

ANA CARINA SABINO MADEIRA DA SILVA

**APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DN4 NO ESTUDO
DA DOR COM COMPONENTE NEUROPÁTICO NO
HOSPITAL DO LITORAL ALENTEJANO**

Orientadora: Professora Doutora Ana Maria Herrero Valverde

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde**

Lisboa

2014

ANA CARINA SABINO MADEIRA DA SILVA

**APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DN4 NO ESTUDO
DA DOR COM COMPONENTE NEUROPÁTICO NO
HOSPITAL DO LITORAL ALENTEJANO**

Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre na área dos Cuidados Continuados Integrados, no Curso de Mestrado de Cuidados Continuados Integrados, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientadora: Professora Doutora Ana Maria Herrero Valverde.

Co-Orientador: Dr. Paulo Reis Pina.

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde

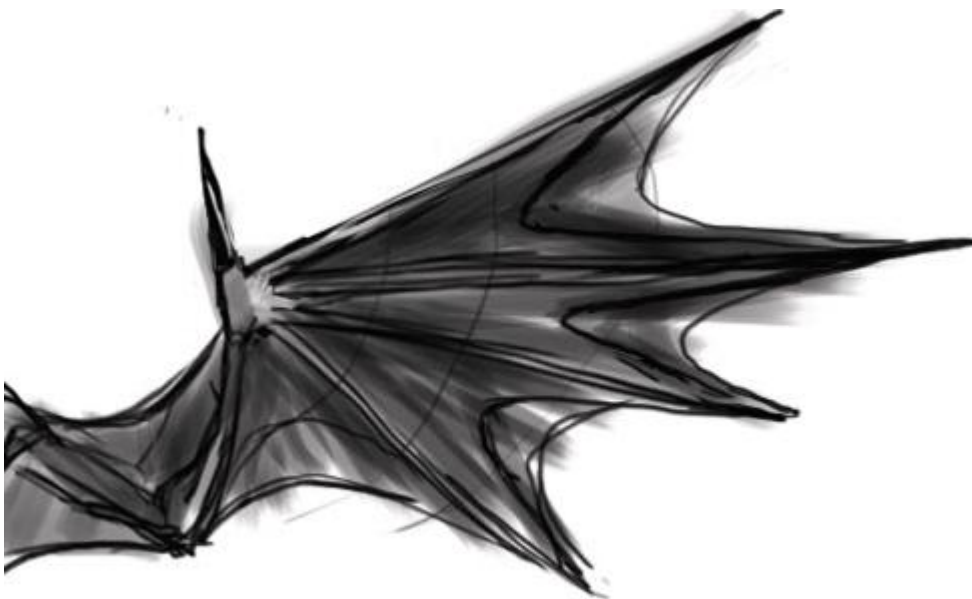
**Lisboa
2014**

A dor tem um jeito de nos cortar as asas, impedindo-nos de conseguir voar.

E, se não for resolvida por muito tempo, quase nos podemos esquecer que

fomos criados com o propósito de voar.

*William P. Young,
"A Cabana" (2012)*



AGRADECIMENTOS

A realização desta dissertação foi o culminar de um percurso sinuoso e feito a uma velocidade vertiginosa, que já cheguei ao fim... nem dá para acreditar! Tanto stress, tantos receios, tantas tempestades de ideias nesta cabeça, que por fim se resolveram... mas não de forma independente... na verdade necessitei de muita ajuda e apoio para finalizar este trabalho. Assim, e como forma de reconhecimento, desejo agradecer a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, me ajudaram, especialmente:

Ao meu pai e à minha mãe que me ensinaram que nunca devemos desistir daquilo em que acreditamos. Ao longo destes dois anos sempre me deram incentivos para levar esta árdua tarefa até ao fim. Ao meu pai por todas críticas construtivas que me deu, mas também por todos os mimos, incluindo o “crotchi”! À minha mãe por todo o apoio, sem ti seria impossível, desdobraste-te em duas ou em mais para me ajudares cá em casa, fizeste de tudo para que eu tivesse apenas de me preocupar com o trabalho... Amo-vos muito!

Aos meus sogros que também sempre me apoiaram e motivaram. Sogrinha, um muito obrigada por todos os favores que lhe pedi. Mesmo quando não dava jeito, em “cima da hora”, fazia sempre “qualquer coisinha” e tudo se compunha.

À minha irmã Auta, que me ensinou que a palavra desistir não constava no dicionário e se disponibilizou sempre, mesmo não percebendo nada desta área em me ajudar. De facto, às vezes quem não está “dentro do assunto” vê as coisas com outros olhos. Beijinho à Catarina por fazer rir muito a tia naquelas pausas de tosta mista.

Ao Márcio, marido e companheiro de todas as horas, sonhos, lutas e conquistas, pelo apoio incondicional e estímulo que sempre me deu, desde a fase de candidatura à conclusão do Mestrado. Por teres estado sempre ao meu lado neste percurso. Pela paciência e compreensão, principalmente nos meus momentos de refúgio e isolamento para pesquisa e escrita. Obrigada também pelas trocas de impressão e comentários, o teu diálogo, o modo como falas é inspirador.

À pipoca, que mesmo quando todos dormiam ela insistia em ficar junto a mim, preferencialmente em cima da impressora, apoiando-me no seu jeito felino.

Deixo também os meus sinceros agradecimentos à minha orientadora, Professora Doutora Ana Maria Herrero Valverde, e ao Co-Orientador Dr. Paulo Reis Pina, por permanecerem como meus orientadores apesar da difícil e demorada organização no meu trabalho e pela partilha de conhecimentos.

À Professora Carla Cardoso, que me ajudou imenso a clarificar as minhas ideias, sem si não teria conseguido, faz com que tudo pareça tão simples como “1+1=2”.

E por fim, agradeço à minha equipa de trabalho da Unidade de Convalescença do Hospital do Litoral Alentejano por se terem disponibilizado a trocar comigo sempre que foi necessário assim como à Enfa. Chefe e conselho executivo pela autorização de frequência neste Mestrado.

RESUMO

A Dor Neuropática (DN) quando presente no doente internado diminui a sua qualidade de vida e motivação para recuperar o seu processo de doença atual.

Este tipo de dor encontra-se associado a lesões de estruturas nervosas, possuindo um conjunto de sintomas e sinais clínicos muito específicos, que motivaram o desenvolvimento e validação de vários instrumentos de rastreio da DN. Um dos instrumentos que se encontra validado para língua e cultura portuguesa, desde 2007 é o questionário DN4 (Dor Neuropática em quatro questões).

Deste modo, pretende-se aplicar o uso deste instrumento de rastreio para estudar a Dor Neuropática em algumas unidades de internamento do Hospital do Litoral Alentejano e descrever o tipo de tratamento instituído.

Palavras-chave: Dor Neuropática, Questionário DN4, Tratamento da Dor

ABSTRACT

The Neuropathic Pain (DN) when present in the hospitalized patient diminishes their quality of life and motivation to recover their current disease process.

This type of pain associated with nerve damage have a number of very specific clinical symptoms and signs, which motivated the development and validation of various DN screening tools . One of the instruments that is validated for Portuguese language and culture, since 2007 is the DN4 questionnaire (Neuropathic Pain in four issues) .

Thus , we intend to apply the use of this screening tool to study the Neuropathic Pain in some inpatient units of the Hospital of Litoral Alentejano and describe the type of treatment given .

Keywords: Neuropathic Pain , DN4 Questionnaire , Pain

SIGLAS

APED – Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

CEDER – *Center for Drug Evaluation and Research*

DC – Dor Crónica

DGS – Direção Geral de Saúde

DM- Diabetes Mellitus

DN – Dor Neuropática

DN4 – “ *Dor Neuropática em Quatro Questões*”

EVA – Escala Visual Analógica

EFIC – *European Pain Federation*

HLA – Hospital do Litoral Alentejano

IASP – *International Association for the Study of Pain*

LANSS- *Leads Assessment of Symphoms and Signs*

NeuPSIG - Special Interest Group on NP of the IASP

NP – Neuropathic Pain

NPQ – *Neuropathic Pain Questionnaire*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

QV – Qualidade de Vida

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNP – Sistema Nervoso Periférico

SNRI – *Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors* (Recaptadores inibidores da serotonina-noradrenalina)

TCA's – Tricyclic Antidepressant (Antidepressivos Tricíclicos)

TENS – Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea

USLA – Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	12
2.1 Dor	12
2.1.1 Classificação da Dor	14
2.1.2 Diagnóstico de Dor Neuropática	20
2.1.3 Tratamento da Dor Neuropática.....	27
3. MATERIAL E MÉTODOS	34
3.1 Desenho do estudo	34
3.2 Participantes do estudo/Caracterização da amostra	34
3.3 Método de recolha de dados	355
3.4 Tratamento dos dados	366
4. RESULTADOS	377
4.1 Análise descritiva da amostra	376
4.2 Análise dos Resultados/Inferências Estatísticas	437
5. DISCUSSÃO	48
5.2 Discussão dos resultados obtidos no questionário	48
5.3 Limitações do estudo	50
6.CONCLUSÃO.....	52
BIBLIOGRAFIA	53
ANEXOS.....	61
ÍNDICE DE TABELAS.....	63
ÍNDICE DE FIGURAS	64
ÍNDICE DE QUADROS	65

INTRODUÇÃO

A presente dissertação insere-se no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados Integrados da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, e aborda o estudo da Dor Neuropática na Unidade de Cuidados Continuados de Convalescença, no Serviço de Medicina A e Medicina B do Hospital do Litoral Alentejano (HLA).

Este estudo, inicialmente com intenção de se aplicar apenas na Unidade de Convalescença depressa foi reformulado, com intenção de ser alargado a mais serviços, nomeadamente naqueles que mais frequentemente referenciam utentes para a Unidade de Convalescença da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) do HLA, - os Serviços de Medicina A e Medicina B.

Esta reformulação prende-se com o facto de ser nestes serviços que os doentes primeiramente tomam contacto com os cuidados de saúde, numa fase agudizada da sua doença, sendo só posteriormente, (passando a fase de agudização) então referenciados e admitidos na Unidade de Convalescença. Porém, é importante verificar que a Dor pode estar presente em várias fases da doença (agudizada ou não) e por isso considerou-se fundamental estudar a Dor independentemente do serviço em que o doente esteja.

Quanto ao tipo de Dor, decidiu-se estudar a Dor do tipo Não Nociceptiva ou Neuropática, pois enquanto enfermeira na Unidade de Convalescença do HLA senti necessidade durante a prestação de cuidados de perceber o porquê de certos doentes com diagnósticos semelhantes, como os que tinham sido amputados, ou os que tinham sofrido um AVC recente, referirem o alívio da sua dor quando tomavam determinado tipo de fármacos não pertencentes à classe dos analgésicos, enquanto que outros doentes, por vezes, mesmo com analgésicos fortes permaneciam com dor.

Achei pertinente também, que essas mesmas pessoas quando questionadas se tinham dor, utilizavam expressões verbais muito características e parecidas, referindo por exemplo, “sensação de um choque elétrico”, “formigueiro e picadas” ou até “que o membro queimava”. Pude ainda verificar que quando os fisioterapeutas aplicavam o uso de TENS (Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea) nos doentes, mesmo sem qualquer alteração terapêutica estes referiam também o alívio da sua Dor.

Foi então desta forma e com estas questões que constatei que o modo como eu avaliava e interpretava a dor daqueles doentes poderia ser provavelmente ainda mais precisa, pois até então, fazia a descrição da Dor e avaliação da sua intensidade, através da Escala Visual

Analógica (EVA) todos os turnos, registando o 5.º sinal vital, tal como foi preconizado no Guia Orientador de Boas Práticas da OE (2008). Porém, com estes factos tão similares entre os doentes considere, porque não, utilizar um instrumento que me ajudasse a discriminar qual o tipo de Dor que está presente na pessoa, já que o tipo de intervenções recomendadas para o alívio da Dor Nociceptiva e da Dor Neuropática são diferentes.

Foi assim que através da pesquisa na literatura existente, verifiquei a existência de um questionário denominado DN4 – “*Dor Neuropática em Quatro Questões*”, que se encontra validado para língua e cultura portuguesa desde 2007 pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, do autor Didier Bouhassira (2005) e que permite precisamente através de respostas do tipo “sim” e “não” e de um simples exame físico, pontuar cada item, de um total de 10 itens e assim verificar se a pessoa tem ou não, um resultado que sugere a presença de DN, ou seja, pontuação > 4. (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2007).

Consultando também o estado da arte, foi possível averiguar que este tema é de grande pertinência, sendo a Dor de origem Neuropática comparada com o sofrimento das pessoas com diagnóstico de cancro e tendo também um efeito negativo em vários domínios da qualidade de vida da pessoa, (Taylor, 2006). Segundo Torrance *et al* (2006) e Fear (2010) a DN é frequentemente descrita como mais severa que outros tipos de Dor Crónica.

É portanto uma doença que causa grande sofrimento e incapacidade, sendo um importante problema de saúde pública. (Dworkin *et al*, 2007; Bouhassira, 2008) Acrescendo ao facto de que a DN está subdiagnosticada e subtratada (Eisenberg, 2006).

A Dor continua também a ser um dos principais motivos de consulta nos serviços de saúde em todo o mundo (Dworkin *et al*, 2007). Estima-se que a Dor Crónica (grupo no qual se insere a DN na sua maioria) afete, em média, 1 em cada 5 europeus adultos. Em Portugal, cerca de 36% da população adulta encontra-se afetada (Freynhagen e Bennett, 2009).

Quanto à sua prevalência, ainda não se conhecem dados exatos.

Importante é também dar valor ao impacto da DC na Qualidade de Vida (QV), que é considerado devastador e superior ao provocado por outras patologias crónicas (Freynhagen e Bennett, 2009).

Deste modo, é à luz de todos estes referenciais teóricos que sobrevém esta investigação – em resposta à carência de estudos na Região do Alentejo e de forma a melhorar os cuidados a prestar a esta população.

Pretende-se assim, procurar dar resposta à seguinte questão que motivou a realização deste trabalho: Que tipo de intervenções são promovidas para aliviar a dor (com componente neuropático) nos utentes do Hospital do Litoral Alentejano?

Para responder a essa pergunta adotou-se uma metodologia quantitativa, que foi utilizada através da análise documental dos processos individuais dos doentes dos Serviços de Medicina A, Medicina B e Unidade de Convalescença do HLA com diagnósticos prevalentes de DN, entre Abril e Junho de 2013, e aplicou-se aos mesmos doentes o questionário DN4 em dois períodos diferentes –, aquando da seleção e posteriormente passado uma semana de internamento.

Como objetivos delinear-se os seguintes:

- Determinar o peso da Dor Neuropática em cada serviço.
- Analisar as características demográficas dos utentes com componente de DN que foram rastreadas através do questionário DN4.
- Determinar quais as síndromes mais recorrentes com rastreio positivo para DN4 e quantificar a pontuação da Dor por síndrome.
- Analisar o tipo de intervenções farmacológicas promovidas para aliviar a Dor.
- Analisar o tipo de intervenções não farmacológicas promovidas para aliviar a Dor.
- Verificar as normas recomendadas por cada síndrome.
- Analisar a eficácia do tratamento aplicado na Dor.

Este estudo torna-se relevante na medida em que a investigação nacional nesta área é escassa e se desconhecem, tal como foi dito anteriormente, dados sobre a sua prevalência. Ainda assim, embora este estudo não possa ser extrapolado, por possuir uma amostra muito reduzida, considera-se que poderá contribuir como estudo piloto para futuros estudos mais alargados.

A dissertação encontra-se dividida em duas partes. Na primeira parte intitulada enquadramento teórico serão abordados os aspetos da Dor com componente Neuropático assim como a caracterização do seu tratamento. A segunda parte diz respeito ao enquadramento metodológico, no qual se apresenta a metodologia, o modelo de análise, os instrumentos utilizados e os resultados da investigação.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 Dor

O conceito de dor é difícil de estabelecer. Segundo a IASP, (2012) a Dor define-se como “uma experiência multidimensional desagradável que envolve as componentes sensorial e emocional, associada a lesão tecidual real, potencial ou descrita em função dessa lesão” .

A dor, perturba e interfere a qualidade de vida da pessoa. Por este motivo, o seu controlo é um objetivo prioritário.

