

Melhora da qualidade de vida de pacientes com dor neuropática utilizando de monitorização ambulatorial contínua*

Improving quality of life of neuropathic pain patients by continuous outpatient setting monitoring

Carlos Eduardo Dall'Aglio Rocha¹, Marielza Ismael Martins², Marcos Henrique Foss³, Randolfo dos Santos Junior⁴, Lilian Chessa Dias⁵, José Eduardo Forni⁶, Michele Detoni⁷, Ana Márcia Rodrigues da Cunha⁸, Sebastião Carlos da Silva Junior⁹

* Recebido da Clínica da Dor do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). São José do Rio Preto, SP.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: O manuseio da dor de paciente com dor crônica exige uma abordagem multifuncional, que implica física, psicológica, social e ocupacional. O entendimento da fisiopatologia da dor

e sua avaliação precisam otimizar o tratamento. O objetivo deste estudo foi avaliar de forma abrangente os mais fortes preditores de qualidade de vida através de registros semanais realizados em regime ambulatorial e domiciliar verificando atividades de vida prática e diária.

MÉTODO: Foram aplicados os instrumentos: Inventário de Dor de Wisconsin, Gráfico de Humor, Questionário de Dor McGill, Protocolo Pós-Sono e Questionário genérico de qualidade de vida (Whoqol-bref).

RESULTADOS: A atividade física, o desempenho ocupacional e o padrão de sono prenunciaram melhor qualidade de vida. A sensibilidade à dor, evitar o medo, e dependência de outra pessoa são responsáveis por quantidade significativa da variação nas atividades propostas. Estes achados sugerem que as fontes externas de reforço e orientação podem servir para influenciar o comportamento físico e social além de pistas internas, tais como evitar o medo ou a dor.

CONCLUSÃO: A dor crônica neuropática deve ser avaliada em suas particularidades de apresentação clínica, comportamental e aspectos sociais, já que tais elementos são fundamentais para uma boa evolução.

Descritores: Avaliação, Dor, Neuropatia, Qualidade de vida.

1. Neurocirurgião da Clínica da Dor do Hospital de Base do Departamento de Ciências Neurológicas da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). São José do Rio Preto, SP, Brasil.

2. Terapeuta Ocupacional da Clínica da Dor do Hospital de Base do Departamento de Ciências Neurológicas da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). São José do Rio Preto, SP, Brasil.

3. Fisioterapeuta da Clínica da Dor do Hospital de Base do Departamento de Ciências Neurológicas da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). São José do Rio Preto, SP, Brasil.

4. Psicólogo da Clínica da Dor do Hospital de Base (FUNFARME). São José do Rio Preto, SP, Brasil.

5. Assistente Social da Clínica da Dor do Hospital de Base (FUNFARME). São José do Rio Preto, SP, Brasil.

6. Ortopedista e Traumatologista da Clínica da Dor do Hospital de Base (FUNFARME). São José do Rio Preto, SP, Brasil.

7. Enfermeira da Clínica da Dor do Hospital de Base (FUNFARME). São José do Rio Preto, SP, Brasil.

8. Anestesiologista; Coordenadora da Clínica da Dor do Hospital de Base. São José do Rio Preto, SP, Brasil.

9. Neurocirurgião; Coordenador da Clínica da Dor do Hospital de Base do Departamento de Ciências Neurológicas da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). São José do Rio Preto, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:

Dra. Marielza R. Ismael Martins

Departamento de Ciências Neurológicas

Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416 – Vila São Pedro

15090-000 São José do Rio Preto, SP.

E-mail: marielzamartins@famerp.br

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Chronic pain management requires a multifunctional approach implying physical, psychological, social and occupational support. The understanding of pain physiopathology and its evaluation need to optimize the treatment. This study aimed at comprehensively evaluating the strongest predictors of quality of life through weekly data recorded in outpatient settings or at home to check practical and daily life activities.

METHOD: The following tools were applied: Wisconsin Pain Inventory, Mood Chart, McGill's Pain Questionnaire, Post-sleep Protocol and Generic quality of life questionnaire (Whoqol-bref).

RESULTS: Physical activity, occupational performance and sleep patterns have predicted better quality of life. Pain sensitivity, avoiding fear, and dependence on other people are responsible for significant variations in proposed activities. These findings suggest that external support and orientation sources may influence physical and social behavior in addition to internal clues, such as avoiding fear or pain.

CONCLUSION: Chronic neuropathic pain should be evaluated taking into account its peculiarities of clinical and behavioral presentation and social aspects, since such elements are critical for a positive evolution.

