



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE ENFERMAGEM

**DOR E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM
USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA.**

LUÍS FILIPE GONÇALVES VIEIRA

BRASÍLIA
2019

LUÍS FILIPE GONÇALVES VIEIRA

**DOR E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM
USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA.**

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem da Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília (UnB | FCE), como pré-requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Luciano Ramos de Lima

BRASÍLIA
2019

LUÍS FILIPE GONÇALVES VIEIRA

DOR EM USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem (TCCE) em formato de artigo apresentado à Comissão de Graduação da Faculdade de Ceilândia/Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 05/07/2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luciano Ramos de Lima – Orientador

Prof. Dra. Marina Morato Stival - Avaliador

Prof. Dra. Silvana Schwerz Funghetto - Avaliador

Prof. Dra. Cris Renata Grou Volpe – Avaliador (Suplente)

AGRADECIMENTOS

Aos indivíduos, famílias e comunidades de Ceilândia como forma de agradecimento pelas vivências a que experimentei podendo concluir minha graduação nesta cidade satélite do DF.

À toda minha família, em especial à minha mãe Thaís Gonçalves Pinto, minha irmã Patrícia Regina, meu irmão João Augusto e minha sobrinha Yasmin que foram e continuam sendo meus pilares de apoio.

Aos meus professores Luciano Ramos de Lima e Marina Morato Stival pela orientação, amparo, suporte e oportunidade de vivenciar o Grupo de Pesquisa em Saúde, Cuidado e Envelhecimento (GPSEN) e ao rico conhecimento a que tive contato. Sou eternamente grato por isso.

À todos os colegas de graduação, a todos os profissionais da Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia que perpassaram pela minha vida acadêmica contribuindo de alguma forma e a todos os Enfermeiros (as) e Técnicos de Enfermagem que compõem uma categoria tão sublime e capacitada.

RESUMO

Objetivo: Caracterizar a dor crônica em indivíduos com Doenças Crônicas Não Transmissíveis atendidos na atenção Básica do Distrito Federal. **Método:** Estudo quantitativo, realizado em uma Unidade Básica de Saúde da Regional de Saúde da Ceilândia do Distrito Federal. Amostra de 188 pacientes, divididos em dois grupos um com Diabetes e o outro, Diabetes associado a Hipertensão Arterial. Foi caracterizado o perfil sociodemográfico, avaliado a intensidade de dor, a qualidade da dor pela escala McGill, neuropatia foi avaliada a perda da sensibilidade protetora (PSP) de membros inferiores. Os dados foram analisados pelo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®). **Resultados:** Dos 188 indivíduos, 48,4% com Diabetes Mellitus isolada e 51,6% Diabetes associada à Hipertensão. Houve prevalência feminina 78,7%, idade média variou $61,9 \pm 9,72$ anos para diabéticos e $64,8 \pm 10,19$ anos dos com duas doenças associadas. A dor foi intensa quando comparada a indivíduos com apenas Diabetes (leve). Os descritores afetivos cansativo e enjoada foram os mais citados. Para aqueles com duas doenças associadas, as variáveis sexo, tempo de diabetes, valores de glicemia e hemoglobina glicada eram maiores ($p \leq 0,045$). A neuropatia predominou naqueles com as duas doenças associadas. **Conclusão:** A presença de dor, a quantidade de doenças e a intensidade da dor influenciaram negativamente os indivíduos estudados. É necessário identificar a dor, inclusive as com características de neuropatia em unidades básicas de saúde para elaborar estratégias de prevenção e manejo da dor.

Palavras-chave: Avaliação em enfermagem, Diabetes Mellitus, Dor, Hipertensão Arterial, Atenção primária a saúde.

ABSTRACT

Objective: To characterize chronic pain in individuals with chronic noncommunicable diseases treated in primary health care of the Federal District. **Method:** A quantitative study carried out at a Basic Health Unit of Ceilândia Region in Federal District. Sample of 188 patients, divided into two groups one with Diabetes and another Diabetes associated with Arterial Hypertension. Performed the sociodemographic profile, assessed the intensity of pain, the quality of pain by the McGill scale and the loss of protective sensitivity (PSP) of lower limbs. Eldery persons were analyzed by the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®). **Results:** Of the 188 individuals, 48.4% with just Diabetes Mellitus and 51.6% Diabetes associated to Hypertension. There was a female prevalence of 78.7%; mean age varied 61.9 ± 9.72 years for diabetics and 64.8 ± 10.19 years for both diseases. The pain was intense when compared from individuals with only Diabetes (mild). The tired, nauseous and affective descriptors were the most cited. For those two associated diseases, the variables gender, diabetes time, glycemia values and glycated hemoglobin were higher ($p \leq 0.045$). Neuropathy predominated when both diseases were associated. **Conclusion:** The presence of pain, the number of diseases and the intensity of pain was negatively influenced on the individuals studied. It is necessary to identify pain, including those with characteristics of neuropathy in basic health units to develop strategies for prevention and management of pain.

Keywords: Nursing Assessment, Diabetes Mellitus, Pain, Hypertension, Primary Health Care

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
METODOLOGIA.....	9
RESULTADOS.....	10
DISCUSSÃO.....	14
CONCLUSÃO.....	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20
ANEXOS.....	23
ANEXO 1 – Parecer De Aprovação No Comitê De Ética E Pesquisa.....	23
ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	25
ANEXO 3 – Instrumento De Coleta De Dados.....	27
ANEXO 4 – Normas da Revista “ABCS Health Sciences”	33

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas são as principais causas de morte no mundo, correspondendo a 63% dos óbitos em 2013. A carga de doenças crônicas deverá aumentar em função do envelhecimento da população e serão um problema para os sistemas de saúde¹. A prevalência dessa doença tem se elevado vertiginosamente, representando importante problema de saúde pública em países da América Latina².

As doenças crônicas são denominadas também como doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em destaque o Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) atualmente são as responsáveis por grande parte dos óbitos no mundo e tem sua etiologia no envelhecimento humano associado a inadequados estilos de vida³. As mudanças provocadas devido ao envelhecimento humano aliada aos hábitos inadequados, como a alimentação e sedentarismo, podem contribuir para problemas de saúde associados. A presença de dor, que por sua vez nos pacientes com DM, pode ser de origem neuropática, é caracterizada por uma injúria ao sistema nervoso periférico e central, de caráter crônico e especificamente diferente no que tange a intensidade, incapacidade e na diminuição da qualidade de vida⁴.

Segundo a *International Association for the Study of Pain*, a dor é uma experiência multidimensional desagradável, envolve não só o componente sensorial, mas também o afetivo/emocional associada a lesão tecidual real ou potencial com repercussões em necessidades humanas básicas, atividades laborais, relacionamentos e emoções podendo ser aguda ou crônica⁵.

Neuropatia diabética (ND) constitui um grupo heterogêneo de manifestações clínicas ou subclínicas, que acometem o sistema nervoso periférico (SNP) como complicação do DM. Pode apresentar-se de diferentes formas clínicas, mecanismos fisiopatológicos, instalação e evolução^{3,4}.

De acordo com estudos publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), A HAS acometeu em torno de 1,13 bilhão de pessoas em todo o mundo em 2015 ao passo que o DM atingiu 422 milhões de pessoas em 2014⁶. No Brasil, o Ministério da Saúde descreve que no ano de 2016 a HAS cresceu cerca de 14,2% na última década atingindo 25,7% da população a partir de 18 anos. No que diz respeito ao DM, 8,9% da população confirmaram essa doença em 2016⁷.

Tendo em vista os números relevantes de DM e HAS e os problemas relacionados as essas DCNTs, na França, um estudo verificou a prevalência de dor crônica em membros inferiores com características neuropáticas em 885 pacientes com DM, a

prevalência de dor crônica foi de 20,3%⁸. Outro estudo analisou a neuropatia relatadas por pacientes de um centro de tratamento multidisciplinar, identificaram um perfil de 64% de mulheres, e os descritores de dor de *McGill* mais citados foram da dimensão sensorial e associaram aos casos em que a neuropatia atingia os membros inferiores ($p=0,006$)⁹.

