

AVALIAÇÃO DA DOR : 5^o SINAL VITAL – Uma revisão bibliográfica

Willian Moraes Vicente

RESUMO

Introdução: O estudo referente a dor, nos ultimos anos, foi valorizado devido sua alta prevalência na população geral, porem a mesma vem sendo negligenciada em todo o mundo, e para suprir essa necessidade, foi instituido a dor como quinto sinal vital, como uma forma melhorar a qualidade de vida e o atendimento ao paciente. **Objetivos:** identifica o conhecimento da equipe de enfermagem em relação à avaliação da dor, verificando a percepção da equipe sobre a dor como quinto sinal vital, identificando os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos utilizados para controle da dor. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, utilizado os seguintes bancos de dados: bancos de dados eletrônicos: SCIELO, BDEF e LILACS. **Desenvolvimento:** A dor é classificada em aguda e crônica que geram efeitos psicológicos dor e podem resultar em uma cascata complexa de eventos fisiológicos. Desde janeiro de 2000, foi incluído a dor como quinto sinal vital. Portanto, a sua avaliação e seu registro devem ser realizados juntamente com a verificação dos outros sinais vitais, devido a necessidade de melhor intervenção para um cuidado integral. **Conclusão:** Este estudo de revisão bibliográfica permitiu a discreta e simples constatação das consequências do controle ineficaz da dor aguda no paciente e reafirmou a necessidade de maior atenção quanto à avaliação, o registro e o controle das queixas algicas.

Palavras – chave: avaliação da dor, assistência de enfermagem a dor, dor quinto sinal vital, controle da dor, métodos farmacológicos e não farmacológicos.

ABSTRACT

Introduction: The study of pain in recent years has been valued due to its high prevalence in the general population, but it has been neglected throughout the world, and in order to meet this need, pain was instituted as the fifth vital sign, as a Improve quality of life and patient care. **Objectives:** identifies the nursing team's knowledge regarding pain assessment, verifying the team's perception about pain as the fifth vital sign, identifying the pharmacological and non-pharmacological treatments used to control pain. **Methodology:** This is a bibliographic review study, using the following databases: electronic databases: SCIELO, BDNF and LILACS. **Development:** The pain is classified in acute and chronic that generate psychological pain effects and can result in a Complex cascade of physiological events. Since January 2000, pain has been included as the fifth vital sign. Therefore, its evaluation and recording should be performed together with the verification of the other vital signs, due to the need for better intervention for integral care. **Conclusion:** This literature review allowed for the discreet and simple verification of the consequences of ineffective control of acute pain in the patient and reaffirmed the need for greater attention regarding the evaluation, recording and control of pain complaints.

Key words: pain evaluation, nursing care for pain, fifth vital sign pain, pain control, pharmacological and non - pharmacological methods.

1. INTRODUÇÃO

O estudo referente a dor, nos últimos anos, foi valorizado devido sua alta prevalência na população geral, seja ela, resultante de patologias clínicas, cirúrgicas ou de causas externas, contudo, a sua avaliação pelos profissionais da saúde, tem sido realizada de maneira incompleta. (Ponte STD, 2008)

A Associação Internacional para o Estudo da Dor define a dor *“como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tissular real ou potencial e descrita em termos de tal dano.”*, portanto, uma experiência individual e subjetiva. O organismo traduz a dor como um “alerta de proteção”, salientando alguma alteração negativa. (MICELI, 2002).

A dor aguda inicia-se com uma lesão, e seu estímulo é transferido das fibras nervosas do Sistema Nervoso Periférico (SNP) para o Sistema Nervoso Central (SNC). São liberados substâncias algogênicas (acetilcolina, prostaglandina, histamina, serotonina, bradicinina, leucotrieno, tromboxana, fator de ativação plaquetário, íons potássio, radicais ácidos) que são sintetizadas no local afetado, estimulando terminações nervosas (nociceptores) de fibras mielinizadas finas ou amielínicas. O impulso é transportado através dessas fibras nociceptivas para o corno posterior da medula ou para os núcleos sensitivos, no caso de nervos cranianos. Nesses locais, pode ocorrer modulação (amplificação ou supressão) do sinal, antes de ser projetado para as áreas específicas do tronco cerebral, tálamo, hipotálamo e córtex cerebral, onde é interpretado. Ao longo dessas vias de condução da dor geram-se reflexos que envolvem alterações neuroendócrinas (DRUMMOND,2000).