Keywords: Evaluation, Neuropathy, Pain, Quality of life.

INTRODUÇÃO

Entre as síndromes dolorosas, a dor crônica, caracterizada principalmente pela dor neuropática, é a mais significativa¹. O manuseio e os tratamentos convencionais são ineficazes e podem surgir após semanas, meses ou até anos após a instalação da lesão, e ocorre quando há lesão parcial ou total das vias nervosas do sistema nervoso periférico ou central². Dentre as dores neuropáticas mais frequentes associadas a doenças estão neuropatia diabética periférica (NDP), neuralgia pós-herpética (NPH), neuralgia do trigêmeo, neuropatia periférica associada à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), dor do membro fantasma, radiculopatia, neuropatias por compressão e síndromes de dor neuropática de origem no sistema nervoso central (dor pós-acidente vascular encefálico, pós-lesão vértebro-medular e esclerose múltipla)³.

O indivíduo com dor crônica, mais especificamente neuropática, frequentemente experimenta modificações dramáticas no seu estilo de vida, que resultam do sofrimento persistente provocado pela dor, com repercussões sobre o modo como ele percebe a sua qualidade de vida (QV). Além do sofrimento ocasionado pela dor, somam-se as frustrações dos tratamentos sem resultados, da multiplicidade de exames pouco esclarecedores e das explicações insatisfatórias da equipe de saúde quanto à inexistência de um diagnóstico preciso, ou de que pouco pode ser feito para seu alívio⁴.

Neste contexto a avaliação e o manuseio da dor, a realização das atividades de vida diária com o maior grau de independência possível, a recuperação da funcionalidade, os aspectos comportamentais e sociais são essenciais nestes indivíduos. Aliviá-los dessa parcela do sofrimento constitui apenas uma das etapas almejadas pela equipe interdisciplinar envolvida

no complexo processo do restabelecimento do equilíbrio biopsicossocial e de reintegração ao seu cotidiano⁵.

Assim devem-se incorporar novas dimensões de saúde à avaliação tradicional de parâmetros clínicos, laboratoriais e radiográficos em pacientes crônicos a fim de identificar fatores que permitam expressar a autoavaliação visando proporcionar-lhes maior autoconhecimento e QV para que sejam os autores de sua própria cura.

O objetivo deste estudo foi avaliar de forma abrangente os mais fortes preditores de QV por meio de registros semanais realizados em regime ambulatorial e domiciliar verificando atividades de vida prática e diária.

MÉTODO

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FAMERP (nº 2384/2010), realizou-se este estudo descritivo, exploratório, comparativo, de corte transversal com abordagem quantitativa no Ambulatório da Clínica da Dor do Hospital de Base (FUNFARME/FAMERP), além dos domicílios da amostra estudada.

Foram incluídos indivíduos de ambos os sexos, com nível cognitivo suficiente para entender os procedimentos e acompanhar as orientações dadas; consentir em participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido e, para os indivíduos com dor neuropática, ter o diagnóstico segundo o CID-10. Excluíram-se pacientes com doença psiquiátrica e ausência de acompanhamento clínico na Clínica da Dor.

Os pacientes foram alocados em dois grupos: o grupo teste (GT), com diagnóstico de dor neuropática (4); neuralgia pós-herpética (3); dor associada ao HIV (2), dor de origem no SNC (4) e radiculopatia (3) e o grupo controle (GC) com 22 indivíduos, submetidos à interconsulta na Clínica da Dor e com diagnóstico de doenças nos sistemas musculoesqueléticos e recomendação para realização de caminhadas. O grupo consistiu de indivíduos pareados para idade e nível educacional em relação ao grupo teste. A avaliação foi realizada utilizando-se um protocolo específico que continha questões sobre incapacidades e comprometimentos funcionais decorrentes da dor - atividades de vida prática e diária (trabalho, concentração, apetite, higiene pessoal, atividade sexual, deambulação, atividades domiciliares, relacionamento interpessoal e lazer); Inventário para Dor de Wisconsin⁶, no qual são encontradas escalas numéricas, graduadas de zero a 10 (onde zero significa a ausência e 10 a pior dor imaginada), que avaliaram a intensidade geral da dor e suas repercussões na vida laboral e extralaboral dos indivíduos; Gráfico do Humor⁷ que reflete sensações comportamentais durante o dia (0-4