Existe hoje uma carência de dados epidemiológicos sobre dor neuropática no Brasil. Assim, o presente estudo teve por objetivo detectar a presença e as consequências da dor com características neuropáticas em pessoas com DM, e HAS atendidos na atenção Básica do Distrito Federal. Ainda, sobre a importância do enfermeiro como um agente educador, empoderador e protagonista no gerenciamento do cuidado destes indivíduos portadores destas doenças. Desta forma o objetivo deste estudo foi caracterizar a dor crônica e neuropática em indivíduos com DCNTs atendidos na atenção Básica do Distrito Federal.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de transversal de abordagem quantitativa, a pesquisa foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da Regional de Saúde da Ceilândia do Distrito Federal. A amostra foi calculada e resultou um número final de 188 participantes.

Os pacientes foram divididos em grupos, grupo 1 com DM e grupo 2 com DM associado a HAS. Foram incluídos neste estudo: indivíduos com diagnóstico de HAS e/ou DM há 06 meses; idade maior de 18 anos; estar cadastrado na UBS e ser acompanhado no serviço; ser capaz de compreender, verbalizar e responder as questões propostas. Foram excluídos da pesquisa: gestantes, portadores de doenças mentais e portadores de neoplasias em tratamento. A coleta de dados foi realizada entre fevereiro de 2017 a junho de 2018.

Os instrumentos utilizados: caracterização das variáveis sócias e demográficas - perfil clínico; caracterização da dor (prevalência, duração, intensidade, localização e qualidade) a intensidade de dor foi avaliada pela escala numérica (0-10 pontos), a duração da dor foi estabelecida como dor crônica aquela superior a seis meses. A qualidade da dor foi mensurada pelo instrumento de *McGill short form*^{10, 11}.

A localização da dor presente, foi a presente nos membros inferiores (pés ou panturrilhas). A segunda etapa, foi a avaliação de neuropatia diabética (ND) que seguiu as seguintes etapas: avaliação da polineuropatia periférica distal (para a identificação da polineuropatia, - foi utilizado por meio de investigação da pesquisa da perda da sensibilidade protetora (PSP) com o monofilamento de 10 g e testes neurológicos: palito

(avalia a sensibilidade dolorosa profunda), diapasão 128 Hz (sensibilidade vibratória) e martelo (reflexos aquileus)^{12, 13}.

Foi realizada a obtenção dos dados bioquímicos e clínicos por mensuração e análise da coleta de sangue, realizada por punção venosa, preferencialmente na fossa antecubital com jejum de 12 horas.

Os dados foram analisados no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) versão 21.0, no qual foi construído um banco de dados. As análises ocorreram por meio da estatística descritiva (cálculo de frequências absolutas, relativas e medidas de dispersão). O teste Qui-quadrado foi usado para análise das variáveis categóricas.

O projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS)/SES-DF (Secretária de Saúde do Distrito Federal) sob o parecer nº 1.355.211. Esta pesquisa está vinculada a um projeto maior intitulado “Abordagem das Condições Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde” do grupo de pesquisa Saúde, Cuidado e Envelhecimento (GPSEN).

RESULTADOS

Participaram do estudo 188 participantes portadores de DM isolada ou DM associada à hipertensão. Destes, 78,7% mulheres e 21,3% homens. Do total de participantes, 48,4% são portadores de DM e 51,6% possuem DM e HAS sendo divididos nestes dois grupos. Para os indivíduos portadores apenas de DM, 22,0% eram do sexo masculino e 78,0%, do sexo feminino. Daqueles que possuíam as duas doenças associadas, 20,6% eram do sexo masculino e 79,4%, do sexo feminino.

A tabela 1 mostra que os participantes tinham idade média próximas variando de 61,9 (DP±10,19) a 64,8 anos (DP±9,72). Para os indivíduos que tinham duas doenças associadas (DM e HAS) as variáveis sexo, tempo de diabetes, valores de glicemia e hemoglobina glicada eram maiores neste grupo (p=0,045). As variáveis colesterol total, triglicérides e IMC não tiveram relação na comparação entre grupos.

Tabela 1. Descrição do perfil clínico e sociodemográfico e clínico de indivíduos com DCNTs (n=188), Região Oeste, Brasília-DF, 2017.

	DM e HAS (n=97)		DM (n=91)		Valor P *
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	
Idade	64,88	9,72	61,93	10,19	0,045
Tempo de diabetes (anos)	10,75	6,91	4,75	7,75	0,000
Glicemia	153,97	69,99	110,24	50,32	0,000
Hemoglobina Glicada	7,13	2,35	5,78	1,91	0,000
Colesterol Total	180,15	52,17	189,42	67,69	0,081
Triglicérides	156,76	93,68	150,54	103,88	0,666
IMC	31,10	5,61	30,54	6,06	0,590

* Teste T

A maioria dos indivíduos portadores de DM ou de DM associada a HAS referiram não ser tabagistas e etilistas. Destaca-se por outro lado, que a maioria dos indivíduos desta pesquisa praticam atividade física. Os indivíduos com duas doenças associadas quando comparado ao com DM isolada demonstrou que ingeriam mais álcool. Por outro lado, o grupo de apenas DM utilizou mais insulina comprado ao outro grupo ($p \leq 0.019$) (Tabela 2).

Tabela 2. Hábitos de vida de indivíduos com DCNTs (n=188), Região Oeste, BrasíliaDF, 2017.

		DM e HAS (n=97)		DM (n=91)		Valor p*
		n	%	n	%	
Tabagismo	Sim	9	9,3%	9	9,9%	0,887
	Não	88	90,7%	82	90,1%	
Etilismo	Sim	3	3,1%	11	12,1%	0,019
	Não	94	96,9%	80	87,9%	
Realiza exercícios físicos	Sim	61	62,9%	67	73,6%	0,114
	Não	36	37,1%	24	26,4%	

Uso de insulina	Sim	26	26,8%	6	6,6%	0,000
	Não	71	73,2%	85	93,4%	

* Qui -quadrado

A tabela 3 mostra que a maioria (90,1%) dos participantes com DM teve presença de dor crônica. Já a neuropatia diabética esteve predominantemente naqueles com as duas doenças associadas ($p=0,001$).

Tabela 3. Frequência de neuropatia e dor crônica de indivíduos com DCNTs (n=188), Região Oeste, Brasília-DF, 2017.

	DM e HAS (n=97)			DM (n=91)			Valor p
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Dor crônica	79	87,8	81,0-94,6	73	90,1	86,6-98,4	0,405
ND*	55	56,7	45,0-66,3	30	33,0	32,4-58,5	0,001

*Neuropatia diabética

A figura 1 demonstra que a intensidade de dor foi caracterizada como intensa ($7,3 \pm 1,9$) para aqueles indivíduos com duas doenças associadas quando comparada a indivíduos com apenas DM ($4,7 \pm 3,3$).