De acordo com a taxonomia de Dor Crónica (DC) elaborada pela IASP em 1994 e atualizada em 2012, “A dor é sempre subjetiva e cada indivíduo aprende a utilizar este termo através das suas experiências de vida” (IASP, 1994).

Segundo a OMS (2004), estatísticas feitas pela IASP e pela EFIC indicam que uma em cada cinco pessoas sofrem de DC moderada a intensa, e que uma em cada três pessoas é incapaz de manter as suas atividades de vida autonomamente devido à presença de dor.

A Ordem dos Enfermeiros, em 2008, elaborou o Guia Orientador de Boa Prática sobre a temática da Dor, no qual reconhece, que são múltiplas as barreiras ao controlo da dor que se colocam à pessoa ao longo do ciclo vital, em particular aos grupos mais vulneráveis.

A entidade considera ainda, que apesar dos avanços, persistem vários mitos, falsos conceitos e informação desadequada em todos os intervenientes – doentes, profissionais e instituições, que se devem desmistificar. Um dos frequentes mitos é de que a “*Dor só existe na presença de lesão*”, quando se sabe que toda a Dor é real independentemente da sua causa.

A OE (2008) refere igualmente, que os profissionais de saúde devem reconhecer a própria pessoa como o melhor avaliador da sua dor. Também a família e os cuidadores principais, fazem parte integrante da prestação de cuidados, sendo estes os que melhor conhecem o doente, tendo por isso um papel ativo no controlo da Dor.

No que concerne aos profissionais de saúde, detetar e tratar a dor faz parte da sua responsabilidade. O princípio ético da beneficência (dever de beneficiar o outro) e da não maleficência (dever de não o prejudicar) comprometem os profissionais a promoverem cuidados que proporcionem o alívio da dor e o conforto a todos os doentes, incluindo os mais vulneráveis que não conseguem comunicar. (Herr et al., 2011).

2.1.1 Classificação da Dor

A Dor é mais frequentemente categorizada com base na sua duração temporal (Aguda vs. Crónica), na sua intensidade e na sua origem fisiopatológica (Nociceptiva, Neuropática, Mista ou Idiopática) (University of Wisconsin, 2010; Turk e Melzack, 2011).

A Dor Aguda manifesta-se transitoriamente durante um período relativamente curto e com uma duração finita. É por este motivo um processo fisiológico e protetivo do organismo, como um “sinal de alerta”, face à presença de uma lesão num tecido ou órgão. A sua causa pode estar relacionada a variadas etiologias como por exemplo: inflamação, infeção, traumatismo, ou outras. Normalmente a Dor Aguda desaparece quando a sua causa é resolvida ou tratada (FDA, 2014; Katz e Seltzer, 2009).

A Dor Crónica, contrariamente à Dor Aguda, caracteriza-se por ser um quadro doloroso que ultrapassa a função protetora do organismo e se mantém, para além do tratamento ou eliminação da ameaça inicial (Chapman, Nakamura & Flores, 1999 in Bidarra, 2010). Assim, sem consequências benéficas para o organismo, a DC, muitas vezes tem uma etiologia multifatorial, e uma duração igual ou superior a 3 meses (Davidson, Tripp, Fabrigar & Davidson, 2008; IASP, 1979; Matos, 2012; Portal da Saúde, 2005; Miranda e Pain Proposal, 2010).

Este tipo de Dor, ao não desempenhar uma função fisiológica no sistema nervoso torna-se um problema que tem de ser considerado e tratado como uma patologia primária (Deardorff, 2003 in Miranda).

A DGS, no seu Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001), enaltece que a DC é de difícil identificação temporal e/ou causal causando sofrimento e podendo manifestar-se com várias características e criar diversos estádios patológicos.

Estima-se que a Dor Crónica afete, em média, um em cada cinco europeus adultos, originando custos significativos para os indivíduos, famílias e cuidadores, bem como para os sistemas de saúde e para as economias. Em Portugal é estimado que cerca de 3 milhões de adultos sofram de DC (Pain Proposal, 2010). Os doentes com DC referem geralmente que a sua Dor não cede à terapêutica, causando-lhes uma considerável diminuição da sua qualidade de vida. Consequentemente, este insucesso de tratamento cria um grande encargo económico à sociedade (Hall et al,2006).

Relativamente à sua intensidade da dor, é essencial que o doente relate adequadamente a sua experiência, até porque a dor não pode ser objetivamente medida por equipamentos como outros sinais vitais.

Para a avaliação da intensidade da dor têm sido desenvolvidos diversos instrumentos, nomeadamente de autoavaliação (avaliação da dor realizada pela própria pessoa), a utilizar sempre que possível, ou de hetero-avaliação (avaliação da dor efetuada por um observador) para se aplicar quando a pessoa não o pode fazer (devido a estado de inconsciência, sedação, demências, etc).

Esses instrumentos estão geralmente formulados em escalas ou questionários que auxiliam a própria pessoa a reconhecer quer a sua dor quer a eficácia do tratamento a ser implementado, assim como permitem ao profissional de saúde avaliarem a sua prestação de cuidados no alívio da dor, fornecendo dados quantitativos ou qualitativos do seu grau de dor (Fink, 2000)

Considerando essa necessidade de avaliação da dor, a DGS através das suas competências técnico-normativas, emitiu o Programa Nacional de Controlo da Dor, instituindo através da Circular Normativa nº 09/DGCG de 14/06/2003, a “Dor como o 5º sinal vital” (DGS, 2010 e 2001).

Através deste documento, criou-se como norma de boas práticas no âmbito dos serviços de cuidados de saúde o registo sistemático da intensidade da Dor sugerindo-se a aplicação de uma das seguintes escalas para a sua avaliação: “Escala Visual Analógica” (convertida em escala numérica para efeitos de registo), “Escala Numérica”, “Escala Qualitativa” ou “Escala de Faces”.

A Escala Visual Analógica (EVA) consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalada numa extremidade a classificação “Sem Dor” e, na outra, a classificação “Dor Máxima”. Para indicar o seu grau de dor o doente terá que fazer uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua Dor. Há, por isso, uma equivalência entre a intensidade da Dor e a posição assinalada na linha recta. Medindo-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se, assim, uma classificação numérica que será assinalada na folha de registo (O’Connor e Dworkin, 2009).

A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical. Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma

classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável). A classificação numérica indicada pelo doente será assinalada na folha de registo.

Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com os seguintes adjetivos: “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” ou “Dor Máxima”. Estes adjetivos devem ser registados na folha de registo.

E por fim, a Escala de Faces, na qual se solicita ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima” (O’Connor e Dworkin, 2009).

Abaixo ilustram-se as diferentes escalas de registo de intensidade de Dor para os serviços de saúde nacionais.

O diagrama apresenta quatro escalas de registo de intensidade de dor, organizadas num retângulo com uma borda arredondada.

- I. Escala Visual Analógica:** Localizada no canto superior esquerdo, consiste numa linha vertical. O topo é rotulado "Dor Máxima" e o fundo "Sem Dor".
- II. Escala Numérica:** Localizada no canto superior direito, é uma escala vertical com caixas numeradas de 0 a 10. O topo (0) é rotulado "Dor Máxima" e o fundo (10) "Sem Dor".
- III. Escala Qualitativa:** Localizada no centro, apresenta uma barra horizontal com cinco caixas rotuladas: "Sem Dor", "Dor Ligeira", "Dor Moderada", "Dor Intensa" e "Dor Máxima".
- IV. Escala de Faces:** Localizada na base, mostra seis caras com expressões variando da felicidade à tristeza. Abaixo das caras estão os números 0 a 5. O 0 é rotulado "(Sem Dor)" e o 5 "(Dor Máxima)".

Na base do diagrama, há uma referência de fonte: "Fonte: Ordem dos Enfermeiros, 2008 (adaptado)".

Fig.1 - Escalas de registo de intensidade de Dor

De relevar que à semelhança de outros sinais vitais, também o registo da intensidade da Dor é referente ao momento da sua colheita de informação e embora estas ferramentas geralmente sejam utilizadas por médicos e enfermeiros, podem no entanto e sempre que necessário, serem também utilizados por outros elementos prestadores de cuidados.

As escalas a aplicar podem ser unidimensionais ou multidimensionais, consoante permitirem avaliar um parâmetro apenas, como por exemplo a intensidade, ou mais que um. Os tipos de escalas validados internacionalmente para língua e cultura portuguesa e mais frequentemente utilizados são as unidimensionais, que avaliam a intensidade tal como foi supracitado.

Por fim, relativamente aos mecanismos fisiopatológicos da Dor, estes podem ser qualificados nas seguintes categorias: Nociceptiva, Neuropática, Mista – componente de Dor Nociceptiva e neuropática em simultâneo – e Psicogénica. (Pfizer, 2010 *ibidem*).

A primeira, encontra-se associada ao dano tecidual, sendo causada pela estimulação das terminações nervosas dos nociceptores, que estão presentes na maioria das células teciduais do nosso organismo. Estes, são responsáveis pela transmissão da informação de dor ao SNC. Quase todos os processos patológicos anteriormente citados (inflamação, trauma, infeção...) poderão causar a estimulação de nociceptores. O estímulo que provoca a excitação dos nociceptores, pode também ser denominado por estímulo nóxico. Este tipo de Dor pode ser visceral (quando o estímulo nóxico tem origem nos órgãos) ou somática, podendo por sua vez ser superficial (se o estímulo nóxico ocorre em tecidos superficiais), ou profunda (quando o estímulo nóxico ocorre em ossos, articulações ou músculos). Na Dor Nociceptiva as vias sensitivas responsáveis pela transmissão de dor funcionam na sua normalidade.

Contrariamente, na DN existem anormalidades ou lesões nas vias de transmissão do estímulo de dor, sendo por isso, um mecanismo patológico e desadaptativo das vias da dor (Dworkin et al, 2010).

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define DN como a “Dor que aparece como consequência direta de uma lesão ou doença que afeta o sistema somatosensorial”. Esta dor deve ser diferenciada da dor inflamatória ou nociceptiva, que normalmente resulta da ativação de aferentes nociceptivos intactos por danos teciduais reais ou potenciais (Treede et al, 2008) e que requer uma abordagem terapêutica distinta (Baron e Tolle, 2008).

Na DN a transmissão da informação sensorial de dor não é feita corretamente, pode ocorrer uma ativação dos recetores da dor num nível muito mais baixo de intensidade do que seria esperado, desencadeando assim um aumento de impulsos nervosos de forma caótica a partir das estruturas nervosas lesadas. Além deste motivo, estas alterações no SNP podem causar um aumento da área percecionada a ser estimulada, o que desencadeia um maior envolvimento e propagação desta informação de dor a um maior número de nervos, podendo assim ocorrer uma frequente transmissão de mensagem de dor ao cérebro. (Urch 2006, in Fear, 2010).

Quanto à etiologia de DN existe uma grande variedade de lesões que podem atingir o sistema nervoso, não existindo nenhuma classificação ainda aceite que a categorize em diferentes subtipos clínicos com base na sua etiologia, local afectado ou sintomatologia em comum (Attal et al, 2000).

Ainda assim frequentemente se descreve a DN em duas categorias – Periférica ou Central, de acordo com a sua etiologia e localização anatómica. Esta distinção é importante porque as manifestações clínicas e a fisiopatologia diferem entre as categorias (Baron e Tolle, 2008; Galluzzi, 2007). De salientar, que nem todas as pessoas que têm como doença de base as que se apresentam na tabela n.º1 irão manifestar DN, nem há forma de predizer quais as que a desenvolverão.

De referir ainda que as causas de DN variam geograficamente. Nos países em desenvolvimento doenças infecciosas como o HIV a lepra e trauma (maioritariamente secundário a feridas de guerra e amputações) assim como radiculopatias na coluna estão entre as causas mais frequentes. Já nos países desenvolvidos as causas mais frequentes de DN são a polineuropatia diabética (Haanpaa et al, 2009; Gustorff et al, 2008; Baron e Tolle, 2008) e radiculopatias com componentes de dor neuropática.

Os síndromes mais comuns que acarretam risco de desenvolvimento de DN nos países desenvolvidos encontram-se representados na Tabela n.º1.

Tabela nº 1 – Condições de risco para o desenvolvimento da Dor Neuropática

Condições que acarretam risco para o desenvolvimento de Dor Neuropática	
Condição	Epidemiologia
DN periférica	
Radiculopatia (lombo-sagrada, dorsal, cervical)	37% dos pacientes com dor prolongada na coluna
Polineuropatia (p. ex.º diabética, alcoólica, pós-quimioterapia, associado ao HIV)	26% dos pacientes com DM
Nevralgia pós Herpética	8% de incidência nos utentes com herpes zooster
Nevralgia pós cirúrgica (p.ex.º dor pós-mastectomia)	30-40% após cirurgia no cancro da mama
Trauma	5% após lesão do nervo trigémio
DN Central	
AVC	8% dos pacientes com AVC
Esclerose Múltipla	28% dos pacientes
Trauma Medular	67% dos pacientes
Dor Fantasma	Incidência de 1/100.000 pessoas-ano

Fonte: Haanpaa et al, 2009

Tal como se constata, vários, são os mecanismos que podem contribuir para o aparecimento da sintomatologia dolorosa associada a neuropatia. Estima-se que este tipo de dor afete milhões de pessoas no Mundo, apesar de não existir suporte científico suficiente para o comprovar (Dworkin, 2007). Pois embora os dados epidemiológicos disponíveis serem relativos a etiologias específicas (tal como descrito na tabela supracitada), foram realizados dois estudos que estudaram a prevalência de DN na população em geral, nos quais se verificaram valores de 8% (Reino Unido com uma amostra de 6000 pessoas que recorreram a unidades de saúde familiar) e de 6,9% (França também num estudo de população alargada (Dworkin et al, 2003; Haanpaa et al, 2009).

Embora se conheçam poucos dados epidemiológicos acerca deste síndrome supõem-se que a DN esteja subdiagnosticada e subtratada e embora já se conheçam evidências sobre o tratamento deste tipo específico de dor, acredita-se também que as pessoas estejam submedicadas (Turk, 2010; Haanpaa et al, 2009; Torrance, 2008; Fazen e Ringkamp, 2007; Bendszus et al, 2004; Nodera et al, 2003).

Perante todos estes referenciais, considera-se que este tipo de Dor não deve ser de todo ignorado, uma vez que se prevê que este seja o tipo mais frequente de dor.

De salientar ainda, que esta falta de dados torna impossível o cálculo da prevalência da Dor do tipo Mista. Sendo, recomendado aos profissionais que combinem as intervenções de

tratamento dos dois componentes de dor em simultâneo, avaliando a sua eficácia e reformulando-o sempre que for necessário (Fink, 2000).

Por fim, resta referir o último tipo de dor a ser considerado – a Dor Psicogénica, para a qual não se encontra uma razão de base física, ou seja, sem causa somática identificável, que poderá dever-se a fatores psicológicos, não sendo avaliada por tratamentos estandardizados (Miranda, 2014; Lopes, ano).

2.1.2 Diagnóstico de Dor Neuropática

Em qualquer diagnóstico de Dor deve sempre prevalecer o conceito de que a dor é essencialmente um fenómeno subjetivo e multifatorial, com sintomas específicos e únicos que variam de pessoa para pessoa, com intensidades diferentes e com experiências de vida diferentes (Tracey, 2008; Bennett et al, 2007).

Quanto ao diagnóstico de DN, este é muitas vezes problemático. Clinicamente, o que se verifica frequentemente é que a distinção entre os tipos nociceptivo e neuropático de dor não é preciso nem taxativo, verificando-se na verdade que muitas das doenças não possuem somente o componente ou neuropático, ou nociceptivo mas sim, ambos (Dor Mista), tal como se referiu no capítulo anterior. De notar como exemplo, condições como o Diabetes Mellitus, Neoplasias ou Doenças Neurológicas com distonia ou espasticidade que frequentemente produzem Dor tanto Nociceptiva como Neuropática (Horowitz, 2007).

A DN para além de puramente subjetiva, não é fácil de ser descrita, nem medida. Assim como, o próprio fenómeno de transmissão de impulsos sensoriais em resposta à lesão presente, (perante o estímulo de dor) não ser estático, e sim dinâmico, o que faz com que os seus sinais e sintomas também se alterem frequentemente quer na via de transmissão, quer na intensidade.