Segundo IASP, a dor aguda vem sendo negligenciada em todo o mundo, pouca atenção tem sido disponibilizada quanto à avaliação e ao controle algico, visto o número alto de vítimas atendidas e que permanecem em internamento nos setores hospitalares. (CALIL A.M, 2005; CALIL A.M,2003)

A manifestação e a intensidade da dor são influenciado por diversos fatores, entre eles a idade do paciente, gravidade da lesão, sexo e realização de analgesia correta. Sensações são geradas pelo quadro algico, como já destacado, são

experiências individuais e subjetivas, tornando difícil sua mensuração, a justificativa testada para a desinformação quanto à avaliação e a analgesia adequada e antecipada do paciente é descrita pela falta de informação e de diálogo sobre o assunto. Mesmo sendo um sintoma recorrente no ambiente hospitalar, observa-se que ainda existem avaliações incorretas do quadro apresentado. Assim, diante da subjetividade, complexidade e multidimensionalidade da experiência dolorosa, o primeiro desafio no combate à dor inicia-se na sua avaliação adequada e tratamento integral da mesma com base na informação do paciente. (PONTE STD, 2008)

Os instrumentos para mensurar a dor podem ser unidimensionais ou multidimensionais. Escalas unidimensionais avaliam somente uma das dimensões da experiência dolorosa, destacam-se a Escala Visual Numérica (EVN), graduada de zero a dez, na qual zero significa ausência de dor e dez, a pior dor imaginável, e a Escala Visual Analógica (EVA), que é um instrumento sensível e reprodutível, permitindo análise simples contínua da dor, que consiste em uma linha reta, não numerada, indicando se em uma extremidade a marcação de “ausência de dor” e na outra, “pior dor imaginável”. Estudos demonstram que ambas as escalas têm a vantagem de facilitar a abordagem da equipe de enfermagem e o paciente, ao fornecer um instrumento para forma simples de entendimento da mensuração da dor. (SAKATA et al, 2003; SOUSA, 2004)

A Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor inclui a dor como o quinto sinal vital, sendo necessário sua avaliação tão automaticamente quanto os outros sinais vitais, temperatura, pulso, respiração e pressão arterial. Como as intervenções para alívio da dor fazem parte do cuidado, é fundamental compreender seu significado e ampliar a educação continuada acerca da importância de sua mensuração. Para isso, é fundamental técnicas que visem avaliar a dor com intuito de realizar um cuidado humanizado. Neste sentido, a equipe precisa estar focada na avaliar empenhar-se em medidas para seu alívio, proporcionando conforto e bem estar ao sujeito, promovendo a qualidade de vida e promover a saúde durante a internação hospitalar ou em cuidados domiciliares. (SOUSA, 2002)

O aprendizado sobre dor e analgesia nas instituições de ensino de enfermagem faz-se de forma reduzida e escassa, fazendo com que os profissionais

formados não utilizam este conhecimento na prática diária. Independente das falhas em relação a educação dos profissionais da área da saúde, se faz necessário a implantação de um programa ou protocolo de manejo da dor, melhorando a assistência e a formação dos futuros profissionais visando um cuidado seguro e humanizada (SOUSA, 2002; SAKATA et all, 2003; SOUSA, 2004)