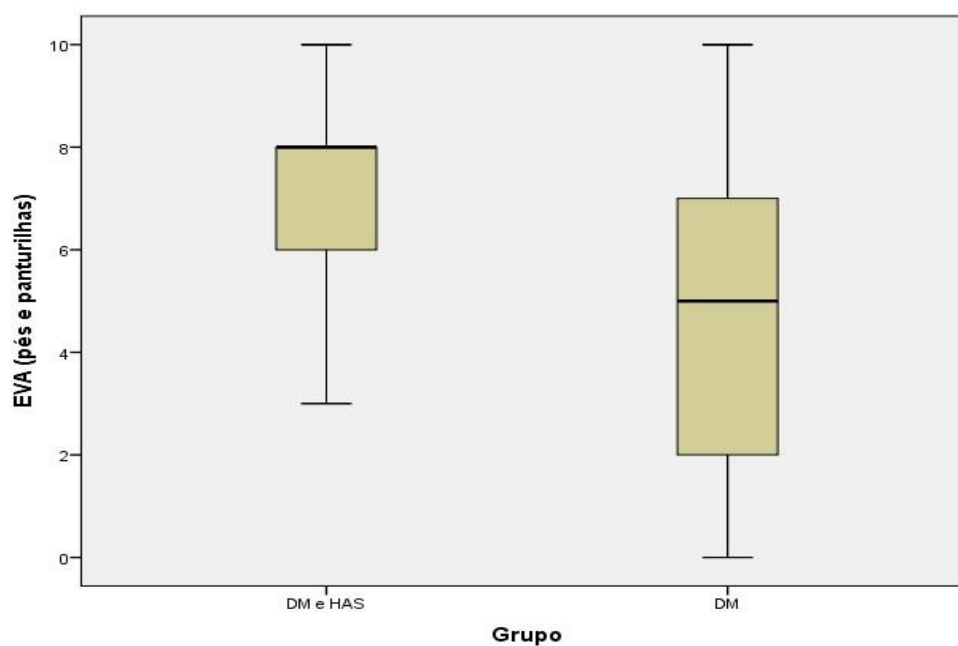


Figura 1 Descrição da intensidade de dor nos pés e panturrilha em indivíduos com DCNTs. Região Oeste, Brasília-DF, 2017.

Sobre a qualidade, os descritores sensitivos mais escolhidos pelos indivíduos foram doída, calor/queimação e latejante respectivamente. E os descritores afetivos foram cansativa/exaustiva e enjoada existindo semelhança quando comparado entres as comorbidades existentes. Chama-se atenção para a dor em tiro ($p=0,026$), o que mostra a complexidade de discussão da dor em pacientes com dor. (Tabela 4)

Tabela 4: Qualidade da dor em grupo sensitivo e afetivo em indivíduos com DCNTs (n=188), Região Oeste, Brasília-DF, 2017.

	DM e HAS (n=97)		DM (n=91)		Valor P *
	n	%	n	%	
Grupo: Sensitivo					
Latejante	42	43,3	46	50,5	0,198
Tiro	12	12,4	23	25,3	0,026
Punhalada	34	35,1	27	29,7	0,264
Fina	42	43,3	43	47,3	0,345
Cólica	9	9,3	15	16,5	0,104
Mordida	5	5,2	5	5,5	0,586
Calor/queimação	44	45,4	48	52,7	0,193
Doída	50	51,5	47	51,6	0,553
Pesada	40	41,2	39	42,9	0,469
Sensível	27	27,8	29	31,9	0,328
Rachando	11	11,3	15	16,5	0,209
Grupo: Afetivo					
Cansativa/exaustiva	54	55,7	44	48,4	0,196
Enjoada	46	47,4	40	44,0	0,371

Amedrontadora	22	22,7	16	17,6	0,246
Castigante/cruel	35	36,1	24	26,4	0,101

DISCUSSÃO

A dor crônica é mais frequente nos grupos de pacientes mais velhos e a mulheres são mais afetadas que os homens. A faixa etária esteve entre de $64,8 \pm 10,19$ anos para indivíduos com duas doenças associadas e $61,9 \pm 9,72$ anos para aqueles somente com DM. Muitos estudos corroboram com esses resultados quando afirmam que a dor crônica torna-se mais comum com o aumento da idade, principalmente em mulheres. O que é reforçado por outros estudos sobre envelhecimento, reconhecendo que as mulheres ainda são superiores aos homens quanto a buscarem mais os serviços de saúde e também devido a alterações hormonais¹⁴⁻¹⁶. Em estudo realizado por Vibha et al.,¹⁷ em que avaliou 620 pacientes com diagnóstico de DM, a idade média dos participantes foi de 63,37 anos, faixa etária predominantemente acima de 60 anos (61,2%) e a maioria do sexo feminino (57,4%). O fator de risco mais prevalente entre os pacientes foi a hipertensão arterial (64,5%), seguido da hipercolesterolemia (17,4%).

Para os indivíduos que tinham duas doenças associadas (DM e HAS), as variáveis tempo de diabetes, valores de glicemia e hemoglobina glicada foram maiores quando comparado aos que tinham apenas DM ($p=0,045$). Ao verificar a correlação entre as variáveis colesterol total, triglicerídeos e IMC verificou-se que não tiveram relação na comparação entre grupos. Por outro lado, baixas são também as coberturas de exames complementares sobre lipídios séricos e outros de igual importância realizados em unidades básicas de saúde. Exames estes imprescindíveis para a classificação do controle metabólico, lipídeos e do acompanhamento da evolução da doença¹⁸.

Um estudo com 43 pacientes atendidos pelo Programa de Saúde da família no estado do Rio Grande do Sul, evidenciou que a glicemia em jejum e capilar em estiveram significativamente mais elevadas. O colesterol total e colesterol HDL demonstrou uma diferença estatisticamente significativa entre os gêneros, sendo que a população feminina demonstrou os níveis séricos de colesterol total, LDL e HDL mais elevados do que no gênero masculino. Nos níveis de triglicerídeos o gênero feminino foi maior que o masculino, assim como o colesterol total, mas a diferença não foi estatisticamente significativa¹⁹.

Segundo Alsafar et al.,²⁰ o agrupamento DM2, hipertensão e obesidade, juntamente com dislipidemia é denominada síndrome metabólica, que é prevalente em populações de países modernizados. A HAS é comum e é um fator de risco para doenças cardiovasculares e doença cardíaca coronária, particularmente quando associada a DM. É importante o enfermeiro planejar os cuidados de enfermagem frente ao descontrole de dislipidemia associado ao DM e HAS com vistas a minimizar complicações cardíacas e vasculares a estes achados bioquímicos.

A maioria dos indivíduos com DM e DM associado a HAS não fumava, não bebia e praticava atividade física. O tabagismo e etilismo foi pouco prevalente na amostra estudada, visto que a grande maioria não faz uso do tabaco e bebida alcoólica, o que é positivo para a saúde destas pessoas. O hábito de fumar e beber é um problema à saúde, pois compromete a qualidade e a expectativa de vida já que os fumantes tem uma expectativa de vida muito inferior aos não-fumantes^{07,13,18}.

Os indivíduos com duas doenças associadas ingeriam mais álcool e utilizavam mais insulina comprado ao outro grupo ($p \leq 0.019$). Yeomans²¹ sugere em seu estudo que a ingestão de bebida alcoólica tem um efeito estimulador de apetite em curto prazo, além de que bebidas alcoólicas são calóricas e as pessoas não reduzem a ingestão de outras fontes de energia quando ingerem bebida alcoólica, indicando que o álcool possa ser um fator de risco para o ganho de peso e um dos possíveis fatores para a necessidade do uso da insulina.

A dor crônica bem como a Neuropatia Diabética, esteve mais associada àqueles indivíduos com as duas doenças combinadas. Ao analisar os dados deste estudo observamos que, quando as doenças estão associadas e quanto maior a intensidade da dor, maior é o comprometimento sensitivo e afetivo.

Nesse sentido um estudo com 366 idosos identificou que, quanto maior o número de diagnósticos médicos referidos de DCNT, pior é o resultado que pode interferir na qualidade de vida (QV) relacionada à saúde como a presença de dor²². Um estudo de Lacerda et al.²³ avaliou 23 idosos com média de idade $84,22 \pm 7,89$ anos, e observou que a QV de idosos que referiram dor estava diminuída em relação aos indivíduos que não possuíam dor. Em relação intensidade de dor, quanto maior a pontuação, pior foi a QV.

O grupo com duas doenças associadas também referiram a dor como intensa. O que está de acordo com Ferreira et al.²⁴ ao enfatizar que as DCNT podem afetar de forma significativa o bem-estar dos indivíduos. Além disso, as dores moderadas e intensas

tendem a ser incapacitantes, afetando e reduzindo a interação social e comprometendo as atividades diárias e de lazer da população idosa.