Quanto ao tipo de estímulo que causa a DN esta pode ser classificada em: espontânea (quando não existe nenhum fator causal ou estímulo para o seu aparecimento, podendo ocorrer de modo contínuo ou intermitente), ou como provocada (dependente de um estímulo para o seu aparecimento, por exemplo o toque quente ou frio) (Quinta, 2004).

Segundo Dworkin et al (2003) citado na Norma de Orientação Clínica para o Tratamento da Dor Neuropática Localizada, pelo Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (2011), o diagnóstico de DN

baseia-se na história clínica, no exame físico que inclua o exame neurológico e em exames complementares de diagnóstico. Deve também ser feito uma abordagem multidisciplinar que aborde todos os aspetos de dor da pessoa, incluindo a parte emocional.

Durante as intervenções na prestação de cuidados devem também ser feitas reavaliações de possíveis problemas psicossociais, e identificar co-morbilidades, na medida em que estes aspetos contribuem para a acentuação da Dor.

Quanto aos sinais e sintomas observados na pessoa portadora de DN, geralmente, possuem uma localização neuroanatômica compatível com o local da lesão, devendo no entanto considerar-se a possibilidade da queixa álgica poder também estender-se a uma área sensorial mais extensa.

Elementos comuns e importantes a ter em conta para o diagnóstico de DN são a identificação dos sinais e sintomas característicos, uma vez que existe um número reconhecido destes achados que são indicativos de presença de DN. Esses sinais e sintomas descritos podem ser experienciados na sua totalidade ou só em parte (Fear, 2010).

Na literatura é frequente também categorizar esses sinais em: negativos, positivos e autonómicos (Schestasky, 2008; Arztebl,2006; Quinta, 2004; Horowitz, 2007).

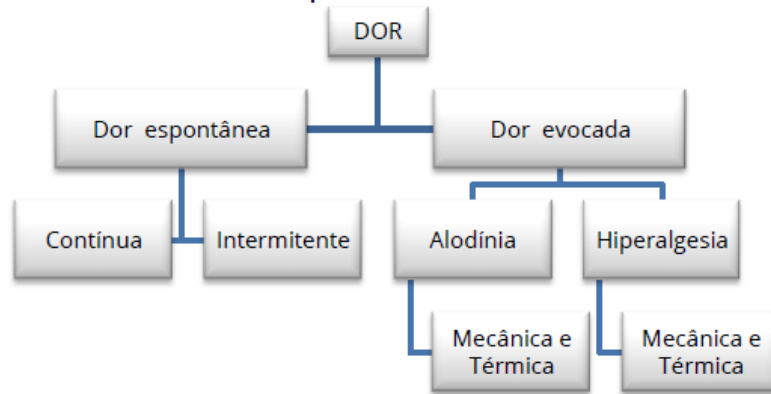
Sintomas negativos indicam que a neuropatia presente causa uma diminuição da sensação local, o que aponta para danos de fibras aferentes de pequeno diâmetro (Haanpaa, 2009) ou do tracto espinotalâmico (Baron e Tolle, 2008). Estas características podem ser evidentes poucos dias após a lesão do nervo ou podem levar meses a desenvolverem-se, podendo até surgir depois da resolução da lesão (Morais, 2010).

Contrariamente, os sintomas positivos provocam na pessoa um aumento de sensibilidade à dor.

Os sintomas positivos podem apresentar-se de forma espontânea ou evocada, em várias combinações. Os sinais positivos mais frequentemente encontrados nos doentes com DN são a Alodínia – dor em resposta a um estímulo térmico ou mecânico não doloroso e a Hiperalgesia – resposta de dor aumentada perante um estímulo doloroso térmico ou mecânico (Schestatsky, 2008; DGS, 2014). A Alodínia e a Hiperalgesia frequentemente coexistem.

Os fenómenos autonómicos, normalmente estão relacionados com alterações na sudorese e na temperatura da pele que tanto pode estar aumentada como diminuída.

Para melhor perceção e sumarização apresenta-se o diagrama abaixo (Fig.2), para o qual foi feita uma sumarização e descrição dos seus conceitos que se apresenta no Anexo II.

Sinais e sintomas de dor neuropática**Fig. 2 – Sinais e sintomas de DN**

Fonte: Norma n.º 043/2011 - DGS

A dor espontânea (que pode ser contínua ou intermitente) ou dor evocada pode causar diferentes sintomas na pessoa portadora de DN, nomeadamente disestesias (sensação desagradável, incomodativa ou por vezes dolorosa na pele) e parestesias (sensação anormal, habitualmente descrita como formigueiro, picadas ou sensação de choque elétrico). (DGS, 2014; Galluzzi, 2007; Cruccu e Truini, 2009).

A evidência destes sintomas frequentes descritos pelas pessoas com DN motivou a comunidade científica a compila-los e a agrupá-los no que se denominou Descritores Verbais de Dor Neuropática (DGS, 2014).

Estes são elementos de grande valia para o diagnóstico. Fear (2010) refere que a linguagem usada pelos pacientes para descrever a sua dor fornece uma valiosa indicação de que podem estar a experienciar uma dor de natureza neuropática.

Boureau, Doubrère e Luu (1990, in Smith, 2008; Dworkin et al 2003; Fear (2010) referem que os descritores verbais mais comuns descritos pelos pacientes são: sensação de choque elétrico, queimadura, formigueiro, frio, picada e prurido. Dentre esses termos, os mais relatados foram queimadura, choque elétrico e formigueiro, sendo que o estudo de Bouhassira (2004) também corroborou os mesmos factos.

Dworkin citado pela DGS na sua norma, também valoriza o conhecimento dos descritores verbais para a DN, descrevendo como mais comuns os que se apresentam na Tabela nº2.

Descritores verbais na dor neuropática.

Dor neuropática	
Dormência	
Formigueiro/picada	
Ardor/calor/queimadura	
Compressão/aperto	
Guinada	
Dor	lancinante/choque
elétrico	
Frio doloroso	

Fonte: Dworkin, R et al. *Symptom profiles differ in patients with neurophathic versus no-neurophahtic pain.* JPain 2007; 8 (2) 118-126.

Norma n.º 043/2011 - DGS

Tabela nº 2 – Descritores verbais na Dor Neuropática

Bennett et al (2007) consideraram também, que os descritores verbais tinham uma grande utilidade, pois para o autor, os pacientes geralmente apresentam sintomas em vez de lesões neurológicas facilmente reconhecíveis. Aliás, na maioria dos casos de dor crónica, é difícil determinar a presença ou ausência de disfunção do nervo, independentemente dos sintomas (Aggarwal et al., 2006 in Bennet et al, 2007), sendo que muitos médicos que prestam cuidados em Saúde Primária, não têm ou habilidade ou o tempo adequado para realizar um exame neurológico minucioso, devendo por isso os profissionais utilizarem testes sensoriais simples e ferramentas de rastreio para identificar potenciais utentes com DN.

Os instrumentos de rastreio para avaliação da Dor com características neuropáticas, são na sua maioria utilizados na forma de questionários simples e breves, com o objetivo de terem utilidade na prática clínica e investigação nesta área. Os instrumentos para o rastreio de

DN mais frequentemente citados na literatura atualmente são: *Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs* (LANSS); *Neuropathic Pain Questionnaire* (NPQ), DN4, *painDETECT* e *ID-Pain*. Embora tenham sido desenvolvidos em línguas e locais distintos, é curioso verificar que todos utilizam um conjunto de termos descritivos muito semelhante, tendo capacidades de discriminação para a dor neuropática também muito semelhantes (sensibilidades e especificidades próximas dos 80%) (Bennet et al, 2007). Tal como se analisar na tabela n.º3.

Escala	Descrição	Pontuação	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)	Valor preditivo (%)
LANSS	Escala de sete itens: 5 questões (sensações de pela desagradáveis, aspeto, sensibilidade exagerada ao toque, choques elétricos, ou sensações de queimação, 2 questões (teste sensorial para alodínia e limiar alterado no teste pinprick)	Pontuação Máxima: 24 Neuropática: > 12 Nociceptiva: < 12	85	80	82
NPQ (simplificado)	Escala de 0-100mm com três itens (sensação de adormecimento, dor e dor aumentada ao toque)	Neuropática: 0 ou acima de 0. Não-neuropática: Abaixo de 0.	64.5	78.6	73
DN4	4 Questões (caraterísticas da dor, sintomas, presença de hiperestesia, efeito de escovagem).	Máximo: 10. Dor neuropática: 4 ou superior.	82.9	89.9	86
LAANSS, Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs; NPQ, Neuropathic Pain Questionnaire, DN, Douleur Neuropathique.					

Tabelan.º 3 – Validade e fiabilidade das diferentes escalas de DN

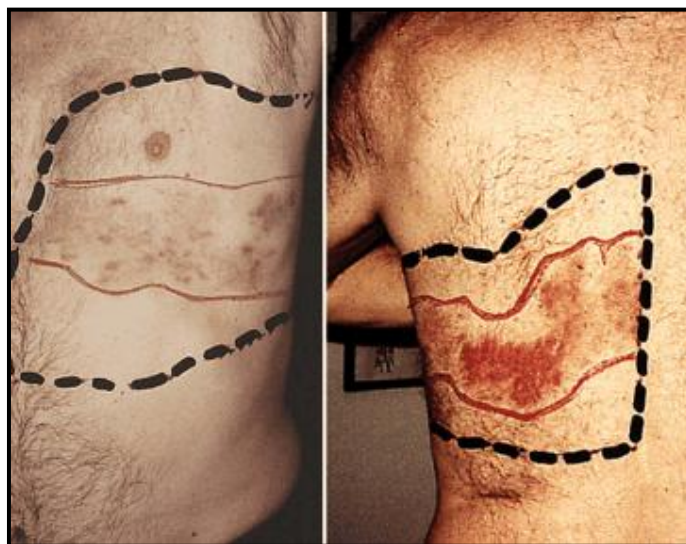
O DN4 é o único que se encontra traduzido e validado para língua e cultura portuguesa pela faculdade de Medicina do Porto (2007), tendo sido originalmente desenvolvido e validado em França. É um questionário constituído por 10 itens relacionados com características da Dor. Sete dos itens estão relacionados com as características da dor referidas pelo doente, através de termos descritivos, e os três itens restantes resultam de um exame físico simples realizado pelo profissional, com a intenção de identificar a presença de regiões de hipoestesia ao tacto ou à picada ou regiões de alodinia tátil.

O DN4 tem demonstrado ter excelentes propriedades no rastreio/identificação de dor associada a lesões do sistema nervoso (central ou periférico), tendo revelado muito boa especificidade (90%) e sensibilidade (83%) (Cruccu et al, 2010).

De aludir porém, que este tipo de instrumentos não devem substituir uma boa avaliação clínica, com exame físico dirigido e a pesquisa da história detalhada de Dor (Cruccu e Truini, 2009; Bennett et al, 2007), que deverá clarificar a localização, intensidade e

evolução temporal dos sintomas dolorosos (Haanpaa et al, 2009), bem como procurar doenças subjacentes potencialmente tratáveis (recorrendo a meios complementares de diagnóstico, se necessário (Basic-kes et al, 2009), co-morbilidades, e medicação prévia e actual (Haanpaa et al, 2009). Chen H, Lamer TJ, Rho RH et al. (2004) citado na orientação clínica (2011), indica que antes de uma investigação clínica mais profunda de DN, se faça uma análise prévia para exclusão de possíveis doenças tratáveis, como certas co-morbilidades (alterações do humor e do sono, ansiedade), cuja terapêutica poderá contribuir para o melhor tratamento da DN.

No que diz respeito ao exame físico da pessoa deve-se pesquisar achados sensoriais anormais (alodinia, hipostesia, etc.) que são geralmente compatíveis com o local neuroanatômico lesionado. A avaliação neurológica na suspeita de DN deve incluir o mapeamento sensorial, motor e autonómico da pessoa com a intenção de se identificarem os sinais de disfunção sensorial presentes. Como auxílio principalmente para o registo e correta reavaliação do caso sugere-se também o preenchimento de um diagrama corporal, ou a marcação da região corporal com marcador seguido do seu registo fotográfico, tal como mostra a fotografia abaixo (Fig.3) embora se reconheça que por vezes o tempo que leva a esta descrição detalhada torna-se para centros, principalmente os não especialistas de dor difícil de comportar (Cruccu et al, 2004).



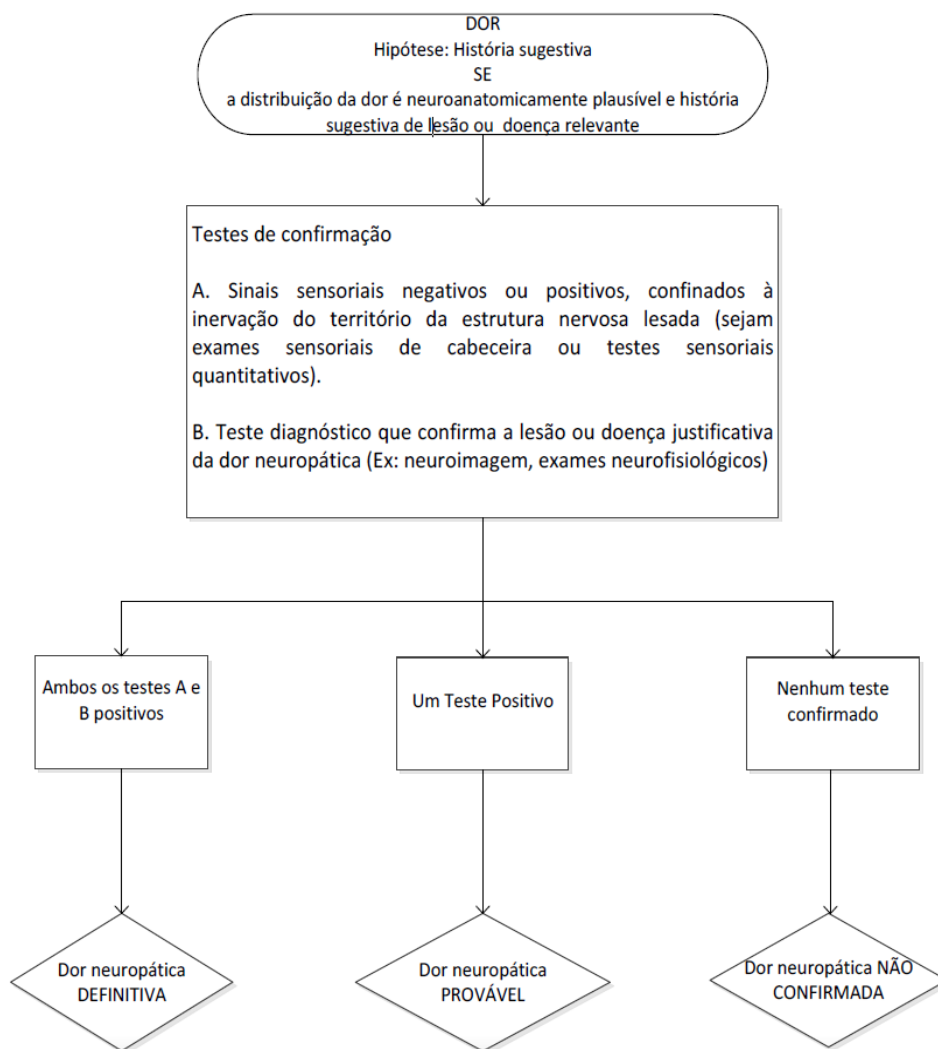
Fonte: CMAJ (Canadian Medical Association) 2006

Fig.3 – Utente com exantema e nevralgia causada por Herpes Zoster (Zona) no 5.º e 6.º dermatomo à esquerda. Delineado a vermelho encontra-se a área em que há perda sensorial. A preto encontra-se delinado a área de alodinia.

O diagnóstico de DN é geralmente estabelecido pela combinação de sinais e sintomas de DN e exame físico anormal.” (Morais, 2010).