correspondendo de triste a feliz); o Questionário de Dor McGill⁸ que se trata de um inventário com 78 descritores, organizados em 4 grupos e 20 subgrupos (componentes da dor sensorial-discriminativo, afetivo-motivacional e avaliativo) e apresentam importantes índices de avaliação da dor presente nestes indivíduos e, o Protocolo Pós-Sono (PSI)⁹ que avalia a qualidade do sono e constitui de 30 itens divididos em 3 categorias: pré-sono (ao deitar), durante o sono e pós-sono (ao acordar) (30 - 390, maiores escores referem melhor qualidade de sono). Para avaliar a QV foi utilizado o Whoqol-bref¹⁰, instrumento psicométrico simplificado, criado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para avaliação de QV a partir da versão original Whoqol-100. Aborda como o indivíduo se sente a respeito de sua QV, saúde e outras áreas de sua vida nas duas últimas semanas. Consiste em 26 perguntas referentes a quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente; há também duas questões de avaliação global. Cada um dos domínios do instrumento identifica um foco particular de atenção à QV dos indivíduos. O do-

cumento original é composto por 24 facetas específicas que contêm 4 questões cada uma.

Todos os participantes, de ambos os grupos, foram submetidos a quatro (4) avaliações trimestrais após passarem por grupo ambulatorial composto por uma equipe interdisciplinar que realizava programa de treinamento de cunho educacional intensivo, essencial para diminuir a dor e prevenir a recorrência de dor com ações educativas voltadas para biomecânica corporal, cinesioterapia, ergonomia, abordagem de aspectos psicossociais e ocupacionais.

Foi realizada a análise descritiva por meio do programa Excel. Dados qualitativos foram analisados por *Odds Ratio* e ordinais por testes não paramétricos. Toda a análise estatística foi realizada com nível de significância de 0,05.

RESULTADOS

Dezesseis indivíduos do GT aderiram 100% ao programa. Houve duas perdas de seguimento no grupo, pois os pacientes não mais compareceram ao serviço.

Tabela 1 – Caracterização da amostra dos grupos estudados

Variáveis	Grupos	n	Média ± DP (anos)	%
Idade	Teste	16	34,3 ± 4,3	
	Controle	20	42,9 ± 3,5	
Sexo	Teste	16		Feminino-56%
	Controle	20		Feminino-54%
Estado civil	Teste	16		Solteiro- 9 %
				Casado- 57%
Estado civil	Controle	20		Divorciado-31%
				Viúvo-3%
Tempo de Dor	Teste	16	,2 ± 2	
	Controle	20	2,5 ± 1,2	
Escolaridade	Teste	16	1,3 ± 3,5	
	Controle	20	2 ± 1,7	
Prejuízos sociais	Teste	16		Desemprego- 49%
				Aposentadoria- 22%
Prejuízos sociais	Controle	20		Benefício- 29%
				Desemprego- 13%
Tempo de diagnóstico	Teste	16	8 ± 3 meses	
	Controle	20	1,8 ± 1	
				Aposentadoria- 14%
				Benefício- 28%

A média de idade da amostra geral foi de $38,6 \pm 10,5$ anos, variando de 28 a 64 anos com maioria formada por mulheres (56%). Foi relatado um tempo médio de dor de 1 ano e 3 meses e uma média de 8 ± 3 meses para o diagnóstico clínico da dor neuropática no GT. Na tabela 1 pode ser visto a caracterização da amostra dos dois grupos estudados (GT e GC). A tabela 2 demonstra a média geral de cada teste aplicado, porém o conteúdo de cada teste norteou as atividades grupais buscando focar nos principais problemas dos indivíduos e introduzindo atividades específicas a estes.

A QV avaliada pelo questionário genérico Whoqol-bref apresentou melhora da QV nos quatro domínios avaliados demonstrando que os grupos diferem estatisticamente, embora sejam menores para os pacientes com dor neuropática (Tabela 3).

No gráfico 1 se verifica as atividades de vida diária e prática que foram identificadas na monitorização ambulatorial contínua do GT, mostrando as alterações promovidas pelos fatores que comprometiam a QV desta amostra com consequente melhora após intervenção e controle.