Sobre a qualidade da dor, os descritores sensoriais mais escolhidos pelos indivíduos foram os de calor, doída e latejante. Percebe-se que discutir dor no idoso é algo complexo, uma vez que esta é uma constante no processo de envelhecimento, e isto é sobrecarregado quando é acompanhado por doenças crônicas. Chama-se atenção para a dor em tiro ($p=0,026$), o que mostra a complexidade de discussão da dor em pacientes com dor. Neste cenário, a dor se configura como uma síndrome que provoca sofrimento independentemente da idade.

O presente estudo está em consonância com outro, realizado em um município do Rio grande do Sul²⁵, que buscou caracterizar a dor em um grupo de 48 idosos, destes, 81,5% diagnosticados com HAS e 14,1% com DM. Houve prevalência de dor crônica em coluna lombar (44,4%) seguido de membros inferiores (40,7%). Os tipos de dor em membros inferiores mais descrita foram de dolorimento, queimação e latejante. O que confirma o fato da dor estar entre os principais fatores limitadores da possibilidade do idoso manter seu cotidiano de maneira normal, impactando negativamente a realização das atividades de vida diária, bem como limitando, em parte, a convivência e o aspecto social^{4,8,22}.

Outra pesquisa investigou 50 pacientes sendo 76% mulheres, com média de idade de $72 \pm 7,36$ anos, entre as doenças referidas, HAS em 28% e diabetes em 10%. Se constatou influência negativa da dor crônica no aspecto físico, nas relações sociais dos idosos estudados²⁶. Concluindo que a dor se associou à fadiga, aos distúrbios do sono, a dependência de tratamentos ou ao uso de medicamentos. Além de diminuir a capacidade de trabalho, de realização das atividades de vida diária, atividade sexual e se associando com a diminuição da rede de apoio social.

Em Londrina²⁷, outros 172 idosos com presença de dor crônica em 65,4%. Os locais mais referidos foram região dorsal 44,44% e MMII 33,33% sendo o grande número de idosos referiam dor diária, contínua e de alta intensidade. Desta forma, a presença de dor deve ser pensada visando a diminuição das queixas álgicas, melhorando assim a capacidade funcional e a QV dessa população^{2,14,15,22}. Ainda, enfatiza-se a necessidade de detectar precocemente as DCNT, a fim de desenvolver estratégias preventivas que auxiliem na melhora do estado de saúde desses indivíduos que podem ter a presença de dor como um fator complicador da presença de DCNTs associada a obesidade e problemas osteomusculares²⁸.

Referente a qualidade da dor, os descritores afetivos cansativo e enjoada foram os mais citados. Assim sendo, pode-se considerar que a dor, interfere na percepção afetiva que cada sujeito tem de sua vida. É fato que a parte afetiva participa do processo de entendimento do indivíduo a respeito de sua patologia, podendo interferir em seu estado psicológico daqueles portadores de doenças crônicas. Por outro lado, a presença de doenças crônicas pode contribuir para potencializar a dor²⁹.

Em um estudo realizado no Pará, envolvendo 129 pacientes, todos com DM2, a prevalência de dor esteve presente em 51,9% dos indivíduos, sendo a dor neuropática o fator de dor principal. A região de dor mais referida foram os pés tanto para aqueles com dor neuropática como para a não neuropática. Ainda, por meio do questionário DN4, os pacientes queixaram-se quanto à sensibilidade dolorosa, especialmente formigamento, alfinetada/agulhada e dormência³⁰.

Na Bahia, um estudo transversal analisou a influência da dor quanto à localização e intensidade na capacidade funcional de 60 idosos institucionalizados. A ocorrência de dor nos idosos foi de 73,3%. Em relação à intensidade, 51,7% dos idosos relataram dor intensa. Quanto à localização da dor os idosos queixaram-se mais em MMII (47,7%) e coluna (25,0%). Diante dos resultados deste estudo constatou-se que a dor interfere de maneira negativa na capacidade funcional dos idosos³¹.

Desta forma a dor presente em indivíduos com neuropatia diabética pode se manifestar de diferentes formas clínicas, como queimação, formigamento, dormência, perda de sensibilidade. Aproximadamente, 20% dos pacientes com DM podem ter neuropatia e apresentar dor neuropática. Os pacientes com DM desenvolvem alterações por meio de vias metabólicas, vasculares, inflamatórias e neurodegenerativas que contribuem para presença da dor³².

Chama-se atenção para o cuidado ao paciente com HAS e DM, o enfermeiro deve ser capaz de identificar os fatores de risco e sintomas presentes em conjunto com estas DCNT, como a obesidade, um fator causal de processos inflamatórios crônicos que contribui para o aparecimento do DM e descontrole da HAS. A obesidade e o descontrole glicêmico contribuem para o aparecimento de lesões em DM como a vasculopatia e neuropatia³³.

O encorajamento do paciente portador de DCNT envolve um conjunto de medidas e ações que discutem formas técnicas de como orientá-los. O objetivo é aprimorar a maneira como usuários com DCNT se relacionam com o serviço de saúde, buscando, desta forma, estratégias que visem a melhorar nos resultados do tratamento da HAS e DM.

O que se espera é que deste modo, mudanças possam ser observadas a partir do momento que o paciente torna-se corresponsável em seu processo de tratamento além de melhora na relação entre o paciente e o profissional^{14,26}.

A relevância do enfermeiro neste cenário remonta a importância de orientações quanto ao diagnóstico da dor e neuropatia, com vistas ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso cotidiano com vistas a evitar e/ou postergar as complicações, além de melhorar o controle da patologia. Deste modo, uma abordagem adequada é primordial para tornar o paciente coparticipante em seu cuidado estabelecendo assim, uma relação de confiança para que o processo de entendimento não seja dificultoso^{26,30,33}.

Somados ao controle do DM e HAS o enfermeiro atua de forma importante obtendo análise cuidadosa da história clínica, além de minucioso exame neurológico, avaliação exames como controle de glicemia hemoglobina glicada, e principalmente a avaliação da perda de sensibilidade. Deve-se identificar também, sinais de comprometimento de fibras nervosas. Uma vez identificado a neuropatia, é imprescindível que se faça o adequado controle com vistas a melhorar o tratamento da dor neuropática. O diagnóstico realizado de forma precoce e corretamente possibilita evitar a progressão da neuropatia^{19,22,23,29}.

CONCLUSÃO

Neste estudo prevaleceu mulheres, idosas, os indivíduos que tinham duas doenças associadas (DM e HAS) tiveram as variáveis associadas significativamente relacionado ao tempo DM, valores de glicemia e hemoglobina glicada, ingeriam mais álcool e utilizavam mais insulina eram maiores quando comprado aos tinham apenas DM. A dor crônica bem como a Neuropatia Diabética, esteve mais associada àqueles indivíduos com as duas doenças crônicas. O grupo com duas doenças associadas também referiu como intensa. Os descritores de dor afetivos cansativo e enjoada foram os mais citados.

Os resultados deste estudo comprovam que a necessidade de identificação da dor, inclusive as com características de neuropatia em unidades básicas de saúde de modo a elaborar estratégias para prevenção e manejo da dor. Uma intervenção adequada que seja capaz de gerar informações epidemiológicas e sociodemográficas, são exemplos de alternativas para auxiliar o manuseio e cuidado do paciente com dor.