Recentemente, foram criados critérios para categorizar o diagnóstico como definitivo, provável ou possível. A sua aplicação por parte dos médicos seria uma mais-valia para a prática clínica (PORTUGAL – DGS, 2014; Treede, Campbell *et al.*, 2008). Também a DGS recomenda na sua Norma nº 043/2011 de 23/12/2011 atualizada a 28/10/2014, a aplicação de um algoritmo clínico para o diagnóstico de DN baseado nessa categorização, tal como se pode constatar no diagrama abaixo apresentando (Fig.4).

Diagnóstico da Dor Neuropática



Fonte: Modificado de Treed R.D. et al. *Redefinition of neuropathic pain and grading system for clinical use: consensus statement on clinical and research diagnostic criteria*. Neurology 2008; 70:1630-5⁷

Fonte: Norma n.º 043/2011 - DGS

Fig. 4 – Algoritmo para o Diagnóstico da Dor Neuropática

De referir ainda que, apesar deste tipo de intervenções facilitarem o diagnóstico de DN, ainda assim poderão não ser suficientes, pois, como se referiu anteriormente, a DN é um fenómeno complexo e variável, e por este motivo pode ainda ser necessário utilizar outros meios como os exames auxiliares de diagnóstico, biopsia e os testes quantitativos sensoriais, no entanto, estes exigem o treino e competências médicas especializadas nesta área, assim como o uso de equipamento dispendioso e um tempo elevado na sua avaliação em comparação com outros métodos. Segundo Cruccu, Anad *et al.* (2004) os testes quantitativos sensoriais podem também não ser conclusivos, recomendando-se como primeira ação para o diagnóstico o uso de outras ferramentas mais simples como por exemplo, o uso de uma escova ou filamento de Frey para avaliação da alodínia e hiperalgesia mecânica.

Por último, deve-se ainda salientar que o diagnóstico de DN deve ser posto de lado, sem necessidade de execução de testes adicionais, caso se verifique que não existam dados nem na história clínica nem no exame neurológico que sugiram a presença deste tipo de Dor. (Treede, jensen *et al.*, 2008).

2.1.3 Tratamento da Dor Neuropática

O tratamento da DN deve ser realizado a vários níveis. Deve incluir a avaliação global da pessoa, o tratamento farmacológico e não farmacológico o qual inclui a reabilitação, o acompanhamento psicológico e medidas de tratamento complementares. Contudo, primeiramente o tratamento deve ter como foco de atenção o tratamento do processo de doença subjacente, que deve ser iniciado tanto mais cedo quanto possível, uma vez que essa correção poderá só por si reduzir bastante a dor.

Por exemplo, na neuropatia periférica diabética uma das intervenções primordiais será o controlo dos níveis de glicémia, visto que são as hiperglicémias as causadoras de DN. Paralelamente e simultaneamente deve ser feito um tratamento sintomático baseado nos sintomas que a pessoa apresenta.

No que diz respeito ao tratamento farmacológico, este poderá ser diferente de acordo com a etiologia da neuropatia presente.

A evidência científica existente sobre o tratamento farmacológico a implementar, baseia-se geralmente em graus de eficácia, segurança, níveis de recomendação e experiência clínica perante o uso de alguns medicamentos.

De acordo com a NeuPSIG (Special Interest Group on NP of the IASP), os fármacos que são propostos pela entidade como tratamento de 1ª linha são: antidepressivos do tipo tricíclicos (TCAs) ou recaptadores inibidores da serotonina (SNRIs), certos anticonvulsivantes, mais especificamente os que atuam na subunidade $\alpha 2-\delta$ dos canais de Ca^{2+}), e a lidocaína via tópica. Os opióides fortes e o tramadol são propostos geralmente como tratamento de segunda linha, embora alguns analgésicos em certos casos possam ser usados como opção de 1ª linha. Outros fármacos pertencem a uma 3ª linha de tratamento, embora também possam ser opções a tomar como 2ª linha para algumas situações. Outras drogas incluem: anticonvulsivantes (como a carbamazepina, lamotrigina, oxcarbazepina, topiramato, e ácido valpróico), receptores antagonistas do NMDA incluindo a ketamina e a capsaicina via tópica.

Chen et al, (2004) também enaltece a importância da combinação de terapêuticas de acordo com o processo fisiopatológico inerente. Evidências pré-clínicas, referem existir uma mudança nas vias predominantes sensitivas opióides em direção às vias sensitivas noradrenérgicas no processo de DN. Tal facto poderá assim explicar o porquê de fármacos opióides terem mais sucesso no alívio da dor quando usados em simultâneo com a gabapentina ou pregabalina (Schmelz, 2009) tal como se verifica na tabela 4. Todas as classes de fármacos que não pertencem ao grupo dos analgésicos, mas que surtem efeito no alívio da DN denominam-se de Adjuvantes de analgésicos para a Dor Neuropática (Cherny. Portenoy, e Zenz (1995); Knotkova e Pappagallo (2007); Lussier, Huskey e Portenoy 2004).

Estudo	Fármacos	Condição	Natureza do Estudo	Eficácia
Gilron et al. ⁶²	Gabapentin + morphine	PHN, DPN	P, R, C	Positive
Gilron et al. ⁵⁶	Gabapentin + nortriptyline	PHN, DPN	P, R, C	Positive
Baron et al. ⁸⁷	Gabapentin + lidocaine plaster	PHN, DPN	P, R, C	Positive
Hanna et al. ⁶³	Gabapentin + oxycodone	DPN	P, R, C	Positive
Zin et al. ⁶⁸	Oxycodone + pregabalin	PHN, DPN	P, R, C	No difference
Khoromi et al. ⁵⁴	Morphine + nortriptyline	Lumbosacral radiculitis	P, R, C	No difference
Mercadante et al. ⁵⁵	Morphine + amitriptyline	Neuropathic cancer pain	P, R, C, Crossover	No difference

C, controlled; DPN, diabetic painful neuropathy; P, prospective; PHN, postherpetic neuralgia; R, randomized.

Fonte: Schmelz, 2009

Tabela 4 - Considerações sobre a combinação de fármacos na DN

A abordagem terapêutica deve assim ser feita por etapas, segundo um processo de ensaio-erro, com o intuito de se identificar o fármaco ou combinação de fármacos que oferece o maior alívio da dor e menos efeitos adversos num dado doente, usando as doses eficazes mais baixas (Morais, 2010). A terapêutica combinada tal como se referiu anteriormente pode

permitir um alívio mais rápido, mas deve ser ponderada em razão de efeitos adversos adicionais, interações dos fármacos, custo aumentado e adesão terapêutica diminuída devido ao regime terapêutico ser mais complexo (Fear, 2010; Morais, 2010).

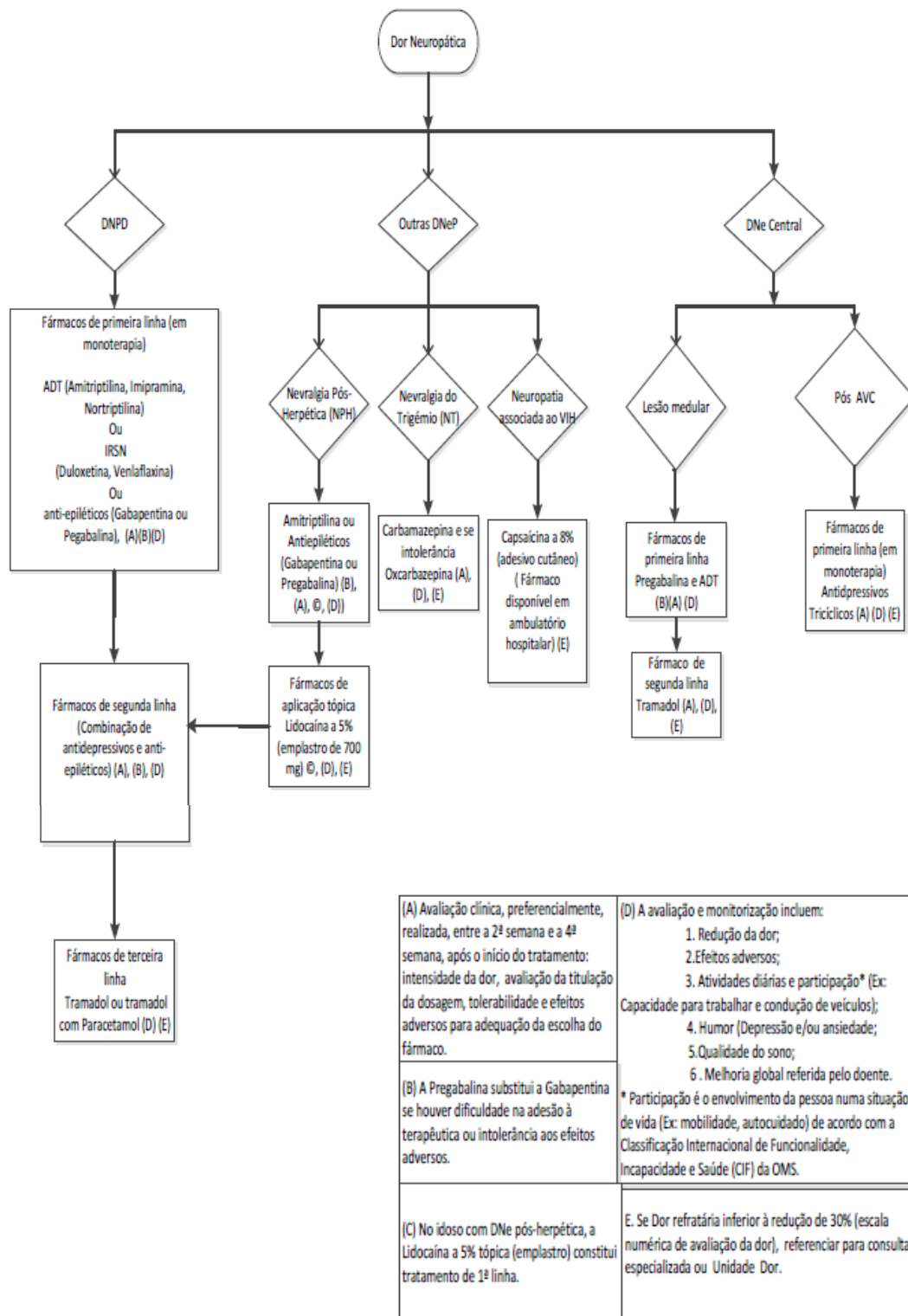
As tabelas abaixo referenciadas resumem as considerações sobre a seleção e prescrição da medicação para o tratamento de DN.

ETIOLOGIA DE DOR NEUROPÁTICA	Eficácia NÍVEL A	Eficácia NÍVEL B	Eficácia NÍVEL C	RECOMENDAÇÕES 1ª LINHA	RECOMENDAÇÕES 2ª e 3ª LINHA	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	OBSERVAÇÕES
Dor Central Lesão Medular e Status pós AVC	Pregabalina	ADT Tramadol		Gabapentina Pregabalina ADT	Tramadol	DGS - Norma n.º 043/2011 de 23/12/2011 atualizada a 28/10/2014.	
Neuropatia por VIH				Capsaicina 8% (patch transdérmico)		DGS* - Norma n.º 043/2011 de 23/12/2011 atualizada a 28/10/2014. IASP** - "Painful HIV-Associated Sensory Neuropathy" - (2010) IASP*** - "Pharmacological Management of Neuropathic Pain" - (2010)	Poucos fármacos têm uma robusta evidência científica da sua aplicação na Neuropatia associada ao VIH.* Além disso, não é correto extrapolar dados de eficácia clínica ou de ensaios clínicos randomizados realizados em outras doenças associadas a DN. Na N. por VIH, os resultados com Amitriptilina, Lidocaína tópica, gabapentina, pregabalina têm apresentado resultados ineficazes. Apenas a Lamotrigina, o cannabis fumável e mais recentemente os patches 8% de capsaicina demonstram moderados efeitos no alívio da dor.** De salientar que se a dor for refratária inferior à redução de 30% (escala numérica de avaliação da dor), deve-se referenciar a pessoa para consulta especializada ou Unidade de dor.*
NPH (Nevralgia pós Herpética)	Capsaicina 8% (patch transdérmico) Lidocaína 5% (patch transdérmico) Gabapentina ou Pregabalina* ADT	Capsaicina creme		Capsaicina Gabapentina Pregabalina Lidocaína 5% ADT		DGS - Norma n.º 043/2011 de 23/12/2011 atualizada a 28/10/2014.	(*) A Pregabalina substitui a Gabapentina se houver dificuldade na adesão à terapêutica ou intolerância aos efeitos adversos.
DNPD (Dor Neuropática Periférica Diabética)	Duloxetine Gabapentina Pregabalina ADT Tramadol+ Paracetamol Venlafaxina		Carbama zepina	Duloxetine Gabapentina Pregabalina ADT Venlafaxina	Tramadol(*)	DGS - Norma n.º 043/2011 de 23/12/2011 atualizada a 28/10/2014.	(*) Tramadol, primeira linha no doente com agudização de dor, especialmente em combinação com Paracetamol

Adaptado de DGS recomenda na sua Norma n.º 043/2011 de 23/12/2011

Dor Fantasma	Embora existindo diversos estudos relacionados com a Dor do "Membro Fantasma" causada por amputação, a sua evidência é ainda limitada para se fazerem recomendações clínicas para o seu tratamento. Talvez por este motivo haja inexistência de informação sobre o tratamento deste tipo de Dor na norma da DGS n.º 043/2011 de 23/12/2011, apesar da mesma ter sido atualizada a 28/10/2014. No entanto mesmo com pouca evidência atual, é necessário não ignorar que em alguns estudos feitos, se descrevem benefícios no alívio desta dor com certos fármacos, nomeadamente os seguintes⁴: • Receptores dos Antagonistas do NMDA. • Anticonvulsivantes. • Antidepressivos Tricíclicos, Antidepressivos SSRIs • Calcitonina (mais indicado na dor aguda) • Opióides (dor forte a moderada, sendo que a buprenorfina e a naloxona poderão representar uma opção tomar principalmente nos casos refratários (com persistência de dor). De salientar que ainda assim se considera correto e recomendável que se utilize no tratamento da Dor do Membro Fantasma, o que se aconselha para a Dor Neuropática no geral. A- "Advances in the Treatment of Phantom Limb Pain", AMPUTEE REHABILITATION (JR FICKE, SECTION EDITOR), Dean H. Hommer • John P. McCallin • Brandon J. Goff (2014)
---------------------	---

Tabela n.º 5 - Opções terapêuticas sugeridas de acordo com o síndrome presente



Fonte: Norma n.º 043/2011 - DGS

Fig. 5 - Algoritmo apresentado pela para o Tratamento Farmacológico da DN

Na DN é ainda importante esclarecer a possibilidade da existência de pessoas com DN refractária, ou seja a DN que é persistente e cujo alívio da dor não ocorre com tratamentos geralmente recomendados como os de 1ª e 2ª linha de ação (Torrance et al, 2008).

De acordo com a DGS (Circular Normativa nº9/ DGCG, 14/06/2003) citado igualmente na norma n.º043/2011, considera-se dor refratária ao tratamento da dor neuropática, se o seu alívio for inferior a 30% na escala numérica (0-10) de avaliação da intensidade da Dor .

Nestes casos a conduta terapêutica passará também por métodos não farmacológicos de lidar com a dor.

As medidas não farmacológicas utilizadas no tratamento da dor podem ser classificadas de diferentes maneiras, nomeadamente: físicas, cognitivas e comportamentais. Como exemplos descrevem-se os seguintes: a meditação, o relaxamento progressivo, a respiração rítmica, biofeedback, estimulação elétrica transcutânea do nervo (TENS), a hipnose, terapia musical, acupunctura e a utilização do quente e do frio (estimulação cutânea).

Segundo Cruccu et al (2010) a medicina física e de reabilitação é também um importante complemento da terapia farmacológica, estando associada a uma rápida melhoria e diminuição significativa da dor do que o tratamento farmacológico isolado. A prestação de cuidados de reabilitação, deve ser sempre que possível realizada por: médicos, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, enfermeiros e até outros profissionais da área da saúde ou outras pessoas (por exemplo, cuidadores) a quem se tenham feito ensinamentos e fiquem capacitados para o fazerem. O importante é sempre promover medidas de prevenção e alívio da dor.