Tabela 2 – Dados obtidos com a aplicação do Inventário de Dor de Wisconsin, Gráfico de Humor, Questionário McGill e Protocolo Pós-Sono (PSI) nos grupos estudados

Questionários	N	1ª Avaliação	2ª Avaliação	3ª Avaliação	4ª Avaliação	Valor de p
Inventário de Wisconsin	Teste – 16	39 (0-100)	45	52	75	0,03
	Controle – 20	52 (0-100)	60	60	75	
Gráfico de Humor	Teste – 16	2 (0-4)	3	4	4	0,0048*
	Controle – 20	2 (0-4)	2	3	4	
Questionário McGill	Teste – 16	Sensorial-12(0-20) Avaliativo-9 (0-20)	Sensorial-10(0-20) Avaliativo-8 (0-20)	Sensorial-8(0-20) Avaliativo-6 (0-20)	Sensorial-6(0-20) Avaliativo-5 (0-20)	0,0035*
	Controle – 20	Sensorial-13(0-20) Avaliativo -11 (0-20)	Sensorial-12(0-20) Avaliativo 9 (0-20)	Sensorial-10(0-20) Avaliativo 8 (0-20)	Sensorial-9(0-20) Avaliativo -7 (0-20)	
PSI	T – 16	92 (30-390)	130	150	172	0,0035*
	C- 20	150(30-390)	190	210	230	

* Nível de significância $p < 0,05$. Teste de Kruskal-Wallis

Tabela 3 – Variação e valores médios dos domínios do questionário genérico de qualidade de vida *Whoqol-bref* nos diferentes períodos de avaliação em ambos os grupos estudados.

Domínios	Média \pm DP					Valor de p
	N	1ª Avaliação	2ª Avaliação	3ª Avaliação	4ª Avaliação	
Físico	T-16	$49,3 \pm 23,6$	$53,6 \pm 20,6$	$65,0 \pm 19,5$	$72,0 \pm 21,6$	0,05
	C-20	$55,5 \pm 22,5$	$62,5 \pm 20,5$	$55,5 \pm 22,5$	$85,0 \pm 22,5$	
Psicológico	T-16	$35,8 \pm 23,6$	$48,3 \pm 23,6$	$60,0 \pm 19,5$	$70,0 \pm 19,5$	0,062
	C-20	$55,5 \pm 22,5$	$65,5 \pm 22,5$	$75,5 \pm 21,5$	$85,5 \pm 20,5$	
Relações Sociais	T-16	$48,3 \pm 23,6$	$55,5 \pm 19,6$	$69,3 \pm 18,6$	$75,0 \pm 20,6$	0,048*
	C-20	$70,5 \pm 22,5$	$80,0 \pm 15,2$	$85,5 \pm 13,5$	$90,0 \pm 22,5$	
Meio Ambiente	T-16	$55,0 \pm 22,6$	$65,3 \pm 21,6$	$79,3 \pm 21,6$	$85,0 \pm 13,6$	0,036*
	C-20	$70,0 \pm 14,5$	$90,0 \pm 11,0$	$90,0 \pm 12,5$	$95,0 \pm 11,0$	

Nível de significância $p < 0,05$. Análise de regressão linear múltipla

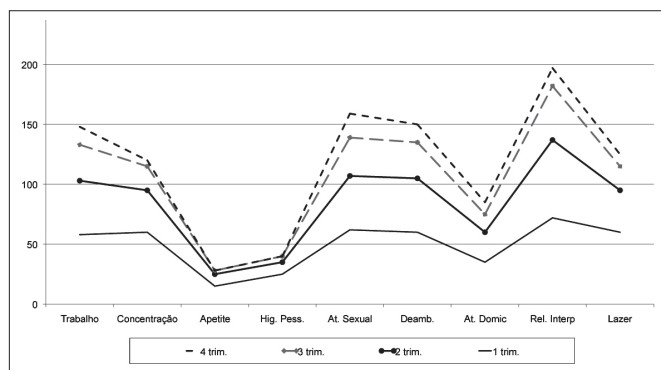


Gráfico 1 – Variação do comprometimento das atividades da vida diária/prática em cada momento da avaliação do grupo teste.

DISCUSSÃO

De uma forma geral, os resultados sugerem que, entre os indivíduos com dor crônica neuropática, aqueles que sofrem de complicações crônicas demonstram ter QV inferior à dos que não sofrem desta dor. Esta diferença verifica-se quando são analisados especificamente os fatores que envolvem o cotidiano destes indivíduos assim como seu comportamento biopsicossocial.

Autores buscaram relacionar a dor de indivíduos com lesão medular e dor neuropática com os fatores psicológicos e a incapacidade física num estudo longitudinal de cinco anos e obtiveram dados surpreendentes¹¹. A dor foi a terceira dificuldade mais citada, associada à lesão medular, depois apenas da incapacidade motora e da disfunção sexual, primeiro e segundo problemas mais citados, respectivamente. Os pacientes com dor também foram os que demonstraram maior alteração de humor, segundo o Inventário de humor¹², quando comparados com aqueles sem dor.

