
13. Keadle SK, Bustamante EE, Buman MP. Physical activity and public health: four decades of progress. *Kinesiology Review*. 2021;10(3):319-330. DOI: <https://doi.org/10.1123/kr.2021-0028>.

14. Sluka KA, Frey-Law L, Bement MH. Exercise-induced pain and analgesia? Underlying mechanisms and clinical translation. *Pain*. 2018;159 Suppl 1(Suppl 1):S91-S97. DOI: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001235>.
15. Capano A, Weaver R, Burkman E. Evaluation of the effects of CBD hemp extract on opioid use and quality of life indicators in chronic pain patients: a prospective cohort study. *Postgrad Med*. 2020;132(1):56-61. DOI: <https://doi.org/10.1080/00325481.2019.1685298>.
16. Buesing S, Costa M, Schilling JM, Moeller-Bertram T. Vitamin B12 as a treatment for pain. *Pain Physician* [Internet]. 2019 [acesso em 20 jun 2022];22(1):E45-E52. Disponível em: <https://www.painphysicianjournal.com/current/pdf?article=NjAxNQ%3D%3D&journal=116>.
17. Marks VA, Latham SR, Kishore SP. On essentiality and the World Health Organization's model list of essential medicines. *Ann Glob Health*. 2017;83(3-4):637-640. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aogh.2017.05.005>.
18. Peacock A, Leung J, Larney S, Colledge S, Hickman M, Rehm J, et al. Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction*. 2018;113(10):1905-1926. DOI: <https://doi.org/10.1111/add.14234>.
19. Chopra K, Tiwari V. Alcoholic neuropathy: possible mechanisms and future treatment possibilities. *Br J Clin Pharmacol*. 2012;73(3):348-62. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2011.04111.x>.
20. World Health Organization [Internet]. International Classification of Diseases 11th Revision. The global standard for diagnostic health information; [acesso em 05 jul 2022]. Disponível em: <https://icd.who.int/en>.
21. Khan JS, Hah JM, Mackey SC. Effects of smoking on patients with chronic pain: a propensity-weighted analysis on the collaborative health outcomes information registry. *Pain*. 2019;160(10):2374-2379. DOI: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001631>.
22. Schembri E, Massalha V, Spiteri K, Camilleri L, Lungaro-Mifsud S. Nicotine dependence and the international association for the study of pain neuropathic pain grade in patients with chronic low back pain and radicular pain: is there an association? *Korean J Pain*. 2020;33(4):359-377. DOI: <https://doi.org/10.3344/kjp.2020.33.4.359>.
23. International Association for the Study of Pain [Internet]. Publications [acesso 10 jul 2022]. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/publications/en>.
24. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. 2019;160(1):19-27. DOI: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>.
25. Clauw DJ, Essex MN, Pitman V, Jones KD. Reframing chronic pain as a disease, not a symptom: rationale and implications for pain management. *Postgrad Med*. 2019;131(3):185-198. DOI: <https://doi.org/10.1080/00325481.2019.1574403>.
26. Villa LF, Cunha AMR, Dias LAC, Foss MHD, Martins MRI. Chronic neuropathic pain: quality of life, depressive symptoms and distinction between genders. *BrJP*. 2021;4(4):301-5. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210053>.