Estas considerações permitem entender que se faz necessário que a equipe de enfermagem esteja ciente de sua responsabilidade frente ao cliente com dor, pois se essa conseguir perceber seu papel de cuidador poderá intervir de maneira positiva, respeitando o ser e contribuindo para a realização de um cuidado humanizado. Logo, o presente trabalho tem como objetivo identificar a partir de uma revisão bibliográfica, o conhecimento da equipe de enfermagem em relação à avaliação da dor, avaliando a percepção da equipe sobre a dor como quinto sinal vital, identificando também os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos utilizados para controle da dor.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica. Para tal foi realizada uma pesquisa em bancos de dados eletrônicos: Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Literatura Latino-americana, do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Os descritores usados foram: avaliação da dor, assistência de enfermagem a dor, dor quinto sinal vital, controle da dor, métodos farmacológicos e não farmacológicos. As publicações concentraram-se entre os anos de 1993 e 2016. A busca dos artigos deu-se entre os meses de abril e maio de 2017.

Foram abortados e fundamentados assuntos referente a avaliação da dor como 5^o sinal vital, avaliação do enfermeiro frente ao paciente com dor e condutas terapêuticas e não terapêuticas para o tratamento da dor.

Para a inclusão das publicações foram determinados os seguintes critérios: possuir texto na íntegra e ter a temática relevante para o estudo. Para exclusão obtiveram-se os seguintes: publicações com datas inferiores, em língua estrangeira e teses. O total de produções analisadas foi de 48 artigos. A partir disso foi realizado um quadro sinóptico que através da análise permitiu a formulação de categorias, ao final, foram selecionados 31 artigos. Seguimos para uma leitura analítica que nos possibilitasse a construção de categorias e, posteriormente, realizamos uma leitura interpretativa para identificação das concepções sobre a avaliação da dor como quinto sinal vital e as maneiras para amenizar os sinais e sintomas.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 Dor

A dor é classificada em aguda e crônica e pode ser descrita em três tipos: somática, visceral e neurogênica. A dor somática, originada de ossos e partes moles, é contínua, localizada na área acometida e que piora com movimento e pressão. A dor visceral ocorre quando há comprometimento de órgãos internos, não há localização precisa e é contínua. A dor neurogênica localiza-se na região inervada pelo nervo danificado e pode estar associada a um “déficit” motor ou sensitivo, alterações do sistema nervoso autônomo, parestesias e episódios paroxísticos de sensações de “choque” ou queimação. (KIMURA, 2004)

Estímulos dolorosos e os efeitos psicológicos da dor podem resultar em uma cascata complexa de eventos fisiológicos, como o recrutamento dos eixos simpáticos- adrenal e hipotalâmico caracterizado pelo aumento da liberação de cortisol, glucagon e catecolaminas. Algumas das respostas do organismo para estas alterações neuroendócrinas serão: o hipermetabolismo que irá aumentar o trabalho cardíaco e o consumo de oxigênio pelo miocárdio, acidose láctica, diminuição dos estoques de energia, prejuízo e retardo na cicatrização, falência múltipla dos órgãos decorrente da baixa perfusão sanguínea, fadiga, mialgia, ansiedade, medo, hipo e hipertermia, hipovolemia, hipertensão, aumento no sangramento, sudorese, jejum, desidratação, hipóxia, infecção, queda da imunidade, sepse, imobilização prolongada, desconforto, gerando assim o aumento do tempo de internação. (ROCHA, 2007)

A dor, quando não tratada adequadamente, afeta a qualidade de vida dos doentes e de seus cuidadores em todas as dimensões: física, psicológica, social e espiritual. (SILVIA, 2001)

A maioria dos profissionais de saúde desconhece o impacto da dor sobre o paciente e a subestimam, bem como a sub prescrição e a não administração de medicamentos têm se mostrado como fatores contribuintes para o controle inadequado da dor. (PIMENTA, 1996)

3.2. Dor como o 5º sinal vital

Desde janeiro de 2000, a Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations (JCAHO) publicou norma que inclui a dor como quinto sinal vital. Portanto, a sua avaliação e seu registro devem ser realizados juntamente com a verificação dos outros sinais vitais, sendo eles a pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura, decisão essa baseada na necessidade da melhoria no atendimento ao paciente. (BAGATINI et all, 2001)