A equipe de enfermagem exerce papel primordial neste cenário como profissionais ativos e capacitados no rastreamento, identificação, manejo e tratamento dos doentes crônicos observando sinais de dor, inclusive as com características neuropáticas. Por fim, o

diagnóstico precoce e correto permite o tratamento adequado, além de evitar progressões e complicações da neuropatia. A história clínica, exame neurológico minucioso e exames complementares são ótimos exemplos de ações a serem observadas e seguidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

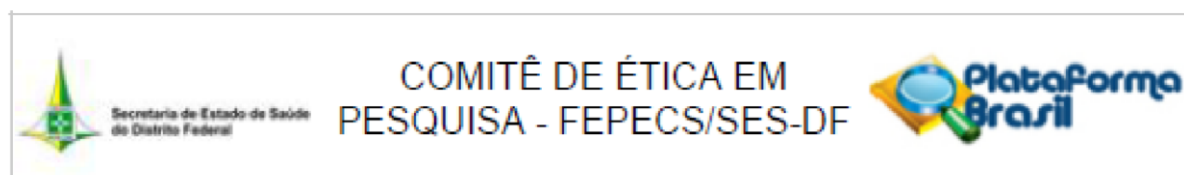
1. Luciana SS; Rosângela MMC; Carla OBR. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. 2013.
2. Thiago MC. Dor inflamatória. Tratado de dor. Publicação da sociedade brasileira para estudo da dor. 1ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017, v.1, p. 283-299.
3. Maira SSB, Regina KTC, Marcos AS, Alberto DG . Síndrome metabólica, componentes e fatores associados em adultos de 40 anos ou mais de um município da Região Sul do Brasil. Cad. Saúde colet. 2016 Mar; 24 (1): 32-40.
4. Carlos MCC. Dor neuropática. Dor Princípios e Prática. Porto Alegre: Artmed, 2009, v. 2, pg. 494-509.
5. IASP, 1994. Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage (pp 209-214). Classification of Chronic Pain, Second Edition, IASP Task Force on Taxonomy, edited by H. Merskey and N. Bogduk, ISAP Press, Seattle, 1994.
6. World Health Organization. Global status report on diabetes2014. Geneva; 2016. (WHO Global Status Report).
7. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
8. Bouhassira D, Letanoux M, Hartemann A. Chronic pain with neuropathic characteristics in diabetic patients: a French cross-sectional study. PLoS One. [Internet]. 2013;8(9):1-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24058527>
9. Heloísa CS, Marcelo FR, Bruno SC, Cristina SS, Alexandre H, Marisa HCC et al. Escores de neuropatia periférica em diabéticos. Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica, v. 13, n. 1, p. 40-45, 2015.
10. Melzack R. The short-form McGill Pain Questionnaire. Pain. 1987;30(2):191-7.
11. Cibele AMP, Manoel JT. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 1996 Dez [citado 2019 Jun 20] ; 30(3): 473-483. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341996000300009&lng=pt.
<http://dx.doi.org/10.1590/S008062341996000300009>.
12. Boulton AJ. The diabetic foot: from art to science. The 18th Camilo Golgi lecture. Diabetologia, v. 47, n. 8, 2004. p. 1343-1353. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15309286>

13. BRASIL M da S. Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica [Internet]. 2016. 62 p. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_do_pe_diabetico.pdf
14. Harold B, Elon E, Tony O. The individual and societal burden of chronic pain in Europe: the case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care. *BMC Public Health*, 13 (2013), p. 1229
15. Fayaz, P. Croft, R.M. Langford, et al. Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic review and meta-analysis of population studies *BMJ Open*, 6 (2016), p. e010364
16. _____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 154 p.
17. Vibha SP. et al. Community based study to assess the prevalence of diabetic foot syndrome and associated risk factors among people with diabetes mellitus. *Bmc Endocrine Disorders*, v. 18, n. 1, p. 1-9, jun. 2018.
18. Daniela CS, Atenção às condições crônicas tendo o diabetes Mellitus como condição traçadora: uma pesquisa avaliativa dos serviços da atenção primária à saúde de um município do interior de São Paulo. Botucatu, 2018.
19. Thaís VRV, Angela S, Favia P, Carolain V, Yana PSL, Carine EZ, Bruna C, et al. Obesidade, Diabetes e Hipertensão associados a dislipidemia e dano hepático. *Revista saúde integrada*, v. 11, n. 22 (2018) – issn 2447-7079.
20. Alsafar H, Witzel I-I, Jelinek HF, Khalaf K, Lee S, Khandoker AH. Identifying common genetic risk factors of diabetic neuropathies. *Frontiers in Endocrinology*. 2015;6:88-1-88-18. <https://doi.org/10.3389/fendo.2015.00088>
21. Yeomans, M.R. - Effects of alcohol on food and energy in human subjects: evidence for passive and active over consumption of energy. *Br J Nutr*: 92 (suppl 1): S31-34, 2004.
22. Camelo LV, Giatti L, Barreto SM. Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos residentes em região de alta vulnerabilidade para saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(2):280-93.
23. Lacerda SM, Gazzola JM, Lopes AP, Lemos ND, Cordeiro RC. Quality of life of elderly patients assisted by a home care program. *Rev Bras Geriat Gerontol*. 2011;14(2):329-42.

24. Ferreira OG, Maciel SC, Silva AO, Sá RC, Moreira MA. Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. *Psico-USF*. 2010;15(3):357-64.
25. Kátia LSC, Cátia G. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 2009; 12(3):345-359
26. Lorena LC, Wildete CM. Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. *Rev Dor. São Paulo*, 2011 abr-jun;12(2):120-41
27. Maria SGD, Rejane KF, Marcos ASC, Tiemi M, Celita T, Kiyomi N, Lilian P. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos na comunidade. *Rev Assoc Med Bras. Londrina*, 2008; 54(1): 36-41
28. Deborah CM, Sheila RSS, Celia L, Nayara LG, Jarbas BSJ, Ademar R et al. Vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2015 Dez [citado 2019 Jun 26] ; 18(Suppl 2): 3-16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000600003&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060002>.]
29. Dahmer L, Oliveira TB, Kemper C, Sant'Ana AP, Melo GL, Avila JG. Avaliação da qualidade de vida de pacientes hipertensos e diabéticos. *Rev Contexto & Saúde* [Internet]. 2015 [acesso em 13 abr 2017];15(28):41-9. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/3211/3688>
30. Francisca LXSA, Luciana FPR, Cléa NCB. Detecção de dor com características neuropáticas em pacientes com diabetes mellitus atendidos na atenção básica. *BrJP* [Internet]. 2018 Mar [cited 2019 June 26] ; 1(1): 15-20. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2595-31922018000100015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/2595-0118.20180005>.
31. Luciana AR, Gilson VT. Influência da dor crônica na capacidade funcional de idosos institucionalizados. *Rev Bras Enferm, Brasília* 2011 mar-abr; 64(2): 274-80.
32. Osvaldo JMN.; Camila CBP. B.; Eduardo BUC. Neuropatia diabética. *Rev. dor*, 2016, São Paulo, v. 17, supl. 1, p. 46-51
33. Diretrizes Da Sociedade Brasileira De Diabetes (2017-2018) organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2017.

ANEXOS

ANEXO 1 - Parecer de aprovação no comitê de ética em pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Abordagem das Condições Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde

Pesquisador: Marina Morato Stival

Área Temática: Genética Humana:

(Trata-se de pesquisa envolvendo Genética Humana que não necessita de análise ética por parte da CONEP;);

Versão: 2

CAAE: 50367215.5.0000.5553

Instituição Proponente: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal / FEPECS/ SES/ DF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.355.211

Apresentação do Projeto:

Conforme o Parecer 1.314.141

Objetivo da Pesquisa:

Conforme o Parecer 1.314.141

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme o Parecer 1.314.141

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme o Parecer 1.314.141

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conforme o Parecer 1.314.141

Recomendações:

Recomenda-se em Pesquisas futuras, pautar-se nas recomendações do Conselho Nacional de Saúde, em Resolução de número 466 de 12/12/2012. O instrumento de coleta de dados foi anexado ao Projeto, na forma do recomendado pelo CEP/FEPECS. O colegiado havia solicitado justificativas quanto ao projeto de pesquisa não necessitar a análise da CONEP. A pesquisadora