27. Cherif F, Zouari HG, Cherif W, Hadded M, Cheour M, Damak R. Depression prevalence in neuropathic pain and its impact on the quality of life. *Pain Res Manag.* 2020;2020:7408508. DOI: <https://doi.org/10.1155/2020/7408508>.
28. Husky MM, Farin FF, Compagnone P, Fermanian C, Kovess-Masfety V. Chronic back pain and its association with quality of life in a large French population survey. *Health Qual Life Outcomes.* 2018;16(1):195. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1018-4>.
29. Moisset X, Bouhassira D, Couturier JA, Alchaar H, Conradi S, Delmotte MH, et al. Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: systematic review and French recommendations. *Rev Neurol (Paris).* 2020;176(5):325-352. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2020.01.361>.
30. Hill W. The role of occupational therapy in pain management. *Anaesth Intensive Care.* 2016;17(9):451-453. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2016.06.008>.
31. Timmerman L, Stronks DL, Huygen FJ. The relation between patients' beliefs about pain medication, medication adherence, and treatment outcome in chronic pain patients: a prospective study. *Clin J Pain.* 2019;35(12):941-947. DOI: <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000760>.
32. Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care. *JAMA.* 1998;280(2):147-51. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.280.2.147>.
33. Maemura LM, Matos JAF, Oliveira RFP, Carrijo TM, Fernandes TV, Medeiros RP. Evaluation of a multidisciplinary team in chronic pain treatment: interventional and prospective study. *BrJP.* 2021;4(4):327-31. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210060>.
34. Oosterhaven J, Wittink H, Dekker J, Kruitwagen C, Devillé W. Pain catastrophizing predicts dropout of patients from an interdisciplinary chronic pain management programme: a prospective cohort study. *J Rehabil Med.* 2019;51(10):761-769. DOI: <https://doi.org/10.2340/16501977-2609>.
35. McGeary D, McGeary C, Gatchel RJ. Managing chronic pain in primary care. In: Hunter C, Hunter C, Kessler R. *Handbook of clinical psychology in medical settings: Evidence-based assessment and intervention.* New York: Springer; 2014. p589-623. DOI: https://doi.org/10.1007/978-0-387-09817-3_22.
36. Dale R, Stacey B. Multimodal treatment of chronic pain. *Med Clin North Am.* 2016;100(1):55-64. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2015.08.012>.
37. Rocha CE, Martins MR, Foss MH, Santos Junior R, Dias LC, Forni JE, et al. Improving quality of life of neuropathic pain patients by continuous outpatient setting monitoring. *Rev Dor.* 2011;12(4):291-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1806-00132011000400002>.
38. Gonçalves JP, Veiga D, Araújo A. Chronic pain, functionality and quality of life in cancer survivors. *Br J Pain.* 2021;15(4):401-410.
39. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet.* 2021;397(10289):2082-2097. DOI: <https://doi.org/10.1016/S0140->

6736(21)00393-7.

40. Añez CRR, Reis RS, Petroski EL. Versão brasileira do questionário “Estilo de Vida Fantástico”: tradução e validação para adultos jovens. *Arq Bras Cardiol.* 2008;91(2). DOI: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2008001400006>.

41. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev Saúde Pública.* 2000;34(2):178-83. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>.

42. Bennett MI, Smith BH, Torrance N, Potter J. The S-LANNS score for identifying pain of predominantly neuropathic origin: validation for use in clinical and postal research. *J Pain.* 2005;6(3):149-58. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2004.11.007>.

43. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. The Brief Medication Questionnaire and Morisky-Green Test to evaluate medication adherence. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(2). DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000013>.

44. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986;24(1):67-74. DOI: <https://doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>.

45. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica.* 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. 389 p.

46. Morete MC, Solano JPC, Boff MS, Filho WJ, Ashmawi HA. Resilience, depression, and quality of life in elderly individuals with chronic pain followed up in an outpatient clinic in the city of São Paulo, Brazil. *J Pain Res.* 2018;11:2561-2566. DOI: <https://doi.org/10.2147/JPR.S166625>.

47. Colloca L, Ludman T, Bouhassira D, Baron R, Dickenson AH, Yarnitsky D, et al. Neuropathic pain. *Nat Rev Dis Primers.* 2017;3:17002. DOI: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.2>.

48. Franca SMSS. *Histórias de vida de mulheres com diagnóstico clínico de dores crônicas* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia; 2016. Doutorado.

49. Di Renzo L, Gualtieri P, Pivari F, Soldati L, Attinà A, Cinelli G, et al. Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: an Italian survey. *J Transl Med.* 2020;18(1):229. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12967-020-02399-5>.

50. Cavenagh J, Good P, Ravenscroft P. Neuropathic pain: are we out of the woods yet? *Intern Med J.* 2006;36(4):251-5. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1445-5994.2006.01046.x>.

51. Vadalouca A, Rekatsina M. Neuropathic pain registries improve pain management and provide more efficacious planning of healthcare services. *Pain Ther.* 2020;9(1):1-6. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40122-020-00168-2>.

52. Posso IP, Palmeira CCA, Vieira EBM. Epidemiology of neuropathic pain. *Rev Dor.* 2016;17(1):11-4. DOI: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160039>.