Quanto aos cuidados a desempenhar estes podem incluir: mobilizações ativas e passivas, a aplicação de calor, gelo, ultra-som, assim como a estimulação elétrica, a massagem, a dessensibilização tátil, hidroterapia, mobilização correctiva de postura e ergonómica.

Segundo a Orientação n.º 001/2014 de 10/04/2014, emitida pela DGS, outro tipo de cuidados a prestar na pessoa portadora de DN diz respeito às intervenções psicossociais. Estas devem passar pela:

- a) A educação do doente (por exemplo através de leituras, demonstrações, folhetos, jornais ou apresentação de vídeos), tendo em conta que pode melhorar o seu comportamento, a atitude perante a dor e a adesão à terapêutica, com um impacto positivo nos resultados;
- b) A terapêutica cognitivo-comportamental que tem como objetivo melhorar o autocontrolo e as funções física e emocional;
- c) As várias técnicas de *biofeedback* e relaxamento, que visam treinar o doente no controlo de funções involuntárias como a atividade autonómica e o tónus muscular, bem como a hipnose e a meditação () podem aumentar os níveis endógenos de endorfinas e atuar sobre os mecanismos cerebrais de controlo da dor Gustorff et al, (2008); Baron e Tolle, (2008), citado por Mindruta, Cobzaru e Bajenaru (2012). As vantagens e desvantagens de cada método são expostas na tabela abaixo (n.º6).

Tabela n.º 6 – Vantagens e desvantagens dos métodos não farmacológicos

Medida não Farmacológica	Vantagens	Desvantagens
Medidas de Relaxamento Biofeedback Distração	Pode reduzir a dor e a ansiedade. Não está associada a efeitos secundários como alguns fármacos. Não são métodos dispendiosos, nem requerem nenhum material específico para a sua aplicação.	Os pacientes devem ter vontade e capacidade de querer usar este tipo de estratégia. É necessário despendir algum tempo para ensinar os utentes a ter este tipo de medidas.
Psicoterapia Hipnose	Pode reduzir a dor e a ansiedade nas pessoas que têm mais dificuldade no controlo das mesmas.	Requer um terapeuta especialista neste ramo.
Estimulação da pele (massagem e aplicação superficial de frio ou quente)	Permite reduzir espasmos, sinais inflamatórios e dor. Pode ser usado como juntamente com terapêutica farmacológica. Dá ao doente uma sensação de controlo da dor.	A aplicação do quente pode aumentar o risco de lesões, edema e hemorragia. A aplicação do frio está contra-indicada em alguns casos como a hipersensibilidade.
Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS)	Pode reduzir a dor sem efeitos secundários associados.	Requer uma aplicação por parte de profissionais com conhecimento. Pode estar associado o risco de hemorragia e infeção.
Aromaterapia	Tem um efeito analgésico, sedativo e de relaxamento.	Pode ser causador de insónia.
Acupunctura	Pode reduzir a dor sem efeitos secundários associados.	Requer um terapeuta especialista neste ramo.

Fonte: Mindruta, Ana-Maria Cobzaru and Ovidiu Alexandru Bajenaru

Outra alternativa de tratamento diz respeito ao tratamento invasivo, como por exemplo, a estimulação espinhal e do córtex motor ou cirurgia ablativa, sendo esta última menos recomendada por possibilidade de danos nervosos adicionais. Este tipo de intervenções são realizadas no ramo da neurocirurgia. Freynhagen e Bennett, (2009).

Por ultimo e em suma, é importante considerar que sejam quais forem os objetivos do tratamento deve-se ser o mais realista com a pessoa, uma vez que o alívio completo da dor nem sempre é fácil, nem tão pouco rápido. Assim, deve-se discutir formas de tratamento de modo franco com uma linguagem simples e adaptada ao doente. A pessoa deverá também ser incentivada a partilhar as suas expectativas e receios de modo a que o profissional de saúde o possa ajudar o máximo e assim criar um plano de cuidados individual e personalizado para cada pessoa, modificando-o sempre que assim seja necessário. Perante esta conduta é muitas vezes importante traçar objetivos a alcançar “por patamares” de modo a incentivar a pessoa o máximo possível. Por exemplo, na pessoa com ombro doloroso devido a AVC isquémico, primeiro deve-se tentar reduzir a dor do local afetado, para depois se atuar na melhoria da mobilização do membro, tendo como objetivos posteriores a pessoa tornar-se progressivamente mais autónoma e assim regressar a casa e ao seu trabalho. Esta abordagem permite “ver a meta como pano de fundo” mas trabalhando por etapas, para que a pessoa não desmotive e queira logo antecipar muito rapidamente o desfecho de uma melhoria que não será assim tão rápida.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

Estudo descritivo, experimental de caracter longitudinal e abordagem quantitativa.

3.2 Participantes do estudo/Caracterização da amostra

- **Seleção da Amostra:**

Os participantes foram orientados e informados sobre a finalidade da pesquisa e convidados a assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantido o anonimato dos participantes no estudo. (Anexo III)

A pesquisa foi realizada no período de Abril a Junho de 2013 nos serviços de Medicina A, Medicina B e Unidade de Convalescença do Hospital do Litoral Alentejano (HLA).

Definiu-se como população do presente estudo os doentes admitidos nos Serviços acima mencionados, com registo de dor feito pelo(a) enfermeiro(a) na EVA (Fig.1) e com diagnóstico frequente de Dor Neuropática tal como descrito na Tabela n.º1. De salientar que este tipo de dor tem uma etiologia muito bem definida e a sua fisiopatologia é recorrente para alguns síndromes específicos e, por este motivo, não houve pretensões de se alargar a pesquisa aos utentes sem diagnóstico prevalente para DN.

- **Crítérios de inclusão:**

Definiram-se como critérios de inclusão: idade superior a 18 anos, nível de consciência e orientação mantidos, registo de dor com pontuação ≥ 1 na EVA e Diagnóstico prevalente para DN.

Obteve-se assim, uma amostra de conveniência, com 35 indivíduos.

3.3 Método de recolha de dados

A fim de ser realizada a colheita dos dados, em Abril de 2013 foram consultados todos os processos clínicos dos utentes dos serviços de Medicina A, Medicina B e Unidade de Convalescença do HLA e selecionaram-se os utentes com diagnóstico frequente de Dor Neuropática. Posteriormente, foi pedido aos enfermeiros de cada serviço que facultassem o registo de dor na EVA feito informaticamente no programa (*SClinic*) para que na fase seguinte fosse aplicado a cada doente o Questionário DN4.

Os Questionários foram realizados à cabeceira de cada doente garantindo a sua privacidade. Para este efeito nas enfermarias de duas ou mais camas foi fechada a cortina de modo a individualizar e a criar a privacidade necessária a volta do leito de cada doente.

O instrumento utilizado foi o questionário DN4 – “*Dor Neuropática em quatro Questões*”, traduzido para cultura e língua portuguesa pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto em 2007 com a autorização do autor Bouhassira, Didier.

Foi escolhido este instrumento por ser um dos mais simples, breves e de aplicabilidade prática no contexto da investigação nesta área e por demonstrar ter excelentes propriedades no rastreio/identificação de dor associada a lesões do sistema nervoso (central ou periférico), ter uma muito boa especificidade (90%) e sensibilidade (83%). Este questionário utiliza ferramentas de diagnóstico simples e acessíveis que visam a pesquisa de alterações somatossensoriais, dos quais se destacam os seguintes: toque/vibração; frio, calor, e sensibilidade à dor. A sensibilidade tátil foi avaliada por algodão; a sensibilidade à picada por um palito, a sensibilidade térmica por objetos quentes e frios (frasco de soro aquecido ou luva com gelo), e a sensibilidade vibratória por um diapasão 128Hz. Estas avaliações foram feitas nas áreas corporais em que o utente referia alterações. Relativamente à constituição do questionário, (Anexo I) este é constituído por 10 itens, relacionados com características da dor não nociceptiva. Sete dos itens estão relacionados com as características da dor referidas pelo doente, através de termos descritivos (picada, choque elétrico, queimadura, dormência...) e os três itens restantes resultam do exame físico realizado pelo profissional e procuram identificar a presença de regiões de hipoestesia ao tato e picada ou regiões de alodinia tátil, ou seja dor em resposta a um estímulo não doloroso, neste caso passando uma bola de algodão sobre a pele. Uma pontuação ≥ 4 sugere a presença de Dor Neuropática (tendo uma pontuação máxima de 10).

- **Aspetos Éticos**

Como qualquer projeto de investigação que seja efetuado em humanos é necessário ter em conta todas as questões éticas e morais, sendo para isso necessário sempre manter o seu bem-estar, os direitos e a privacidade das pessoas que participaram na investigação. Em suma, pode dizer-se que os códigos de ética para a investigação foram cumpridos, nomeadamente o direito à autodeterminação, à privacidade, ao anonimato, à confidencialidade dos dados, à sua proteção, prejuízo e por ultimo o direito a um tratamento justo.

Para garantir o cumprimento dos princípios éticos e das normas regulamentares correspondentes, o estudo foi precedido da obtenção de parecer favorável por parte do Conselho de Administração da Unidade de Saúde Local do Litoral Alentejano, sendo posteriormente obtido o consentimento informado por parte de todos os participantes.

3.4 Tratamento dos dados

Os dados recolhidos foram analisados e processados pelo SPSS Statistics 19.0® para Microsoft Windows 7 Starter®.

Na estatística descritiva dos dados, foram calculadas as frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (médias e medianas) e de dispersão (desvio-padrão, mínimo e máximo).

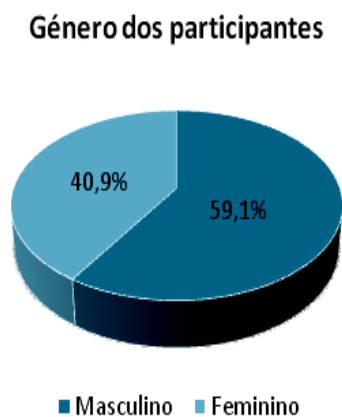
Aplicaram-se os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para as outras (Ferreira-Gomes et al, 2008; Krug et al, 2009). Em todas as análises, a significância estatística foi aceite para um valor de $p < 0,05$.

4. RESULTADOS

4.1 Análise descritiva da amostra

○ Dados sociodemográficos:

A amostra é constituída por 22 indivíduos, 13 do sexo masculino e 9 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 51 e 82 anos, sendo a idade média de 65,6 anos, não diferindo por sexo ($p=0,645$).



Idade			Homens	Mulheres	Total
Média	±	Desvio	64,8	± 66,9	± 65,6
padrão			10,3	10,7	10,3
Mediana			63	61	62,5
Min-Máx			51-79	53-82	51-82

Tabela 7 – Género dos participantes

Gráfico I – Género dos participantes

○ Dados Clínicos:

❖ *Proporção da Dor Neuropática*

Dos 35 doentes referenciados, por síndrome e com registo de Dor na Escala Visual Analógica, 22 apresentaram pontuação no Questionário DN4 **superior a 4**, constituindo assim critérios **sugestivos para Dor Neuropática** em **62,9%** dos doentes referenciados. As proporções da dor neuropática por Serviço encontram-se no **Quadro 1**, onde se constata que a proporção de pessoas com sinais e sintomas sugestivos de Dor Neuropática foi de 42,9% no Serviço de Medicina A, de 57,1% no Serviço de Medicina B e de 78,6% na Unidade Convalescença.

Serviço	Pacientes referenciados		Pacientes >4		DN4
	Nº.	%	Nº.	%	
Medicina A	7	20	3	42,9	
Medicina B	14	40	8	57,1	
U. Convalescença	14	40	11	78,6	
Total	35	100	22	62,9	

Tabela n.º 8 – Proporção da Dor Neuropática por Serviço

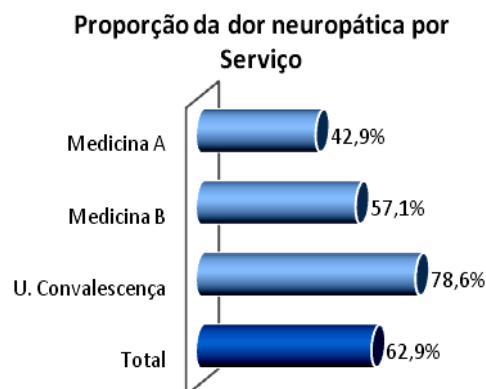


Gráfico II –Dor Neuropática por Serviço

❖ Etiologia da Dor Neuropática

Os síndromes mais prevalentes foram o Status-pós AVC (31,8%) e a Neuropatia Diabética com (27,3%), constituindo estes dois síndromes 59,1% do total dos participantes com pontuação no questionário DN4 >4, e consequentemente com sinais indicativos de presença de DN. A distribuição dos síndromes por Serviço e a sua representação gráfica encontram-se no **Quadro 2**. Não se registaram diferenças na distribuição das síndromes por serviço ($p=0,556$) nem por sexo ($p=0,952$).

Diagnóstico	Serviço						Total	
	Medicina A		Medicina B		Convalescença			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
S.P. AVC	0	0,0	4	50,0	3	27,3	7	31,8
ND	1	33,3	2	25,0	3	27,3	6	27,3
NPH	1	33,3	1	12,5	1	9,1	3	13,6
LM	1	33,3	1	12,5	1	9,1	3	13,6
DMF	0	0,0	0	0,0	2	18,2	2	9,1
NVIH	0	0,0	0	0,0	1	9,1	1	4,5
Total	3	100	8	100	11	100	22	100

Tabela n.º 9 – Distribuição dos Síndromes por Serviço

S.P.AVC – Status pós AVC; ND – Neuropatia Diabética; NPH- Nevralgia pós Herpética; LM – Lesão Medular; DMF – Dor Membro Fantasma; NVIH – Neuropatia associada ao VIH.

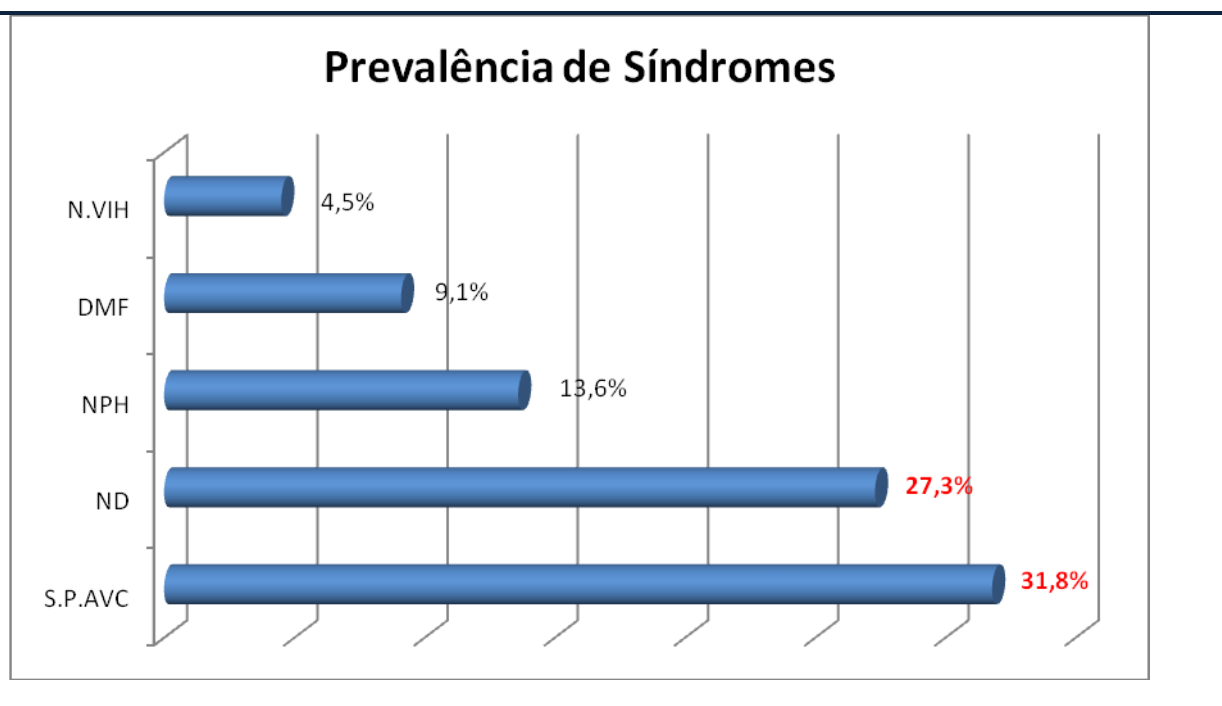


Gráfico III: Distribuição dos Síndromes por Serviço

❖ Tratamento Farmacológico

Todos os doentes da amostra em estudo encontravam-se a fazer medicação para a Dor ou fármacos coadjuvantes para o alívio da DN. Quase todos os doentes faziam associações entre as várias classes farmacológicas citadas na tabela 4.