Avaliar a dor como quinto sinal vital é uma maneira de melhorar a qualidade de vida do cliente, pois a dor é um dos mais freqüentes sintomas relatados por estes. Possibilitando planejar a medicação, de acordo com as necessidades pessoais e permite verificar a eficácia dos tratamentos de modo confiável. (CLARKE, 1998; SAKATA, 2003)

Alguns profissionais ainda não se sensibilizaram sobre a importância da dor como um quinto sinal vital ou não fazem a mensuração da dor do paciente no momento da entrevista. Disponibilizam, nos seus registros, apenas informações relativas aos outros quatro sinais vitais já incorporados na prática, sendo essa ação repreensível, pois a avaliação da dor é tão importante quanto os outros sinais, considerando que é difícil prescreverem-se cuidados sem ter um parâmetro para definir condutas de alívio e bem estar ao paciente, estabelecendo um bom plano de cuidados. (PEDROSO, 2006)

A expressão e o modo como o doente lida com o fenômeno doloroso estão intimamente ligados as suas experiências anteriores. Existem pacientes que acreditam que a dor e o sofrimento são condições que devem ser suportadas, outros podem hesitar a informar sua dor porque não querem ser vistos como queixosos, considerando reclamar como sendo um sinal de fraqueza, ou não querem tomar analgésicos, devido os efeitos colaterais. Portanto, pacientes necessitam ser educados e acolhidos, podendo conversar sobre sua dor no momento em que for atendido, explicar que sua queixa e confiança do relato é parte fundamental no seu cuidado. Sempre que possível, inclua a família nesta discussão. O preparo dos doentes e cuidadores, para uso de qualquer método para o controle da dor devem ser feito de modo sistemático e visa torná-los agentes de auto cuidado e

participantes conscientes do processo terapêutico, podendo ser realizado no âmbito familiar e nas outras esferas do cuidado com a saúde. (Pimenta, 2006; Diccini, 2004)

A abordagem inicial para o cuidado com a dor é acreditar na queixa verbal do paciente, para isso, a equipe de enfermagem deve ser instruída a mensurar e registrar a dor no prontuário do paciente. No entanto, simplesmente perguntar ao paciente sobre sua dor diariamente, no momento de toda mudança de turno não ajuda a evitar alterações nesse quadro algico. Todavia, registrar a dor é fundamental, pois tais informações permitem que os dados sejam compartilhados entre os diversos plantões e equipe multidisciplinar, possibilitando que se realizem os ajustes necessários para o tratamento. Se a dor é identificada, mas a informação não circula entre os profissionais, ou circula de modo irregular e lento, a proposta analgésica ou o ajuste ficam comprometidos, por isso a ação a serem realizadas após a identificação da mesma auxilia na rapidez do tratamento. (RIGOTTI, 2005)

Após a análise de algumas pesquisas, nota-se que a grande parte dos profissionais da enfermagem acredita na eficácia da avaliação da dor como forma para tomada de decisões em relação aos cuidados com o paciente, entretanto encontram obstáculos referentes a implantação de protocolos, ausência de treinamentos sobre escalas de avaliação, assim como o preparo e confiança para abordar os pacientes .

3.3 Avaliação da dor.

A experiência dolorosa é evento muito mais amplo, não se resumindo apenas à intensidade. As características da dor também devem ser avaliadas, incluindo o seu início, local, irradiação, periodicidade, tipo de dor, duração e fatores desencadeantes. É importante observar as reações comportamentais e fisiológicas da dor conforme discutido no presente artigo. (SOUSA, 2002)

A cultura é um diferencial entre as ações dos indivíduos, ditando suas crenças, atos, percepções, emoções e também tem um poderoso efeito na tolerância ou não à dor. Constata-se isso, quando se observa que o mesmo estímulo pode ser insuportável a um paciente e tolerável para outro. Pode-se também notar que a questão cultural exerce um papel importante nas ações do profissional da área

da saúde, repercutindo diretamente no manejo da dor. Alguns profissionais baseados em suas próprias experiências avaliam a dor de maneira superficial e não valorizam o evento. (BUDÓ ET ALL, 2007; NASCIMENTO, 2011)