53. Finnerup NB, Attal N. Pharmacotherapy of neuropathic pain: time to rewrite the rulebook? *Pain Manag.* 2016;6(1):1-3. DOI: <https://doi.org/10.2217/pmt.15.53>.
54. Rowbotham DJ. Neuropathic pain and quality of life. *Eur J Pain.* 2002;6(Suppl B):19-24. DOI: [https://doi.org/10.1016/s1090-3801\(02\)90004-2](https://doi.org/10.1016/s1090-3801(02)90004-2).
55. Vasconcelos FH, Araújo GC. Prevalence of chronic pain in Brazil: a descriptive study. *Br J Pain.* 2018;1(2):176-9. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180034>.
56. Aşkın A, Özkan A, Tosun A, Demirdal ÜS, İснаç F. Quality of life and functional capacity are adversely affected in osteoarthritis patients with neuropathic pain. *Kaohsiung J Med Sci.* 2017;33(3):152-158. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.kjms.2016.12.007>.
57. Botta RM, Palermi S, Tarantino D. High-intensity interval training for chronic pain conditions: a narrative review. *J Exerc Rehabil.* 2022;18(1):10-19. DOI: <https://doi.org/10.12965/jer.2142718.359>.
58. Passarelli M. Dor crônica: elaboração de infográfico como ferramenta em educação de leigos [dissertação]. Sorocaba: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde; 2016. Mestrado.
59. Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *Br J Anaesth.* 2019;123(2):e273-e283. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.03.023>.
60. Hecke O, Torrance N, Smith BH. Chronic pain epidemiology – where do lifestyle factors fit in? *BrJP.* 2013;7(4):209-17. DOI: <https://doi.org/10.1177/2049463713493264>.
61. Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;1(1):CD011279. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011279.pub2>.
62. Dehghani S, Alipoor E, Salimzadeh A, Yaseri M, Hosseini M, Feinle-Bisset C, et al. The effect of a garlic supplement on the pro-inflammatory adipocytokines, resistin and tumor necrosis factor-alpha, and on pain severity, in overweight or obese women with knee osteoarthritis. *Phytomedicine.* 2018;48:70-75. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.phymed.2018.04.060>.
63. Timmerman H, Steegers MAH, Huygen FJPM, Goeman JJ, van Dasselaar NT, Schenkels MJ, Wilder-Smith OHG, Wolff AP, Vissers KCP. Investigating the validity of the DN4 in a consecutive population of patients with chronic pain. *PLoS One.* 2017;12(11):e0187961. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187961>.
64. Zhang Y, Wang R, Chen Q, Dong S, Guo X, Feng Z, et al. Reliability and validity of a modified 8-item Morisky Medication Adherence Scale in patients with chronic pain. *Ann Palliat Med.* 2021;10(8):9088-9095. DOI: <https://doi.org/10.21037/apm-21-1878>.
65. Janevic MR, McLaughlin SJ, Heapy AA, Thacker C, Piette JD. Racial and socioeconomic disparities in disabling chronic pain: findings from the health and retirement study. *J Pain.* 2017;18(12):1459-1467. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.07.005>.

66. VanDenKerkhof EG, Mann EG, Torrance N, Smith BH, Johnson A, Gilron I. An epidemiological study of neuropathic pain symptoms in Canadian adults. *Pain Res Manag.* 2016;2016:9815750. DOI: <https://doi.org/10.1155/2016/9815750>.
67. Masson L, Dallacosta FM. Vulnerability in the elderly and its relationship with the presence of pain. *BrJP.* 2019;2(3):213-6. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190038>.
68. Schofield P. The assessment of pain in older people: UK national guidelines. *Age Ageing.* 2018;47(suppl_1):i1-i22. DOI: <https://doi.org/10.1093/ageing/afx192>.
69. Alford DP, German JS, Samet JH, Cheng DM, Lloyd-Travaglini CA, Saitz R. Primary care patients with drug use report chronic pain and self-medicate with alcohol and other drugs. *J Gen Intern Med.* 2016;31(5):486-91. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3586-5>.
70. Egli M, Koob GF, Edwards S. Alcohol dependence as a chronic pain disorder. *Neurosci Biobehav Rev.* 2012;36(10):2179-92. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.07.010>.

APÊNDICE

APÊNDICE

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Modelo em acordo com a Resolução n° 466/12 – Conselho Nacional de Saúde)

Título do estudo:ESTILO DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DOR CRONICA NEUROPATICA.

Você está sendo convidado a participar do estudo científico, porque você tem dor neuropática, que poderá aumentar o conhecimento a respeito da estilo de vida e qualidade de vida de pacientes com dor crônica neuropática com o título.

Esse estudo será realizado para fornecer dados e talvez aperfeiçoar o tratamento de pessoas que passarem pelo mesmo procedimento.