É importante salientar que estes doentes alteram as suas medicações com frequência. Assim, os dados que se apresentam abaixo estas correspondem apenas às terapêuticas realizadas no momento da aplicação dos questionários.

○ **Proporção de pessoas a realizar fármacos de acordo com o nível de evidência**

Tal como referido anteriormente, na Norma n.º 043/2011 da DGS para que o tratamento farmacológico estabelecido seja eficaz, é necessário ter em conta os níveis de evidência científica de fármacos utilizados para o tratamento da Dor Neuropática. Como tal, de acordo com a tabela n.º 5, analisou-se o número de pessoas que têm prescrito fármacos de

acordo com o nível de evidência descrito nas primeiras 72 horas de internamento (Fig.6) e posteriormente passado uma semana (Fig.7).



Fig.6 - Proporção de pessoas com fármacos prescritos de acordo com cada nível de evidência às 72h de internamento



Fig.7- - Proporção de pessoas com fármacos prescritos de acordo com cada nível de evidência com uma semana de internamento.

Como se pode constatar, tanto às 72 horas de internamento como passado uma semana a maioria das pessoas estava medicada com fármacos da classe de evidência A, ou seja 12 das 22 pessoas às 72 horas de internamento e 10 das 22 pessoas passado uma semana. Deste modo, conclui-se que independente do serviço de cada doente, existe uma conformidade de adequação de prescrição de fármacos de acordo com a norma referida. A única pessoa que se encontrava medicada com fármacos sem evidência descrita, referiu-se a um doente com Neuropatia associada ao VIH, que estava medicada com paracetamol e manteve a sua pontuação quer no grau de dor, de acordo com a EVA (3), quer de acordo com o DN4 (4).

- **Proporção de Fármacos prescritos por pessoa**

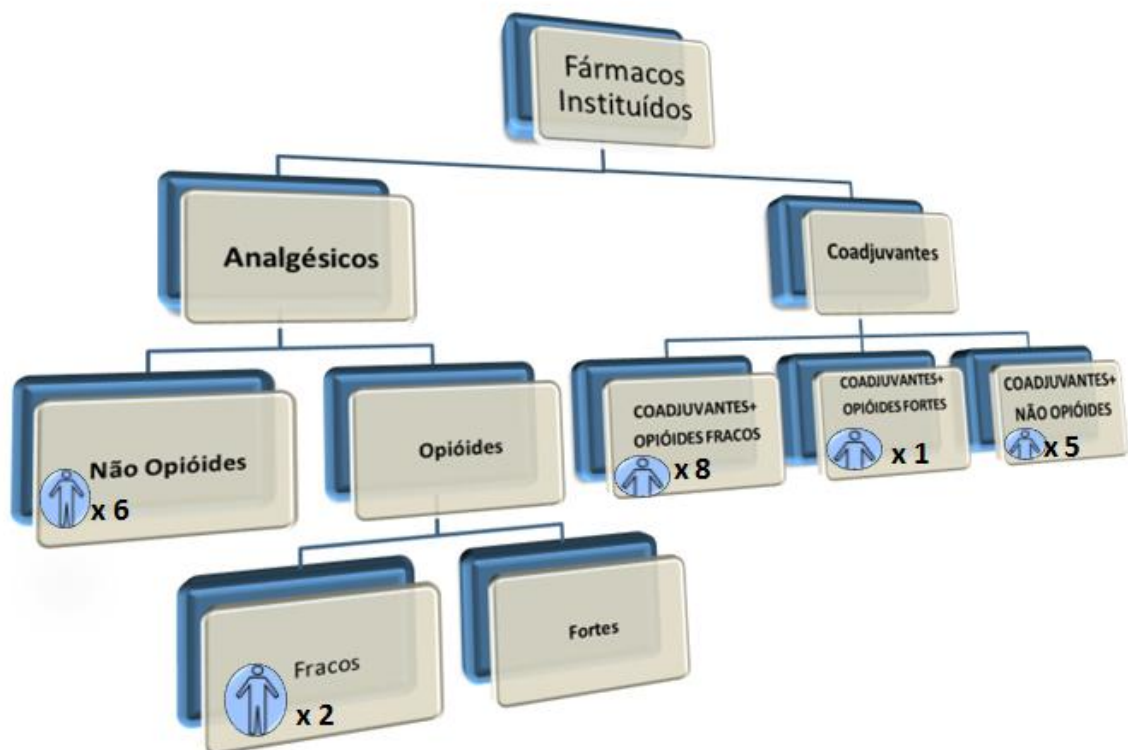


Fig.8 – Número de pessoas correspondente para cada tipo de tratamento farmacológico instituído com 72h de internamento

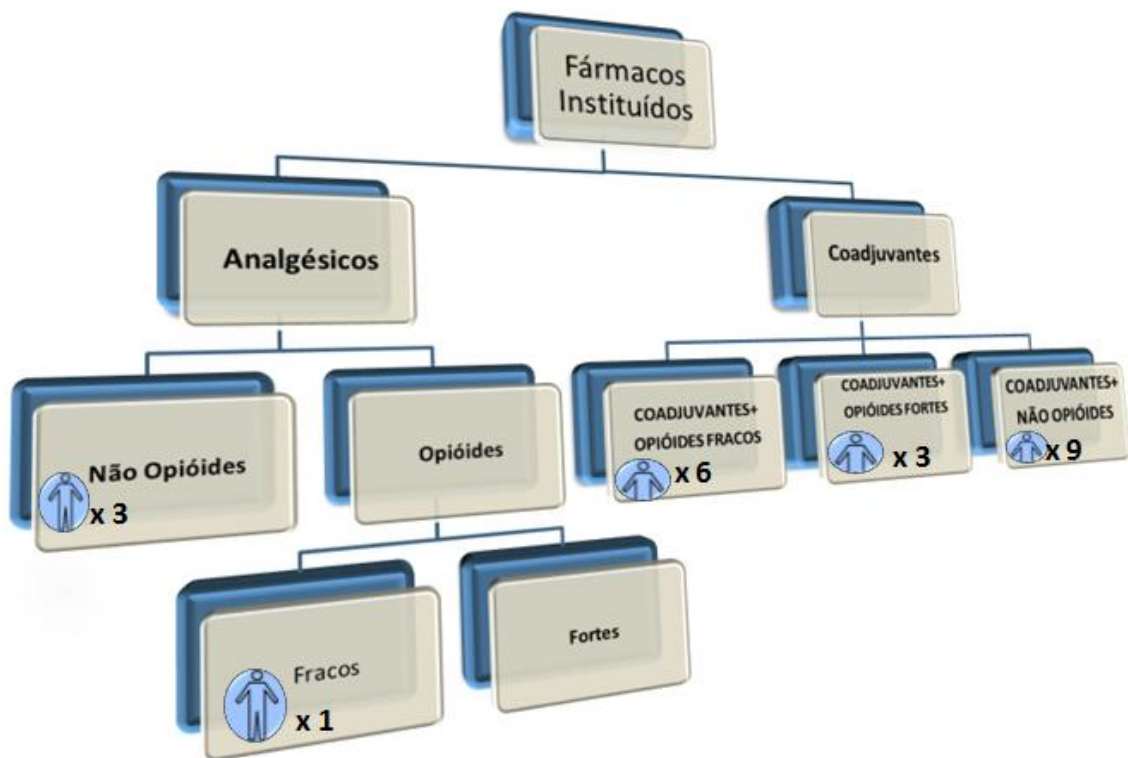


Fig.9 – Número de pessoas correspondente para cada tipo de tratamento farmacológico instituído com uma semana de internamento.

Como se pode verificar houve um aumento da prescrição de fármacos em associação de classes (analgésicos + coadjuvantes) nas pessoas quando internadas após uma semana. Analisando a Fig.8, é possível verificar que às 72 horas de internamento 8 pessoas faziam apenas uma classe de fármacos (Analgésicos) e posteriormente passado uma semana apenas 4 pessoas, (fig.9) se encontravam com monoterapia analgésica. Com a associação de fármacos, verificou-se que nos respetivos doentes ocorreu também a diminuição do seu grau de dor (na EVA) assim como a diminuição da pontuação da escala DN4, o que poderá sugerir que houve alívio da Dor com componente neuropático desses utentes.

❖ Tratamento Não Farmacológico

Apenas foram utilizadas medidas não farmacológicas em 10 dos doentes (47,6%). As medidas mais utilizadas foram as físicas ou periféricas, os cognitivo-comportamentais e as comportamentais. Destacam-se como técnicas físicas e ou periféricas as massagens e a Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea (TENS), como medidas cognitivo-

comportamentais a técnicas de distração e como medidas comportamentais as técnicas de relaxamento, conforme ilustrado no Gráfico IV.

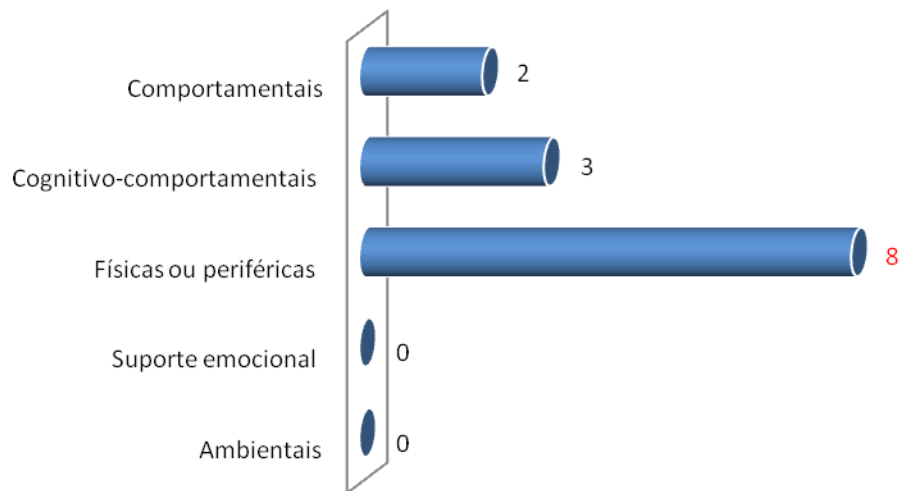


Gráfico IV - Tipo de medidas Não Farmacológicas utilizadas

4.2 Análise dos Resultados/Inferências Estatísticas

No presente estudo foram aplicadas várias provas estatísticas para testar as hipóteses do estudo, nomeadamente as que são abaixo apresentadas.

H₁ – Os resultados do questionário dependem do sexo e da idade do paciente?

O valor médio da pontuação do DN4 não diferiu por sexo ($p_{\text{MANN-WHITNEY}} = 0,888$), apresentando o sexo masculino um valor médio de 5.38 e o feminino de 5.33. Por outro lado, não se encontraram correlações entre a pontuação do DN4 e a idade ($p_{\text{SPEARMAN}} = 0,994$).

H₂ – O resultado do questionário dependem do síndrome da pessoa?

O Quadro 3 mostra os valores médios da pontuação do DN4 por síndrome. Observa-se que o valor médio mais elevado registou-se nas pessoas portadoras de Lesões Medulares, embora esta diferença não tenha significado estatístico ($p_{\text{KW}} = 0.533$).

Síndrome	Pontuação do Questionário DN4		
	$\bar{x} \pm \sigma$	Mediana	Mín.-Máx.
P-AVC	5,43 $\pm$ 0,98	5	4-7
ND	5,17 $\pm$ 0,75	5	4-6
NPH	5,00 $\pm$ 1,00	5	4-6
LM	6,33 $\pm$ 1,16	7	5-7
DMF	5,50 $\pm$ 0,71	5,5	5-6
NVIH	5,36	-	-

Tabela n.º 10 – Resultado do DN4 de acordo com o síndrome de cada pessoa

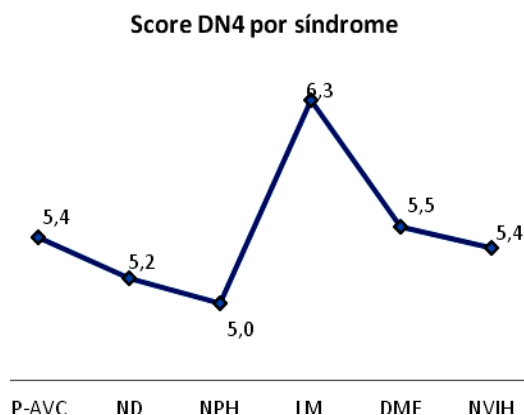


Gráfico V – Resultado do DN4 de acordo com o síndrome de cada pessoa

H₃ – Houve diminuição dos sinais indicativos de Dor Neuropática (com redução de pontos no DN4) após uma semana de internamento?

Comparando o valor médio da pontuação do DN4 aplicado às 72h de internamento (Antes) e após uma semana (Depois), verificamos que a média é de 5,36 para o Antes e de 4,05 para o Depois. Para avaliar a eficácia das terapias no estudo da Dor com componente Neuropática, recorreu-se ao teste não paramétrico de Wilcoxon., observando-se uma redução significativa da pontuação de DN4 no momento das 72 h de internamento (Antes) para a pontuação obtida após uma semana (Depois) ($p=0,001$). A Fig.11 ilustra a distribuição das pontuações observadas Antes e Depois.

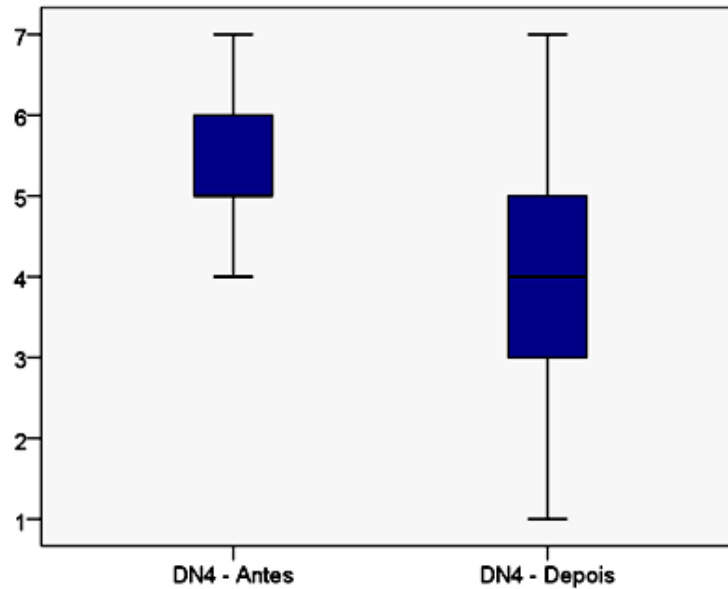


Gráfico VI - Diagrama de extremos e quartis da frequência da pontuação do DN4 Antes vs. Depois.

As diferenças observadas são estatisticamente significativas ($\bar{S}_+ = 7.50$; $\bar{S}_+ = 0,0$; $Z = -3.329$; valor- $p = 0.000$; $N = 22$).

Note-se que 8 dos utentes deixaram de ter Dor com componente Neuropática ($DN4 < 4$) após uma semana de internamento.

H₄ – A diminuição da pontuação no questionário DN4 está relacionada com o Síndrome do doente?

Analisando a diferença das pontuações por patologia, verificamos que houve uma diminuição da pontuação em todos os síndromes, conforme se pode verificar na Fig.12. Note-se que estas diminuições são significativas para as Síndromes de Status-pós AVC ($p = 0.031$) e para a Neuropatia Diabética ($p = 0.031$).