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Teléfono: (61) 3325 4055

Fax: (61) 3325 4055

E-mail: comiteetica@ses.df.gov.br



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF



Continuação do Parecer: 1.355.211

apresentou longa e satisfatória justificativas, em anexo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos sujeitos da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, e somente poderá se iniciar após a aprovação do CEP. O pesquisador deverá encaminhar relatório final, após a pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_598464.pdf	22/11/2015 17:42:01		Aceito
Outros	Instrumentos.pdf	22/11/2015 17:41:05	Marina Morato Stival	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Resposta_CEP.pdf	22/11/2015 17:39:21	Marina Morato Stival	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/10/2015 10:02:42	Marina Morato Stival	Aceito
Outros	termosconcordancia.pdf	07/10/2015 20:48:35	Marina Morato Stival	Aceito
Outros	CurriculoMarinaMoratostival.pdf	07/10/2015 20:47:29	Marina Morato Stival	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOAbordagemDCNT.pdf	07/10/2015 20:41:25	Marina Morato Stival	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	07/10/2015 20:39:19	Marina Morato Stival	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

ANEXO 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Abordagem das Condições Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde

O (a) Senhor(a) está sendo convidada a participar do projeto: Abordagem das Condições crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde. O nosso objetivo é Investigar o processo saúde-doença de indivíduos que vivem com hipertensão arterial e *diabetes mellitus* em Regional Administrativa do Distrito Federal.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). A sua participação será através de uma avaliação realizada na Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília (FCE-UnB) para: medida de sua composição corporal pelo DXA, uma balança, e coleta de 15ml de sangue do seu braço para realização de exames que permitem conhecer um pouco melhor como “funciona” estas doenças, do ponto de vista genético. Serão utilizados equipamentos novos, estéreis e descartáveis. Poderá haver pequeno incômodo de dor no momento da introdução da agulha para a retirada do sangue e, eventualmente, a formação de um pequeno hematoma (mancha roxa) no local.

Além disso você participará de uma entrevista e responderá perguntas de um questionário com um tempo estimado de 1 hora. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Depois será agendada uma visita em sua casa para que um pesquisador vá até sua casa e faça uma entrevista e observe sua casa. Esta visita poderá durar até 1 hora. Informamos que a Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhor(a).

A sua participação neste estudo poderá proporcionar, no âmbito pessoal, a identificação de algum problema não antes conhecido. Os resultados estarão sempre disponíveis a você. Caso seja de seu desejo, os resultados serão discutidos com você pela equipe deste trabalho. Sua participação poderá ainda ajudar no maior conhecimento sobre **Condições Crônicas Não Transmissíveis**, principalmente em relação às causas genéticas da doença. Sua participação é voluntária e não alterará o seguimento e tratamento da doença que você já está fazendo. Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis. Caso você decida não participar, isto não afetará o seguimento e tratamento normal nem o seu relacionamento com seu médico. Conforme previsto pelas leis brasileiras você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

O seu sangue, coletado no presente estudo, ficará guardado Laboratório de Análises Clínicas da Faculdade da Ceilândia da Universidade de Brasília, no banco de amostras “**Condições Crônicas Não Transmissíveis**”, sob a responsabilidade dos pesquisadores. Toda nova pesquisa a ser feita com o material guardado será submetida para aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa e, quando for o caso, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em eventos científicos e na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Prof. Luciano Ramos de Lima na instituição Faculdade de Ceilândia da Universidade de

Brasília telefone: 8178-3397 ou 3107-8418, no horário: 08:00 às 18:00. Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

_____ Nome
/ assinatura:

Prof. Luciano Ramos de Lima

Brasília, ____ de _____ de _____

ANEXO 3 - Instrumentos de coleta de Dados

DADOS SOCIODEMOGRÁFICO E PERFIL CLÍNICO.

Dados Pessoais

Nome: Sexo: F() M()

Telefone: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos Estado Civil: _____

Endereço: _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Cor: () Branca () Parda () Negra () Outros

Nível de escolaridade: _____ Ocupação: _____

Renda mensal: _____ Renda familiar: _____

Diagnóstico: () HAS Tempo de diagnóstico: __ () DM Tempo de diagnóstico: __

Tipo de DM: () Insulino-dependente () Não Insulino-Dependente

Outras doenças: _____

Pressão arterial: ____ x ____

Hábitos

Tabagismo () Não () Sim. Há quantos anos?

Etilista () Não () Sim. Há quantos anos? _____

Realiza exercícios físicos? () Não () Sim. Com que frequência? _____

AVALIAÇÃO DA DOR COM CARACTERÍSTICAS DE NEUROPATIA

Avaliação da dor

Investigação da presença, localização e características da dor Presença de dor:

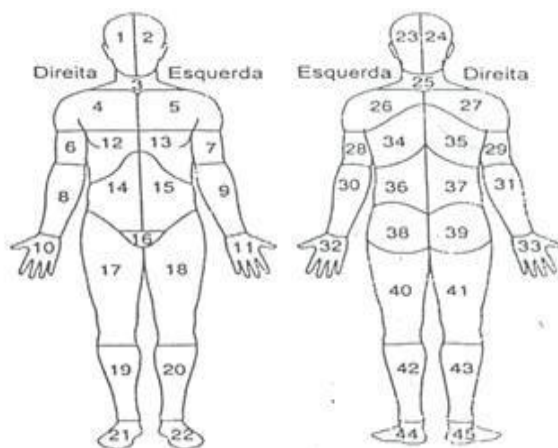
“Ao longo da vida, muito de nós tem algum tipo de dor, como dor de cabeça, dor muscular ou lombar, dor de dente, dor nos membros, etc. No último ano você sentiu algum tipo de dor ou desconforto nas pernas (pés/panturrilhas)?”

SIM

NÃO

Localização e características da dor:

Na figura abaixo, marque com o(s) símbolo(s) onde o usuário referir sentir dor/desconforto conforme o descritor:



X: queimação
 =: dormência
 +: formigamento
 ///: fadiga
 ---: câimbras
 **: prurido
 00: alfinetada e/ou agulhada
 %: outro. Qual? _____

Em caso de mais de um local de dor: Perguntar ao usuário:

“Qual o local da principal dor, ou seja, aquela que mais incomoda?”

Principal dor:

Relate aqui sobre intensidade a principal dor: sendo zero a ausência de dor e 10 a pior dor que você já sentiu, qual o número que melhor descreve sua dor?”

!___!___!___!___!___!___!___!___!___!___!
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Perguntar ao usuário se dor especifica nos **pés ou panturrilha** se tiver também:

“Sendo zero a ausência de dor e 10 a pior dor que você já sentiu, qual o número que melhor descreve sua dor?”

!___!___!___!___!___!___!___!___!___!___!
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Sobre a principal dor:

“Há quanto tempo sente essa dor?”

há menos de seis meses há mais de seis meses

“Caso a dor seja contínua, costuma piorar durante:”

dia noite dia e noite não piora, é sempre igual

“Caso a dor não seja contínua, costuma aparecer, ou seja, se inicia durante:” (

dia noite dia e noite

ESCALA DE DOR LANNS

Escala de dor LANNS (Adaptada ao Português do Brasil por Schestatsky et al., 2011), PORTARIA Nº 1.083, DE 2 DE OUTUBRO DE 2012.

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

A. QUESTIONÁRIO DE DOR

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

1) A sua dor se parece com uma sensação estranha e desagradável na pele? Palavras como "agulhadas", "choques elétricos" e "formigamento" são as que melhor descrevem estas sensações.

- a) NÃO- Minha dor não se parece com isso.....[0]
- b) SIM - Eu tenho este tipo de sensação com frequência.....[5]

2) A sua dor faz com que a cor da pele dolorida mude de cor? Palavras como "manchada" ou "avermelhada ou rosada" descrevem a aparência da sua pele.

- a) NÃO - Minha dor não afeta a cor da minha pele.....[0]
- b) SIM - Eu percebi que a dor faz com que minha pele mude de cor.....[5]

3) A sua dor faz com a pele afetada fique sensível ao toque? [A ocorrência de] Sensações desagradáveis ou dolorosas ao toque leve ou mesmo ao toque da roupa ao vestir-se descrevem esta sensibilidade anormal.