Do que se trata o estudo?

O objetivo desse estudo é verificar e intervir na qualidade de vida em pacientes com Neuropatia Diabética Periférica.

Como será realizado o estudo?

Você será convidado por meio de convite feito pessoalmente quando o mesmo estiver em consulta médica no Ambulatório da Clínica da Dor.

O estudo será realizado da seguinte maneira: serão realizados quatro tipos de questionário o primeiro trata-se de uma ficha de identificação, posteriormente serão aplicadas as avaliações sobre a qualidade de vida, avaliação da dor, e teste de adesão medicamentosa, por último você será convidado a participar de sessões educativas sobre Neuropatia Diabética Periférica. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Quando for necessário utilizar os seus dados nesta pesquisa, sua privacidade será preservada, já que seu nome será substituído por outro, preservando sua identidade.

Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo.

ESSES PROCEDIMENTOS SÃO DESCONFORTÁVEIS OU GERAM RISCOS?

Os procedimentos poderão trazer os seguintes riscos: nenhum.

É possível que você não receba o benefício ao participar deste estudo, porém sua participação irá contribuir para descobrir como a dor neuropática crônica interfere na qualidade de vida dos pacientes acometidos.

O que acontece com quem não participa do estudo?

Não lhe acontecerá nada se você não quiser participar desse estudo.

Também será aceita a sua recusa em participar dessa pesquisa, assim como a sua desistência a qualquer momento, sem que lhe haja qualquer prejuízo de continuidade de qualquer tratamento nessa instituição, penalidade ou qualquer tipo de dano à sua pessoa. Será mantido total

sigilo sobre a sua identidade e em qualquer momento você poderá desistir de que seus dados sejam utilizados nesta pesquisa.

Você não terá nenhum tipo de despesas por participar da pesquisa, durante todo o decorrer do estudo, porém quaisquer despesas que ocorram, como transporte e alimentação, serão custeados pelo Welton Augusto da Silva Barbosa por este estudo. Você também não receberá pagamento por participar desta pesquisa.

Você será acompanhado de forma integral, estando livre para perguntar e esclarecer suas dúvidas em qualquer etapa deste estudo.

Em caso de dúvidas ou problemas com a pesquisa você pode procurar o pesquisador responsável Welton A. S. Barbosa e-mail weltonvarielli@gmail.com ou pelo telefone: (17) 98229-7010.

Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP (CEP/FAMERP) está disponível no telefone: (17) 3201-5813 ou pelo email: cepfamerp@famerp.br.

Declaro que entendi este TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Pesquisador Responsável
(Nome e Assinatura)

Orientador
(Nome e Assinatura)

Participante da Pesquisa ou Responsável
(Nome e Assinatura)

RG: _____

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A – Ficha de entrevista do Paciente

FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO Ambulatório da Clínica da Dor

Ficha de entrevista do Paciente

Data: _____ / _____ / _____

Nome: _____ Telefone: _____

Nº de Prontuário: _____ Idade: _____

Sexo M() F()

Procedência: _____

Escolaridade: Analfabeto () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Graduado () Estado

Civil: Casado(a) () Solteiro(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a) () Amasiado(a) ()

Quantidade de Filhos: 1() 2() 3() 4() ou mais()

Profissão: Ativo () Aposentado () Afastado () Desempregado () do lar () Autônomo

() Condição Socioeconômica: Abaixo de um salário mínimo()

Acima de um salário mínimo() Lazer: () Sim() Não()

Atividade Física: () Não () Sim, Se Sim, quantas vezes por semana

() 1 () 2 () 3 () 4 ou Mais ()

Quantidade de Medicamentos Utilizados para Dor/Neuropatia: () 1() 2() 3() 4 ou () ou mais