Síndrome	Valores médios DN4		
	72 h	1 semana	Valor-p
P-AVC	5.43	3.86	<0,05
ND	5.17	3.67	<0,05
NPH	5.00	4.33	n.s.
LM	6.33	5.00	n.s.
DMF	5.50	4.00	n.s.
NVIH	4.00	4.00	-

Tabela n.º 11 – Frequência da pontuação do DN4 Antes vs. Depois por cada Síndrome.

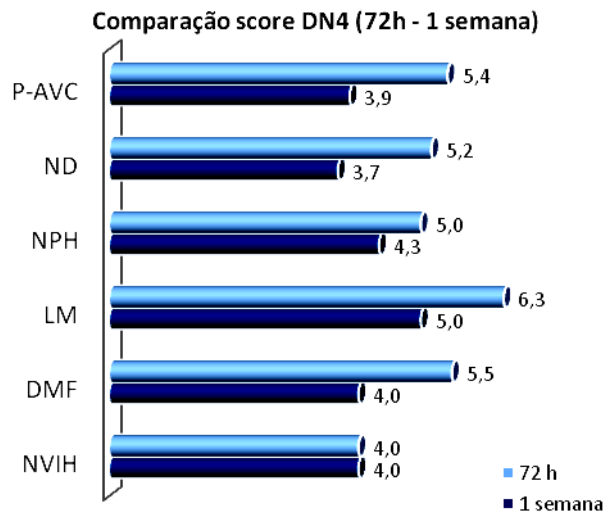


Gráfico VII – Frequência da pontuação do DN4 Antes vs. Depois por cada Síndrome.

H₅ – A eficácia no uso de medidas Não Farmacológicas depende do síndrome da pessoa?

O uso de medidas não farmacológicas mostrou-se independente do síndrome do doente ($p_{\text{QUI}} = 0,416$), embora o seu uso esteja presente em todos os pacientes com Diagnóstico de Lesão Medular, tal como descreve a figura abaixo.

Síndrome	Medidas Não Farmacológicas				
	Não		Sim		Total
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.
Pós AVC	4	57,1	3	42,9	7
ND	4	66,7	2	33,3	6
NPH	2	66,7	1	33,3	3
LM	0	0,0	3	100	3
DMF	1	50,0	1	50,0	2
NVIH	1	100	0	0,0	1
Total	12	54,5	10	45,5	22

Tabela n.º 12 – Relação entre Medidas Não Farmacológicas aplicadas e Síndrome

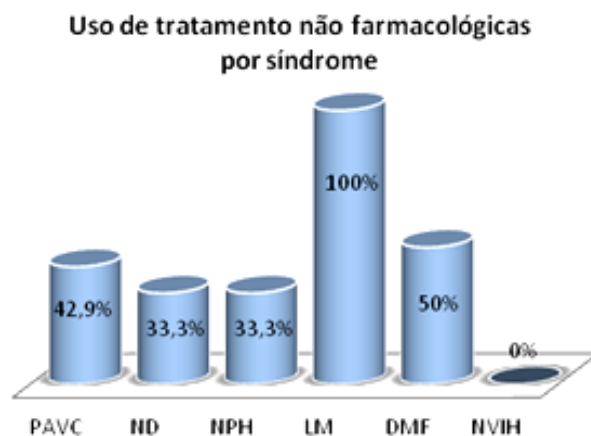


Gráfico VIII – Relação entre Medidas Não Farmacológicas aplicadas e Síndrome

H₆ – O uso de medidas não farmacológicas depende da pontuação no Questionário DN4?

A aplicação de medidas não farmacológicas mostrou-se independente do resultado do questionário DN4 ($p=0,736$) e o Quadro 4 mostra a distribuição da utilização das medidas não farmacológicas por cada síndrome e por cada pontuação demonstrada no DN4.

Pontuação DN4	Uso de Medidas Não farmacológicas				Total
	Não		Sim		
	Nº.	%	Nº.	%	
4	3	75,0	1	25,0	4
5	5	55,6	4	44,4	9
6	3	50,0	3	50,0	6
7	1	33,3	2	66,7	3
Total	12	54,5	10	45,5	22

Tabela n.º 13 – Uso de medidas não farmacológicas por síndrome e por pontuação obtida no DN4

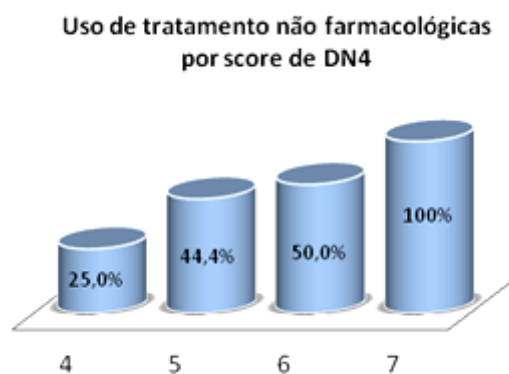


Gráfico IX – Uso de medidas não farmacológicas por síndrome e por pontuação obtida no DN4

5. DISCUSSÃO

5.1 Interesse do estudo

A DN é um problema de saúde pública que se encontra ainda pouco estudada a nível nacional, sendo a sua prevalência em Portugal ainda desconhecida. (DGS,2014) Somatoriamente suspeita-se que este tipo de Dor esteja subdiagnosticada e subtratada (Eisenberg, 2006). Estes factos revelam por si só o interesse deste estudo, que apesar de possuir uma amostra reduzida, revelou pertinência na medida em que deu a conhecer a aplicação de um instrumento para a rastreabilidade da DN, que permite a auxiliar na distinção entre Dor Nociceptiva e Não-Nociceptiva, dando-se posteriormente a conhecer alguns dados sobre o tratamento aplicado, que é também como foi referido anteriormente difícil, não existindo um único tratamento que funcione para todas as condições e para os seus mecanismos subjacentes.(Grunenthal, s/data)

5.2 Discussão dos resultados obtidos no questionário

Analizando os dados dos doentes admitidos nas unidades de internamento em estudo, verificou-se que 59,1% eram do género masculino, o que corresponde a 13 Homens de uma amostra de 22 pessoas, não se podendo, dado a pouca diferença significativa, tirar conclusões que permitam fazer qualquer tipo de inferência sobre este facto.

Quanto à média obtida de idades, obteve-se o valor de 65,6 anos. Também em outros estudos se têm obtido amostras, na sua maioria em pessoas com mais de 60 anos. No estudo de McDermott et. al (2006) de uma amostra de 602 pessoas, aplicado em seis países da Europa, obteve-se uma média de idades de 62,9 anos.

Segundo Schmader, et. al (2010) os idosos têm maior risco de Dor Neuropática, visto que a incidência de muitos dos síndromes que causam este tipo de dor aumenta com a idade, como por exemplo o Diabetes Mellitus tipo II, o Herpes Zooster, a Amputação de membros e o AVC.

Quanto à proporção de utentes com Dor Neuropática por serviço de internamento avaliado, a Unidade de Convalescença foi aquela em que se obteve uma maior percentagem de pessoas (78,6%). Este resultado poderá estar relacionado com o facto deste ser o serviço que mais recebe doentes de serviços cujo diagnóstico de admissão poderá estar associado a

causa de desenvolvimento de DN, como por exemplo o serviço de cirurgia que referencia doentes com diagnóstico de Status pós amputação após a sua fase agudizada de doença.

No que diz respeito a síndromes mais prevalentes, estes foram o Status-pós AVC (31,8%) e a Neuropatia Diabética com (27,3%).

Tal como se tem referido ao longo deste trabalho, embora as prevalências nacionais sejam ainda uma incógnita, estudos noutros países têm sido desenvolvidos de acordo com cada síndrome, e os resultados obtidos descrevem também prevalências semelhantes.

Num estudo observacional com 15638 pessoas no Reino Unido em 2011, a prevalência de pessoas com sinais de dor neuropática foi de 5311, o que corresponde a 34% da amostra. Abbot, et al (2011).

Relativamente ao AVC, a DN pode estar presente em mais de 50% dos casos de dor pós-AVC segundo Nicholson (2004), citado por Galvão (2005). A DN na pessoa que teve AVC causa um grande e sério compromisso da sua reabilitação. Bykov (2012).

No que diz respeito ao tipo de Tratamento Farmacológico instituído, constata-se que tanto às 72 horas de internamento como passado uma semana a maioria das pessoas estava medicada com fármacos da classe de evidência A, ou seja 12 das 22 pessoas às 72 horas de internamento e 10 das 22 pessoas passado uma semana. Deste modo, conclui-se que independente do serviço de cada doente, existe uma conformidade de adequação de prescrição de fármacos de acordo com a norma referida. A única pessoa que se encontrava medicada com fármacos sem evidência descrita, referiu-se à pessoa com Neuropatia associada ao VIH, que estava medicada com paracetamol e manteve a sua pontuação quer no grau de dor, de acordo com a EVA (3), quer de acordo com o DN4 (4).

Quanto à classe de fármacos (Analgésicos ou Coadjuvantes), verificou-se que houve um aumento da prescrição de fármacos em associação de classes (Analgésicos + Coadjuvantes) nas pessoas quando internadas mais de uma semana. Analisando a Fig.8, é possível verificar que às 72 horas de internamento 8 pessoas se encontravam com prescrição de somente uma classe de fármacos (Analgésicos) e posteriormente passado uma semana, apenas 4 pessoas, (fig.9) se encontravam com monoterapia analgésica. Com a associação de fármacos, verificou-se que nos respetivos doentes ocorreu também a diminuição do seu grau de dor (na EVA) assim como a diminuição da pontuação da escala DN4, o que poderá sugerir que houve alívio da Dor com componente neuropático desses utentes. A monoterapia de fármacos na DN encontra-se associada a uma eficácia limitada e a efeitos secundários relacionados com a dosagem. A combinação de dois ou mais medicamentos diferentes, como o caso dos

adjuvantes com analgésicos, pode melhorar a eficácia analgésica e, em algumas situações, reduzir os efeitos secundários em geral. Chaparro, et al. (2012).

Quanto a medidas não farmacológicas embora estas sejam muito importantes e complementares ao tratamento farmacológico instituído, apenas se verificou que em 10 pessoas se prestava este tipo de cuidados, dos quais se destacaram as técnicas físicas ou periféricas, nomeadamente massagem e uso de TENS (usadas em 8 pessoas). O facto de não ser mais aplicado nos utentes pode estar relacionado não com o sucesso da sua intervenção (visto nenhuma das pessoas ter aumentado o seu grau de dor na EVA ou aumento de pontuação no DN4), mas sim devido ao tempo de aplicabilidade que estas medidas exigem na prestação de cuidados, tendo em conta por vezes, o rácio elevado de utentes que cada profissional de saúde tem a seu cargo durante o turno.

5.3 Limitações do estudo

Uma das principais limitações deste estudo é a dimensão da amostra, o que implica um menor poder estatístico e, portanto, uma menor capacidade de extrapolação dos dados. Além disso, este é um estudo longitudinal curto, com apenas duas avaliações, não sendo aplicado de forma continuada ou em avaliações em períodos mais alargados. Foram, também, sentidas algumas dificuldades na aplicação dos questionários: a morosidade no preenchimento e a necessidade, por vezes, de adequação da linguagem à heterogeneidade sociocultural da amostra. Conjuntamente, é importante salientar que pode ter ocorrido algum fenómeno de discretização, pela tentativa de respostas socialmente aceites.

Outra limitação do estudo diz respeito à seleção da amostra, sendo que a seleção não foi feita de modo aleatório. Esta limitação pode influenciar os resultados do estudo em dois sentidos. Primeiro, pode dizer-se, neste caso, que se tratou de um processo de amostragem não probabilística do tipo accidental, ou seja, uma amostra constituída por indivíduos facilmente acessíveis e presentes num determinado momento. Assim sendo, este trata-se de um estudo com desenho quasi-experimental, tendo em conta que controla algumas, mas não todas as fontes que afectam a sua validade interna (Freixo, 2010).

Relativamente à dimensão da amostra, esta deve ter dimensão suficiente para detetar diferenças estatísticas, e deve ser tido em conta o objetivo do estudo, a homogeneidade do

fenómeno, as técnicas estatísticas utilizadas, o nível de significação e a capacidade do instrumento utilizado. A pequena dimensão desta amostra constitui numa limitação ao estudo.

6.CONCLUSÃO

Enquanto enfermeira, o que me foi possível apreender ao longo da minha experiência de trabalho na tentativa de ajudar os doentes no alívio da Dor Neuropática, foi que nem sempre é fácil implementar cuidados eficazes no tratamento deste tipo de Dor.

Embora já existam evidências da eficácia conjunta de tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, estes nem sempre são aplicados em concomitância, o que se poderá traduzir numa diminuição da qualidade de vida da pessoa, com consequente desmotivação para recuperação do seu processo de doença atual. Desta forma, atividades diárias tão básicas como o sono, o deambular e até as relações interpessoais são prejudicadas por este tipo de dor, que é por si só, uma doença com sinais e sintomas muito específicos e causadores de grande sofrimento como a sensação de queimadura, as picadas ou os choques elétricos. É nesta base que deve surgir o trabalho de equipa e multidisciplinar, o qual permitirá envolver profissionais de diferentes áreas (fisiatras, neurologistas, médicos especializados em Dor e outros médicos, seja qual for a sua especialidade, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, enfermeiros especialistas e não especialistas, assistentes operacionais) assim como cuidadores informais, para que em conjunto possam desempenhar cuidados à pessoa portadora de DN de forma holística.

Quanto ao uso do questionário DN4, estou certa que a sua aplicação é uma mais-valia para qualquer profissional de saúde, sendo um suporte fundamental para reforçar a sua capacidade de decisão durante a prestação de cuidados, disponibilizando também um meio de desenvolvimento de mais estudos científicos nesta área.

6.1 Projetos futuros

No futuro gostaria de continuar com esta linha de investigação, tendo em conta que seria interessante um alargamento da amostra, incluindo doentes de mais Hospitais de modo a estudar a prevalência da Dor com componente neuropática a nível nacional.

Pretende-se também dar mais a conhecer na USLA a aplicabilidade do instrumento DN4 para o rastreio de doentes com síndrome prevalente para a DN, de modo a detetar esta doença o mais precocemente possível.

BIBLIOGRAFIA:

Abbott C., Malik R., Van Ross E., Kulkarni J. e Boulton A. (2011). Prevalence and Characteristics of Painful Diabetic Neuropathy in a Large Community-Based Diabetic Population in the U.K. *Diabetes Care*, vol. 34, 2220-24

Andre, P., Stump, G., Dalben, G. (2012). Mechanisms and clinical management of pain. São Paulo: *Braz Oral Res.*, 26, Spec Iss 1, pp.115-119.

Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2007) Questionários sobre Dor Crónica. *DOR*, 4, Vol.15.

Attal, N., Fermanian, C., Fermanian, J., Lanteri-Minet, M., Alchaar, H., Bouhassira, D. (2008). Neuropathic pain: are there distinct subtypes depending on the aetiology or anatomical lesion? *Pain.*, 138, Vol.2, pp. 343-53.

Baron, R. (2006). Diagnosis and Treatment of Neuropathic Pain. *Dtsch Arztebl*, 103, Vol.41, pp.2720–2730.

Baron, R., Tolle, TR. (2008). Assessment and diagnosis of neuropathic pain. *Curr. Opin. Support Palliat Care*, 2, pp.1-8.

Baron, R, Binder, A., Wasner, G. (2010). Neuropathic pain: diagnosis, pathophysiological mechanisms, and treatment. *Lancet Neurol.* 9 Vol. 8, pp.:807-819.

Bendszus, M., Wessig, C., Solymosi, L., Reiners, K., Koltzenburg, M. (2004). MRI of peripheral nerve degeneration and regeneration: correlation with electrophysiology and histology. *Exp Neurol*, 188, pp. 171-177.

Bennett, M.I., Attal, N., Backonja, M.M. et al (2007). Using screening tools to identify neuropathic pain. *Pain*, 127, pp. 199-203.

Bidarra, A.P. (2010). *Vivendo com a Dor: O cuidador e o doente com dor crónica oncológica*, Tese de Mestrado. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa. Instituto de Formação Avançada, Curso de Mestrado em Ciências da Dor. Acedido em 12/11/14, disponível em:

http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1921/1/591852_Tese.pdf

Bykov, Y. (2014) Clinical Features and Complications of Acute Stroke Gabapentin in the Treatment of Patients with Neuropathic Pain after Stroke. *Neurology® journal of the American Academy of Neurology*. (2014). Acedido em 5/10/14, disponível em:

http://www.neurology.org/cgi/content/meeting_abstract/78/1_MeetingAbstracts/P01.019

Bouhassira, D., Lanteri-Minet, M., Attal, N, Laurent, B, Touboul, C. (2008). Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*, 136, pp. 380-387.