- a) NÃO - Minha dor não faz com que minha pele fique mais sensível.....[0]
- b) SIM - Minha pele é mais sensível ao toque nesta área.....[3]

4) A sua dor inicia de repente ou em crises, sem nenhuma razão aparente, quando você está parado, sem fazer nenhum movimento? Palavras como "choques elétricos", "dor em pontada" ou "dor explosiva" descrevem estas sensações.

- a) NÃO - Minha dor não se comporta desta forma[0]
- b) SIM - Eu tenho estas sensações com muita frequência.....[2]

5) A sua dor faz com que a temperatura da sua pele na área dolorida mude? Palavras como "calor" e "queimação" descrevem estas sensações.

- a) NÃO- Eu não tenho este tipo de sensação.....[0]
- b) SIM - Eu tenho estas sensações com frequência.....[1]

B. EXAME DA SENSIBILIDADE (preenchido pelo profissional de saúde)

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

6) ALODINIA

Examine a resposta ao toque leve com algodão sobre a área não dolorida e, a seguir, ao toque da área dolorida. Caso sensações normais forem percebidas no lado não dolorido e, ao contrário, se dor ou sensações desagradáveis (sensação tipo "picada" ou "latejante") forem percebidas na área afetada, então a alodinia está presente.

- a) NÃO - Sensação normal em ambas as áreas..... [0]
 b) SIM - Alodinia somente na área dolorida.....[5]

7) ALTERAÇÃO DO LIMIAR POR ESTÍMULO DE AGULHA

a) Determine o limiar por estímulo de agulha pela comparação da resposta a uma agulha de espessura 23 conectada a uma seringa de 2 ml - sem a parte interna – suavemente colocada nas áreas doloridas da pele e depois nas não doloridas.

b) Caso uma sensação de agulhada normal for sentida na área da pele não dolorida, mas uma sensação diferente for sentida na área dolorida como, por exemplo, "nenhuma sensação" ou "somente sensação de toque" (LSA aumentado) ou "dor muito intensa" (LSA diminuído), isso significa que há um LSA alterado.

c) Caso a sensação de agulhada não for percebida em nenhuma área, conecte a parte interna da seringa à agulha para aumentar o peso e repita a manobra.

- a) NÃO - Sensação igual em ambas as áreas.....[0]
 b) SIM - Limiar por estímulo de agulha alterado no lado dolorido.....[3]

SCORE:

Some os valores entre parênteses nos achados descritivos e de exame da sensibilidade para obter um escore global. ESCORE TOTAL (máximo 24)_____

Se o escore for inferior a 12, [são improváveis de] estejam contribuindo para a dor do usuário. Se o escore for igual ou superior a 12, provavelmente mecanismos neuropáticos estejam contribuindo para a dor do usuário.

Pesquisa da Perda de Sensibilidade Protetora (PSP) (Boulton et al., 2008; MS, 2013):
 4 testes

Informar ao usuário: Vamos fazer um teste de sensibilidade na planta de seus pés, favor informar quando o senhor(a) sentir a sensação de estimulação no local.

a) Monofilamento de 10 g (sensação de pressão):

Ponto 1: aspecto plantar do hálux ou primeiro pododáctilo.

Ponto 2: aspecto plantar da cabeça do primeiro metatarso.

Ponto 3: aspecto plantar da cabeça do terceiro metatarso.

Ponto 4: aspecto plantar da cabeça do quinto metatarso.

Fonte: Boulton et al., 2008

C = resposta correta, I = resposta incorreta

- Teste monofilamento NORMAL no PÉ DIREITO = pelo menos 2 respostas corretas em qualquer ponto.
 Teste monofilamento NORMAL no PÉ ESQUERDO = pelo menos 2 respostas corretas em qualquer ponto.

- Teste monofilamento ANORMAL no PÉ DIREITO = 2 respostas incorretas em qualquer ponto.
- Teste monofilamento ANORMAL no PÉ ESQUERDO = 2 respostas incorretas em qualquer ponto.

b) Diapasão de 128 Hz (sensibilidade vibratória):

Perguntar ao usuário: “Vamos fazer um teste de sensibilidade em forma de vibração em seus pés, favor informar quando o senhor(a) não sentir mais a sensação de vibração.”

Marcar os pontos avaliados:

- Ponto 1: aspecto dorsal da falange distal do hálux

Caso o usuário não perceba a vibração neste ponto adotar ponto 2 ou 3:

- Ponto 2: maléolo lateral
- Ponto 3: tuberosidade tíbia

N = resposta normal, A = resposta anormal

Teste ANORMAL = o usuário perde a sensação da vibração enquanto o examinador ainda percebe o diapasão vibrando

- Teste NORMAL (negativo) no lado DIREITO = pelo menos 2 respostas corretas (das 3 aplicações)
- Teste NORMAL (negativo) no PÉ ESQUERDO = pelo menos 2 respostas corretas (das 3 aplicações)
- Teste ANORMAL (positivo) no PÉ DIREITO = pelo menos 2 respostas incorretas (das 3 aplicações)
- Teste ANORMAL (positivo) no PÉ ESQUERDO = 2 respostas incorretas (das 3 aplicações)

c) Palito (sensibilidade dolorosa profunda): aplicação do palito na superfície dorsal da pele próxima a unha do hálux, com pressão suficiente para deformar a pele.

Informar ao usuário: Vamos fazer um teste doloroso em seus dedos dos pés, favor informar quando o senhor(a) sentir dor no(s) dedo(s)”

- Teste ANORMAL = o usuário não percebe a aplicação do palito (2 vezes\resposta correta)
- Teste NORMAL = o usuário percebe a aplicação do palito (2 vezes\resposta correta)

d) Martelo (reflexo Aquileu): tornozelo em posição neutra, percussão do tendão de Aquiles.

- Teste ANORMAL = ausência de flexão do pé
- Teste NORMAL = presença de flexão do pé

Avaliação final dos 4 testes:

- PSP no PÉ DIREITO = monofilamento E/OU 1 teste ANORMAIS.
- PSP no PÉ ESQUERDO = monofilamento E/OU 1 teste ANORMAIS.

- DESCARTADA PSP no PÉ DIREITO = pelo menos monofilamento E 1 teste NORMAIS, nenhum teste ANORMAL.
- DESCARTADA PSP no PÉ ESQUERDO = pelo menos monofilamento E 1 teste NORMAIS, nenhum teste ANORMAL.

e) Diapasão de 128 Hz (sensibilidade à temperatura):

Informar ao usuário: “Vamos fazer um teste de sensibilidade à temperatura em seus pés, favor informar quando o senhor(a) sentir a alteração de temperatura - frio”

Avaliador: resfriar o diapasão com álcool imediatamente antes de aplicá-lo.

Ponto de aplicação: aspecto dorsal das cabeças dos 5 metatarsos

Teste ANORMAL = o usuário não detecta a sensação de temperatura

- Teste NORMAL (negativo) no lado DIREITO = pelo menos 2 respostas corretas (das 3 aplicações).
- Teste NORMAL (negativo) no PÉ ESQUERDO = pelo menos 2 respostas corretas (das 3 aplicações).
- Teste ANORMAL (positivo) no PÉ DIREITO = pelo menos 2 respostas incorretas (das 3 aplicações).
- Teste ANORMAL (positivo) no PÉ ESQUERDO = 2 respostas incorretas (das 3 aplicações).