Hipótese de Diagnóstico: _____ Doença de Base: _____

Família e amigos	Tenho alguém para conversar as coisas que são importantes para mim.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Dou e recebo afeto.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Atividade	Sou vigorosamente ativo pelo menos durante 30 minutos por dia (corrida, bicicleta etc.).	Menos de 1 vez por semana	1-2 vezes por semana	3 vezes por semana	4 vezes por semana	5 ou mais vezes por semana
	Sou moderadamente ativo (jardinagem, caminhada, trabalho de casa).	Menos de 1 vez por semana	1-2 vezes por semana	3 vezes por semana	4 vezes por semana	5 ou mais vezes por semana
Nutrição	Como uma dieta balanceada (ver explicação).	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Freqüentemente como em excesso (1) açúcar, (2) sal, (3) gordura animal (4) bobagens e salgadinhos.	Quatro itens	Três itens	Dois itens	Um item	Nenhum
	Estou no intervalo de ___ quilos do meu peso considerado saudável.	Mais de 8 kg	8 kg	6 kg	4 kg	2 kg
Cigarro e drogas	Fumo cigarros.	Mais de 10 por dia	1 a 10 por dia	Nenhum nos últimos 6 meses	Nenhum no ano passado	Nenhum nos últimos cinco anos
	Uso drogas como maconha e cocaína.	Algumas vezes				Nunca
	Abuso de remédios ou exagero.	Quase diariamente	Com relativa frequência	Ocasionalmente	Quase nunca	Nunca
	Ingiro bebidas que contêm cafeína (café, chá ou "colas").	Mais de 10 vezes por dia	7 a 10 vezes por dia	3 a 6 vezes por dia	1 a 2 vezes por dia	Nunca
Álcool	Minha ingestão média por semana de álcool é: ___ doses (ver explicação).	Mais de 20	13 a 20	11 a 12	8 a 10	0 a 7
	Bebo mais de quatro doses em uma ocasião.	Quase diariamente	Com relativa frequência	Ocasionalmente	Quase nunca	Nunca
	Dirijo após beber.	Algumas vezes				Nunca
Sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro	Durmo bem e me sinto descansado	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Uso cinto de segurança.	Nunca	Raramente	Algumas vezes	A maioria das vezes	Sempre
	Sou capaz de lidar com o estresse do meu dia-a-dia.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Relaxo e desfruto do meu tempo de lazer.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Pratico sexo seguro (ver explicação).	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Sempre
Tipo de comportamento	Aparento estar com pressa.	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
	Sinto-me com raiva e hostil.	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
Instropecção	Penso de forma positiva e otimista.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Sinto-me tenso e desapontado.	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
	Sinto-me triste e deprimido.	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
Trabalho	Estou satisfeito com meu trabalho ou função.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre

ANEXO B – Questionário “Estilo de Vida Fantástico” (FLQ)

ANEXO C – Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida
The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	Bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5

22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO D – The Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms (LANNS)

ESCALA DE DOR LANNS (Adaptada ao Português do Brasil por Schestatsky et al., 2011)

Nome: _____ Data: _____

Esta escala de dor ajuda a determinar como os nervos que carregam a informação de dor estão funcionando. É importante obter este tipo de informação, pois ela pode ajudá-lo na escolha de um tratamento específico para o seu tipo de dor.

A. QUESTIONÁRIO DE DOR

- Pense na dor que você vem sentindo na última semana.
 - Por favor, diga se qualquer uma das características abaixo se aplica à sua dor.
- Responda apenas SIM ou NÃO.

- 1) A sua dor parece com uma sensação estranha e desagradável na pele? Palavras como "agulhadas", "choques elétricos" e "formigamento" são as que melhor descrevem estas sensações.
 - a) NÃO – Minha dor não se parece com isso(0)
 - b) SIM – Eu tenho este tipo de sensação com frequência(5)
- 2) A sua dor faz com que a cor da pele dolorida mude de cor? Palavras como "manchada" ou "avermelhada ou rosada" descrevem a aparência da sua pele.
 - a) NÃO – Minha dor não afeta a cor da minha pele(0)
 - b) SIM – Eu percebi que a dor faz com que minha pele mude de cor(5)
- 3) A sua dor faz com a pele afetada fique sensível ao toque? A ocorrência de sensações desagradáveis ou dolorosas ao toque leve ou mesmo ao toque da roupa ao vestir-se descrevem esta sensibilidade anormal.
 - a) NÃO – Minha dor não faz com que minha pele fique mais sensível(0)
 - b) SIM – Minha pele é mais sensível ao toque nesta área(3)
- 4) A sua dor inicia de repente ou em crises, sem nenhuma razão aparente, quando você está parado, sem fazer nenhum movimento? Palavras como "choques elétricos", "dor em pontada" ou "dor explosiva" descrevem essas sensações.
 - a) NÃO – Minha dor não se comporta desta forma(0)
 - b) SIM – Eu tenho estas sensações com muita frequência(2)
- 5) A sua dor faz com que a temperatura da sua pele na área dolorida mude? Palavras como "calor" e "queimação" descrevem estas sensações.
 - a) NÃO – Eu não tenho este tipo de sensação(0)
 - b) SIM – Eu tenho estas sensações com frequência(1)

B. EXAME DA SENSIBILIDADE (preenchido pelo médico)

A sensibilidade da pele pode ser examinada comparando-se a área dolorida com a área contra-lateral ou nas áreas adjacentes não doloridas avaliando a presença de alodinia a alteração do limiar de sensação ao estímulo da agulha (LSA).