Campbell, J.N., Meyer, R.A. (2006). Mechanisms of neuropathic pain. *Neuron*, 52, pp. 77-92.

Center for Drug Evaluation and Research [CDER]. (2014). Guidance for Industry Analgesic Indications: Developing Drug and Biological Products. Acedido em 10/11/14, disponível em:

<http://www.fda.gov/downloads/drugs/guidancecomplianceregulatoryinformation/guidances/ucm384691.pdf>

Chaparro, L., Wiffen, P., Moore, R. e Gilron, I. (2012). Combinaton pharmacotherapy for the treatment of neuropathic pain in adults. Acedido em 10/11/14, disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22786518>

Circular Normativa nº 09/DGCG de 14/06/2003, *A Dor como o 5º sinal vital*.

Canadian Medical Association (CMAJ) , Herpes Zooster (2006). Acedido em 20/11/2014, disponível em:

<http://www.cmaj.ca/content/175/3/265/F1.large.jpg>

Comissão Nacional para o Controlo da Dor (2010). Relatório de Actividades de Janeiro a Julho de 2010.

Cruccu, G., Anand, P., Attal, N., Garcia-Larrea, L., Haanpää, M., Jorum, E. *et al.* (2004). EFNS guidelines on neuropathic pain assessment. *European Journal of Neurology*, 11, pp.153-162.

Cruccu, G., Truini, A. (2009). Tools for assessing neuropathic pain. *PLoS Med*, 6, e1000045.

Cruccu, G., Sommer, C., Anand, P., Attal, N., Baron, R., Garcia-Larrea, L. *et al.* (2010). EFNS guidelines on neuropathic pain assessment: revised 2009. *European Journal of Neurology*, 17, pp.1010-1018.

Direção Geral de Saúde – DGS. (2013). *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor* (PENPCDor), de 30 de outubro de 2013. Acedido em 5/10/14, disponível em: <http://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx>

Direção Geral de Saúde – DGS. (2014). Norma 043/2011, de 23/12/2011 alterada a 28/10/2014. Acedido em 8/11/14, disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0432011-de-23122011.aspx>

Dworkin, R.H., Backonja, M., Rowbotham, M.C., Allen, R.R., Argoff, C.R., Bennett, G.J. *et al.* (2003). Advances in neuropathic pain: diagnosis, mechanisms, and treatment recommendations. *Arch Neurol*. 60, Vol.11, pp-1524-1534.

Dworkin ,R.H., O'Connor, A.B., Backonja, M., *et al.* (2007). Pharmacologic management of neuropathic pain: evidence based recommendations. *Pain*,132, pp. 237-251.

Dworkin, R.H., O'Connor, A.B., Audette, J., *et al.* (2010) Recommendations for the pharmacological management of neuropathic pain: an overview and literature update. *Mayo Clin Proc*, 85, pp. 3-14.

Eisenburg, E. (2006). Management of Neuropathic Pain. *European Neurological Disease*, pp. 20-23. Acedido em 19/11/14, disponível em:

<http://www.touchneurology.com/system/files/private/articles/8290/pdf/eisenburg.pdf>

Fazen L.E., Ringkamp, M. (2007) The pathophysiology of neuropathic pain: A review of current research and hypotheses. *Neurosurgery Quarterly*, 17, pp. 245-262.

Fear, C. (2010) Neuropathic pain: clinical features, assessment and treatment. *Nursing Standard*. 25-6, pp. 35-40.

Ferreira-Gomes, J., Adaes, S., Castro-Lopes, J.M. (2008). Assessment of movement-evoked pain in osteoarthritis by the knee-bend and CatWalk tests: a clinically relevant study. *Pain*, 9, pp. 945-954.

Fink., R. (2000). Pain assessment: the cornerstone to optimal pain management. *Univ. Med. Cent.*, 13, Vol.3, pp. 236–239.

Freixo, M. (2010). Metodologia científica: fundamentos, métodos e técnicas. 2ª edição. Lisboa: Instituto Piaget, 2010.

Freyenhagen, R., Bennett, M. (2009) Diagnosis and management of neuropathic pain. *BMJ* 339, pp.b3002.

Galluzzi, KE.(2007). Managing neuropathic pain. *J Am Osteopath Assoc.*, 107, pp. 39-48.

Grunenthal Portugal, (Sem Data). Dor Neuropática – sistema nervoso lesado. Acedido a 10/11/14, disponível em: <http://www.grunenthal.pt/grt-web/>

Grunenthal_Portugal/Tratamento_da_Dor/Dor_Cronica_/Patofisiologia_e_condicoes/Dor_neuropatica/167200003.jsp

Hall G.C., Carroll D., Parry D. *et al.* (2006). Epidemiology and treatment of neuropathic pain: the UK primary care perspective. *Pain*, 122, pp.156–162.

Hall, G.C., Carroll, D., McQuay, H.J. (2008). Primary care incidence and treatment of four neuropathic pain conditions: a descriptive study, 2002-2005. *BMC Fam Pract*, 9, p. 26.

Haanpää, M., Backonja, M., Bennett, M., Bouhassira, D., Cruccu, G., Hansson, T. *et al.*. (2009). Assessment of Neuropathic Pain in Primary Care. *The American Journal of Medicine*, 122, pp. 13–21

Hansson, P.T., Dickenson, A.H. (2005). Pharmacological treatment of peripheral neuropathic pain conditions based on shared commonalities despite multiple etiologies. *Pain*, 113, pp. 251-254.

Herr, K., Coyne, P.J., McCaffery, M., Manworren, R., Merkel, S. (2011). Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Manag. Nurs.* 12 Vol. 4, pp.230-250.

Hommer, D., MaCallin, J. e Goff, J. (2014) *Advances in the Treatment of Phantom Limb Pain- Amputee Rehabilitation*. Acedido a 15/11/14, disponível em:
<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40141-014-0062-1>

Horowitz, S. H. (2007). *The Diagnostic Workup of Patients with Neuropathic Pain*. Acedido em 10/11/14, disponível em:
http://www.med.nyu.edu/pmr/residency/resources/general%20MSK%20and%20Pain/clinics%20anes_dx%20workup%20neuropathic%20pain.pdf

International Association for the Study of Pain [IASP]. (2012, 22 de maio). *IASP Taxonomy*. Acedido em 19/11/14, disponível em:
<http://www.iasp-pain.org/taxonomy?navitemnumber=576>

Jensen, T.S., Finnerup, N.B. (2007). Management of neuropathic pain. *Curr Opin Support Palliat Care*, 1, pp. 126-131.

Katz, J. & Seltzer, Z. (2009). Transition from acute to chronic postsurgical pain: risk factors and protective factors. *Expert Rev. Neurotherapy*, 9, Vol. 5, pp 723–744.

Klusakova, I., Dubovy, P. (2009) Experimental models of peripheral neuropathic pain based on traumatic nerve injuries - an anatomical perspective. *Ann Anat*, 191, pp. 248-259.

Krug, H.E., Frizelle, S., McGarraugh, P., Mahowald, M.L (2009). Pain behavior measures to quantitate joint pain and response to neurotoxin treatment in murine models of arthritis. *Pain Med*, 10, pp. 1218-1228.

McDermott, A., Toelle, T., Rowbotham, D., Schaefer, C. e Dukes, E. (2008) The burden of neuropathic pain: results from a cross-sectional survey. Acedido em 10/11/14, disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16310716>

Mindruta I., Cobzaru A., and Bajenaru, O. (2012) Overview of Neuropathic Pain Diagnosis and Assessment – An Approach Based on Mechanisms, Neuropathic Pain, Dr. Cyprian Chukwunonye Udeagha (Ed.), , InTech, Acedido a 15/11/14, disponível em: <http://www.intechopen.com/books/neuropathic-pain/overview-of-neuropathic-pain-diagnosis-and-assessment-an-approach-based-on-mechanisms>

Morais, M.F.C. (2010). *Dor neuropática: avaliação de mecanismos num modelo experimental*, Tese de Mestrado. Porto: Universidade do Porto – Faculdade de Medicina do Porto. Mestrado Integrado em Medicina..Acedido em 9/11/14, disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53568/2/Dor%20Neuropatica%20%20Avaliao%20de%20Mecanismos%20num%20Modelo%20Experimental.pdf>

Miranda, D.F.M. (2014). *Impacto da Dor Crónica no Sistema Familiar: Análise de Conteúdo da Perspetiva de Médicos*, Tese de Mestrado. Coimbra: Universidade de Coimbra – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Acedido em 12/11/14, disponível em:

<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/27206/1/TESE%20-%20Daniela%20Miranda.pdf>

Niederberger, E., Kuhlein, H., Geisslinger, G. (2008). Update on the pathobiology of neuropathic pain. *Expert Rev. Proteomics*, 5, pp. 799-818.

Nodera, H., Barbano, R.L., Henderson, D., Herrmann, D.N. (2003). Epidermal reinnervation concomitant with symptomatic improvement in a sensory neuropathy. *Muscle Nerve*, 27, pp. 507-509.

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2004, 11 de **Outubro**).. *World Health rganization supports global effort to relieve chronic pain*. Acedido em 10/11/14, disponível em:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr70/en/>

Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem, Grupo de Trabalho «O Enfermeiro na Prevenção e Controlo da Dor» (2008). *DOR - Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-972-99646-9-5

Pfizer. (setembro de 2010). Pain Proposal – A dor Crónica em Portugal Acedido em 10/11/14, disponível em:

https://www.pfizer.pt/files/billeder/pfizer%20p%C3%BAblico/not%C3%ADcias/portugal_country%20snapshot.pdf

Quintal, M.L.(2004). *Dor Neuropática*. Lisboa: Permanyer Portugal.

Ritchie, M. (dezembro de 2011). Mixed Pain. *GM Journal, Midlife and Beyond*, pp.624-627

Schestatsky, P. (2008). Artigo de revisão - Definição, diagnóstico e tratamento da dor neuropática *Rev. HCPA*, 28 Vol.2, pp.177-178.

Schmelz, M. (2009). Translating nociceptive processing into human pain models. *Exp Brain Res*, 196, pp.173-178.

Taylor, R.S. (2006). Epidemiology of refractory neuropathic pain. *Pain Pract*, 6, pp. 22-6.

Torrance, N., Smith, B.H., Bennett, M.I., Lee, A.J. (2006). The epidemiology of chronic pain of predominantly neuropathic origin. Results from a general population survey. *Pain*, 7, pp. 281-289.

Torrance, N., Ferguson, J.A., Afolabi, E., Bennett, M.I., Serpell, M.G., Dunn, K.M. *et al.* (2013). Neuropathic pain in the community: more under-treated than refractory? *Pain*, 154, Vol. 5, pp.:690-699.

Tracey, I. (2008). Imaging Pain. *British Journal of Anaesthesia*, 101, Vol.1, pp. 32-39.

Treede, R.D., Jensen, T.S., Campbell, J.N. *et al* (2008). Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology*, 70, pp. 1630-1635.

Turk, D.C., Audette, J., Levy, R.M., Mackey, S.C., Stanos, S. (2010). Assessment and treatment of psychosocial comorbidities in patients with neuropathic pain. *Mayo Clin Proc*, 85, pp. 42-50.

ANEXO I – Questionário DN4: Dor Neuropática em Quatro Questões

**QUESTIONÁRIO ESPECÍFICO PARA RASTREIO DE
DOR NEUROPÁTICA – DN4**

Por favor, responda às seguintes questões, assinalando uma única resposta para cada alínea.

QUESTIONÁRIO DO DOENTE

Questão 1: A dor apresenta uma, ou mais, das características seguintes?

	sim	não
1 – Queimadura		
2 – Sensação de frio doloroso		
3 – Choques eléctricos		

Questão 2: Na mesma região da dor, sente também um ou mais dos seguintes sintomas?

	sim	não
4 – Formigueliro		
5 – Picadas		
6 – Dormência		
7 – Comichão		

EXAME DO DOENTE

Questão 3: A dor está localizada numa zona onde o exame físico evidencia:

	sim	não
8 – Hipoestesia ao tacto		
9 – Hipoestesia à picada		

Questão 4: A dor é provocada ou aumentada por:

	sim	não
10 – Fricção leve (“ <i>brushing</i> ”)		

Versão portuguesa do *Neuropathic Pain Questionnaire (DN4)* do *French Neuropathic Pain Group*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização do autor Didier Bouhassira, PhD.

ANEXO II

Sinais e sintomas associados à dor neuropática e sua definição			
Sintomas positivos	Dor espontânea		Sensação dolorosa sem estímulo aparente
	Evocados	Alodinia	Dor provocada por um estímulo não doloroso (toque, movimento, <i>cotonete</i> , <i>p.e.</i>)
		Hiperalgesia	Dor exagerada a um estímulo doloroso moderado (picada, <i>p.e.</i>)
	Espontâneos	Disestesia	Sensação dolorosa desagradável espontânea
		Parestesia	Sensação anormal não dolorosa (formigueiro, vibração, <i>p.e.</i>)
Sintomas negativos	Hipoestesia		Diminuição da sensibilidade a estímulos, excluindo os sentidos especiais
	Anestesia		Perda total de sensibilidade
	Analgesia		Ausência de dor em resposta a estímulos normalmente dolorosos
	Hipoalgisia		Resposta diminuída a um estímulo doloroso moderado

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: Condições de risco para o desenvolvimento de DN.....	19
TABELA 2 – Descritores verbais na DN.....	23
TABELA 3 – Validade e Fiabilidade das Diferentes Escalas de Dor Neuropática.....	24
TABELA 4 - Considerações sobre a combinação de fármacos na DN	28
TABELA 5 – Opções terapêuticas de acordo com o síndrome prevalente de DN.....	29
TABELA 6 - Vantagens e desvantagens das medidas não-farmacológicas	32
TABELA 7 – Género dos participantes.....	37
TABELA 8 – Proporção da DN por Serviço.....	38
TABELA 9 – Distribuição dos Síndromes por Serviço	38
TABELA 10 – Resultado do DN4 de acordo com o síndrome de cada pessoa	44
TABELA 11 – Frequência da pontuação do DN4 Antes vs. Depois por cada Síndrome.....	46
TABELA 12 – Relação entre Medidas Não Farmacológicas aplicadas e Síndrome.....	46
TABELA 13 – Uso de medidas não farmacológicas por síndrome e por pontuação obtida no DN4.....	47

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – Escalas de registo de Intensidade da Dor	16
FIGURA 2 – Sinais e sintomas de DN.....	22
FIGURA 3 – Utente com exantema e nevralgia causada por Herpes Zoster.....	25
FIGURA 4 – Algoritmo para o Diagnóstico da DN.....	26
FIGURA 5 – Algoritmo para o tratamento farmacológico.....	30
FIGURA 6 – Proporção de pessoas por cada nível de eficácia às 72h de internamento.....	40
FIGURA 7 – Proporção de pessoas por uma semana de internamento.....	40
FIGURA 8 – Tratamento farmacológico instituído nos utentes com 72h de internamento.....	41
FIGURA 9 – Tratamento farmacológico instituído nos utentes com 72h de internamento.....	42

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO I – Género dos participantes	37
GRÁFICO II – Dor Neuropática por Serviço.....	38
GRÁFICO III – Distribuição dos Síndromes por Serviço.....	39
GRÁFICO IV – Tipo de medidas Não Farmacológicas utilizadas.....	43
GRÁFICO V – Resultado do DN4 de acordo com o síndrome de cada pessoa.....	44
GRÁFICO VI - Diagrama de extremos e quartis do DN4 Antes vs. Depois	46
GRÁFICO VII – Frequência da pontuação do DN4 Antes vs. Depois por cada Síndrome.....	46
GRÁFICO VIII – Relação entre Medidas Não Farmacológicas aplicadas e Síndrome.....	46
GRÁFICO IX – Uso de medidas não farmacológicas por síndrome e por pontuação obtida no DN4..	47