ANEXO 4 - Normas da revista 'ABCS Health Sciences'

TIPOS DE CONTRIBUIÇÕES

- **Artigos Originais:** Resultados de pesquisas clínicas, epidemiológicas, experimentais ou teóricas; ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes); artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em Saúde.
- **Artigos de Revisão:** Podem ser “revisão sistemática e meta-análise” ou “revisão narrativa/crítica”. Revisão sistemática e meta-análise: objetiva responder a pergunta específica e de relevância para a saúde por meio da síntese de resultados de estudos originais publicados, quantitativos ou qualitativos. Deve descrever com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de meta-análise). **Revisão narrativa/crítica:** apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Recomenda-se que esse tipo de revisão seja elaborado por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.
- **Relatos de Caso:** Apresentação e discussão de casos clínicos que apresentem interesse especial e contribuam para a literatura específica. Devem relatar a experiência médica, biológica ou de matérias afins em função da discussão do raciocínio, lógica, ética, abordagem, tática, estratégia, modo, alerta de problemas usuais ou não, que ressaltam sua importância na atuação prática e mostrem caminhos, conduta e comportamento para sua solução.
- **Cartas ao Editor:** Comentários sobre aspectos relevantes nas Ciências da Saúde, estimulando a discussão de novas tendências e controvérsias. Incluem também correspondências de leitores comentando, discutindo ou criticando artigos publicados na ABCS Health Sciences. Neste caso, sempre que possível, uma resposta dos autores ou editores será publicada junto com a carta.

FORMATO DO MANUSCRITO

Todos os textos enviados para publicação devem ser redigidos com espaçamento duplo, em fonte Times New Roman tamanho 12, com margens de 3,0 cm e em tamanho A4.

Todas as páginas devem vir numeradas no canto superior direito. Cada uma das seguintes seções deve iniciar uma nova página:

- **folha de rosto:** título em português e inglês (máximo de 20 palavras); sugestão de título curto (máximo de 10 palavras); autores (nomes completos); instituições às quais os autores mantêm vínculo acadêmico; nome, endereço institucional completo, telefone e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência;
- **resumo:** deve ter até 250 palavras e ser acompanhado por até 6 palavras-chave escolhidas dentre os termos indexados junto aos Descritores em Ciências da Saúde (decs.bvs.br);
- **abstract:** versão fiel em inglês do resumo, deve ser acompanhado de keywords correspondentes;
- texto principal do artigo, apresentando no máximo 25.000 caracteres (espaços incluídos), dividido conforme o quadro abaixo;
- **agradecimentos** (podem ser mencionados nomes de pessoas que contribuíram com o trabalho mas não preenchem os requisitos para caracterizar co-autoria, assim como nome de instituições que proporcionaram apoio financeiro ou logístico);
- **referências;**
- figuras, tabelas e quadros (máximo 6 elementos no total).

O manuscrito deverá respeitar as particularidades de formatação de cada tipo de contribuição:

Tipo de contribuição	Resumo	Divisões do texto principal	Número máximo de referências
Artigo Original, Artigo de Revisão (revisão sistemática ou meta-análise)	Estruturado: Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Conclusão	Introdução, Métodos, Resultados, Discussão	40
Artigo de Revisão (revisão narrativa/crítica)	Não estruturado	Pode ser dividido livremente	40
Relato de Caso	Estruturado: Introdução, Relato do caso, Conclusão	Introdução, Relato do caso, Discussão	15
Carta ao Editor	Não tem resumo	Sem divisões	05

FORMATO DAS REFERÊNCIAS

As referências devem ser numeradas em algarismos arábicos de acordo com a ordem em que aparecem no texto, no qual devem ser identificadas com o mesmo número no formato sobrescrito. Os autores devem apresentar as referências seguindo as normas dos Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (www.icmje.org). Veja abaixo exemplos de formatação das referências:

- Artigo:

Marshall AC, Levine J, Morash D, Silva V, Lock JE, Benson CB, et al. Results of in utero atrial septoplasty in fetuses with hypoplastic left heart syndrome. *Prenat Diagn.* 2008;28(11):1023-8.

- Livro:

Melzack R. *The puzzle of pain.* New York: Basic Books Inc Publishers; 1973. p. 50-1.

- Capítulo de livro:

Peerless SJ, Hernesniemi JA, Drake CG. Surgical management of terminal basilar and posterior cerebral artery aneurysms. In: Schmideck HH, Sweet WH, editors. *Operative neurosurgical techniques.* 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders; 1995. v. 1. cap. 84. p. 1071-86.

- Tese e dissertação:

Pimenta CA. Aspectos culturais, afetivos e terapêuticos relacionados à dor no câncer. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995. p. 109-11.

- Documento em formato eletrônico:

International Committee of Medical Journal Editors [Internet]. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Disponível em: <http://www.acponline.org/journals/annals/01jan97/unifreqr.htm>. Acesso em: 15 jun. 2003.

FIGURAS, TABELAS E QUADROS

Figuras, tabelas e quadros devem ser apresentados separadamente ou ao final do texto, juntamente com as respectivas legendas e/ou títulos. Todas as imagens devem ser designadas como “Figuras” e numeradas em algarismos arábicos de acordo com a ordem em que aparecem no texto. As imagens devem ser fornecidas em seu formato original (jpg ou tif) de alta resolução (mínimo 300 dpi). Todas as figuras serão publicadas em preto e branco, exceto no caso dos autores se responsabilizarem pelos custos adicionais de

impressão colorida. Imagens apresentando pacientes deverão ser submetidas juntamente com termos de aceitação de publicação assinados. Tabelas e quadros devem ser numerados em algarismos romanos de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

A ABCS Health Sciences encontra-se no direito de solicitar aos autores correções de formação antes de enviar o manuscrito para avaliação pelos revisores.

SUBMISSÃO

Pode ser realizada por este portal ([Clique Aqui](#)) ou pelo envio da documentação completa pertinente por correio eletrônico (abcs@fmabc.br).

AVALIAÇÃO

No presente momento todas as comunicações sobre a avaliação do manuscrito submetido estão sendo realizadas exclusivamente por meio do correio eletrônico abcs@fmabc.br.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

Todos os autores assinaram declaração que participaram da execução do trabalho, que o estudo descrito é inédito e que foi submetido exclusivamente à avaliação pela ABCS Health Sciences. Uma cópia digitalizada desta carta será incluída como documento suplementar no passo 4 da submissão.

O arquivo do manuscrito apresenta todas as seguintes seções na ordem apresentada: (1) folha de rosto, (2) resumo, (3) abstract, (4) texto principal, (5) referências. As figuras, tabelas e quadros, juntamente com suas respectivas legendas, estão inseridas no FINAL do texto, após as referências.

O arquivo do manuscrito submetido está em formato Microsoft Word ou compatível. O texto está em espaço duplo e usa fonte Times New Roman de 12 pontos.

O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em [Diretrizes para Autores](#), na página Sobre a Revista.

Os arquivos originais das figuras serão fornecidos como arquivos independentes PDF, PNG, JPG, TIF ou GIF de alta resolução juntamente com os demais documentos complementares no passo 4 da submissão.

No caso de trabalhos relatando estudos envolvendo seres humanos ou animais de experimentação será incluída cópia digitalizada do documento de autorização por Comitê de Ética em Pesquisa como documento suplementar no passo 4 da submissão.

Os autores estão cientes que no presente momento todas as comunicações sobre a avaliação do manuscrito estão sendo realizadas exclusivamente por e-mails enviados ao autor para correspondência. Assim, este autor deverá incluir abcs@fmabc.br na lista de endereços eletrônicos seguros em seu provedor de e-mail. No caso de alguma mensagem da revista não ser respondida pelo autor para correspondência em um prazo máximo de 3 semanas, o manuscrito poderá ser reprovado por inatividade.

Os autores estão cientes que o manuscrito será avaliado em processo de revisão por pares, recebendo pareceres de avaliadores externos anônimos independentes escolhidos pelo corpo editorial.

Declaração de Direito Autoral

Autores que publicam nesta revista concordam com os seguintes termos:

Autores mantêm os direitos autorais e concedem à revista o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob uma licença Creative Commons CC BY que permite o compartilhamento e adaptação do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.

Autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não-exclusiva da versão do trabalho publicada nesta revista (ex.: publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial nesta revista.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.