- 6) **ALODINIA**
Examine a resposta ao toque leve com algodão sobre a área não dolorida e, a seguir, ao toque da área dolorida. Caso sensações normais forem percebidas no lado não dolorido e, ao contrário, se dor ou sensações desagradáveis (sensação tipo "picada" ou "latejante") forem percebidas na área afetada, então a alodinia está presente.
 - a) NÃO – Sensação normal em ambas as áreas(0)
 - b) SIM – Alodinia somente na área dolorida(5)
- 7) **ALTERAÇÃO DO LIMIAR POR ESTÍMULO DE AGULHA**
 - a) Determine o limiar por estímulo de agulha pela comparação da resposta a uma agulha de espessura 23 (cor azul) conectada a uma seringa de 2ml – sem a parte interna – suavemente colocada nas áreas doloridas da pele e depois nas não doloridas.
 - b) Caso uma sensação de agulhada normal for sentida na área da pele não dolorida, mas uma sensação diferente for sentida na área dolorida como, por exemplo, "nenhuma sensação" ou "somente sensação de toque" (LSA aumentado) ou "dor muito intensa" (LSA diminuído), isso significa que há um LSA alterado.
 - c) Caso a sensação de agulhada não for percebida em nenhuma área, conecte a parte interna da seringa à agulha para aumentar o peso e repita a manobra.
 - a) NÃO – Sensação igual em ambas as áreas(0)
 - b) SIM – Limiar por estímulo de agulha alterado no lado dolorido(3)

ESCORE:

Some os valores entre parênteses nos achados descritivos e de exame da sensibilidade para obter um escore global.

ESCORE TOTAL (máximo 24)

Se o escore for inferior a 12, (são improváveis de) estejam contribuindo para a dor do paciente.

Se o escore for igual ou superior a 12, provavelmente mecanismos neuropáticos estejam contribuindo para a dor do paciente.

Assinatura e Carimbo do Médico

ANEXO E – Teste de Morisky-Green (TMG)

Teste de Morisky-Green

Itens e Pontuação
1º alguma vez você se esqueceu de tomar os medicamentos para sua doença? Sim (0) Não (1)
2º Alguma vez você foi descuidado com os horários de tomar os medicamentos? Sim (0) Não (1)
3º alguma vez você deixou de tomar os medicamento pra sua doença por se sentir melhor? Sim (0) Não (1)
4º alguma vez você deixou de tomar os medicamentos para sua doença, por iniciativa própria, após ter se sentido pior? Sim (0) Não (1)
Na ocorrência de, pelo menos, uma resposta sim, aplicar as duas questões seguintes
Motivação e Conhecimento
5º você foi informado sobre a importância e benefício de usar os medicamentos? Sim () Não ()
6º você se esquece de repor os medicamentos antes que terminem? Sim () Não ()

Resultado:

Escore: 0 a 1 = Baixa Adesão ()

2 a 3 = Media Adesão ()

4 = Alta Adesão ()

ANEXO F – Parecer Consubstanciado de Aprovação do CEP



**FACULDADE DE MEDICINA DE
SÃO JOSE DO RIO PRETO-
FAMERP - SP**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTILO DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA COM DOR NEUROPATICA CRONICA

Pesquisador: Welton augusto da silva barbosa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08314819.0.0000.5415

Instituição Proponente: FUNDACAO FACULDADE REGIONAL DE MEDICINA S J RIO PRETO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.307.768

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Corretos

Recomendações:

Nada a acrescentar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada a acrescentar.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO JOSE DO RIO PRETO, 07 de Maio de 2019

Assinado por:

GERARDO MARIA DE ARAUJO FILHO
(Coordenador(a))

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416

Bairro: VILA SAO PEDRO

CEP: 15.090-000

UF: SP

Município: SAO JOSE DO RIO PRETO

Telefone: (17)3201-5813

Fax: (17)3201-5813

E-mail: cepfamerp@famerp.br