Alguns estudos^{13,14} são consoantes com o presente estudo, citando a importância do desenvolvimento de futuras pesquisas de caráter longitudinal que nos permitissem uma maior compreensão da forma como os diferentes estádios de desenvolvimento e fatores que contribuem ou afetam o prognóstico desta dor. Também relatam, até o momento, a ausência de uma ferramenta ou instrumento para uso clínico, que seja simples e capaz de distinguir sintomas e sinais neuropáticos daqueles oriundos de dor crônica nociceptiva¹³. A monitorização nos leva a fazer inferências para determinação de causas e existência de um padrão comum nestes indivíduos.

Com relação à utilização de parâmetros de QV para avaliar indivíduos com dor crônica neuropática a literatura é escassa. Outros autores referem em seu estudo que a intensidade da dor diminuiu somente após um ano de *follow-up* enquanto índices de QV e ansiedade

melhoraram após 6 meses¹⁵. Concluem que atividades educativas e avaliação completa interdisciplinar levam a melhor QV, corroborando assim nosso estudo. Muitas vezes, as impressões sobre a relação direta entre dor e baixa qualidade de vida, trazidas da clínica, não conseguem ser confirmadas em estudos não controlados. No entanto, mesmo considerando essas dificuldades, todos os estudos analisados mostraram que a dor pode interferir de maneira negativa na QV do indivíduo com dor neuropática, alterando seu humor e sua autopercepção, como também a dificuldade em lidar com os problemas advindos deste estado.

Apesar da limitação metodológica de um número pequeno de amostra é necessária a melhor compreensão do indivíduo em vários domínios de sua vida, sendo monitorado efetivamente a fim de que a alta seja permanente.

CONCLUSÃO

A aplicação de diversos instrumentos sugere que a atividade física, o desempenho ocupacional e o padrão de sono foram fatores que contribuíram para melhorar a qualidade de vida. Análises posteriores mostraram que a sensibilidade à dor, evitar o medo, e dependência de outra pessoa são responsáveis por quantidade significativa da variação nas atividades propostas.

REFERÊNCIAS

1. Burchiel KJ, Hsu FP. Pain and spasticity after spinal cord injury: mechanisms and treatment. *Spine* 2001;26(24 Suppl):S146-60.
2. Neugebauer V, Galhardo V, Maione S, et al. Forebrain pain mechanisms. *Brain Res Rev* 2009;60(1):226-42.
3. Neuropathic Pain: Pathophysiology and Treatment. Eds Hansson PT, Fields HL, Hill RG, Marchettini P. *Progress in Pain Research and Management*. Vol 21. IASP Press. Seattle; 2001.
5. Martins MRI, Foss MH, Santos R, et al. A eficácia da conduta do grupo de postura em pacientes com lombalgia crônica. *Rev Dor* 2010;11(2):116-21.
6. Daut R, Cleeland C, Flanery R. Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. *Pain* 1983;17(2):197-210.
7. Cruccu G, Anand P, Attal N, et al. EFNS guidelines on neuropathic pain assessment. *Eur J Neurol* 2004;11(3):153-62.
8. Pimenta CA, Teixeira MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para língua portuguesa. *Rev*

Esc Enferm USP 1996;30(3):473-83.

9. Webb WB, Bonet M, De Jong GD. A post-sleep inventory. *Perceptual and Motors Skills* 1976;43(3 Pt1):987-93.

10. WHOQOL Group. WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring, and generic version of the assessment Field Trial Version. December 1996. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf

11. Siddall PJ, McClelland JM, Rutkowski SB, et al. A longitudinal study of the prevalence and characteristics of pain in the first 5 years following spinal cord injury. *Pain* 2003;103(3):249-57.

12. Kessler R, Mroczek D. Final version of our psychological distress scale. The University of Michigan, Open Research Memorandum 2001.

13. DiBonaventura M, Cappelleri JC, Joshi AV. A lon-

gitudinal assessment of painful diabetic peripheral neuropathy on health status, productivity, and health care utilization and cost. *Pain Med* 2011;12(1):118-26.

14. Van Acker K, Bouhassira D, De Bacquer D, et al. Prevalence and impact on quality of life of peripheral neuropathy with or without neuropathic pain in type 1 and type 2 diabetic patients attending hospital outpatients clinics. *Diabetes Metab* 2009;35(3):206-13.

15. Garven A, Brady S, Wood S, et al. The impact of enrollment in a specialized interdisciplinary neuropathic pain clinic. *Pain Res Manag* 2011;16(3):159-68.

Apresentado em 01 de setembro de 2011.

Aceito para publicação em 16 de novembro de 2011

Conflito de interesses: Nenhum.