Um artifício muito usado na mensuração da dor é tentar comparar a intensidade da experiência álgica e exemplos da vida diária do cliente, pois a sua familiaridade com essa realidade estabelece cumplicidade suficiente entre cuidador e cliente, fazendo com que este perceba o quanto tentamos entendê-los como indivíduo, e não como um dado padronizado. A partir daí, transpomos esta informação para as escalas unidimensionais, e obtemos uma graduação específica. (BASBAUM, 2002)

Os termos mensuração e avaliação são comumente utilizados na literatura relacionada à dor, no entanto possuem algumas diferenças. A mensuração refere-se ao escalonamento de um número ou valor que pode ser atribuído por intermédio de instrumentos unidimensionais, esses instrumentos podem ser rapidamente administrados e mensuram apenas a intensidade da dor. Já, a avaliação da dor é um processo mais complexo, uma vez que considera outros aspectos da dor, sendo necessário o uso de instrumentos multidimensionais, para se obter informações sobre a dor, seu significado e seus efeitos sobre a pessoa. Juntas, avaliação e mensuração, constituem o processo de sintetizar as informações coletadas e capturadas por instrumentos unidimensionais ou multidimensionais durante o exame do paciente, servindo para estabelecer um diagnóstico, prognóstico e planejar um programa de controle e manejo da dor. (Silva, 2006)

A avaliação e o controle da dor deveriam ser iniciados durante todo o atendimento primário, devido ao benefício a evolução do quadro clínico que o paciente poderá apresentar, melhorando assim a qualidade do atendimento. (CALIL, 2003)

Sendo ela um fenômeno subjetivo, a única forma eficaz de avaliação é através do relato do paciente por manifestações verbais ou não. Tendo como objetivo caracterizar a experiência dolorosa em todos os seus domínios, identificando os aspectos que possam estar determinando ou contribuindo para a manifestação do sintoma, monitorar as repercussões da dor no funcionamento biológico, emocional e social do indivíduo, selecionar as alternativas de tratamento e

verificar a eficácia das terapêuticas instituídas. A eficácia do tratamento e o seu seguimento dependem de uma avaliação e mensuração confiável e válida. (PIMENTA, 1997)

A equipe de enfermagem é quem, pela maior proximidade com o paciente, identifica, avalia e notifica a dor, programa horários para as terapêuticas farmacológicas prescritas, prescreve medidas não-farmacológicas e avalia a analgesia. Entretanto, alguma publicação, e no presente caso clínico, foi evidenciada que o papel do enfermeiro na avaliação e controle da dor está praticamente inexistente, assim como a avaliação e o registro pela equipe médica. Sendo assim, a falta de êxito no controle da dor é decorrente da avaliação ineficaz ou mesmo a falta de avaliação. (Cecília)

A dor deverá ser avaliada no momento da admissão do paciente e reavaliada de forma contínua e regular conforme a necessidade e o quadro clínico apresentado, garantindo o controle adequado, verificando a necessidade de alterações da terapia analgésica proposta. O registro de tais informações é importante, pois permite que os dados coletados com o paciente sejam compartilhados entre os plantões e as diversas equipes, possibilitando a melhor assistência ao paciente. (SILVA, 2003).

Atualmente existem estratégias para avaliação da dor, sendo que cada modo de avaliação fornece informações qualitativas e quantitativas a respeito da dor. Por ser uma experiência subjetiva, a dor não pode ser mensurada por instrumentos, e ainda não existe um instrumento padrão que permita ao enfermeiro e a equipe de saúde mensurar essa experiência tão complexa e pessoal, por isso estão disponíveis algumas escalas que permitem avaliá-la, complementando o processo de análise relativa a esta experiência. (NASCIMENTO, 2011; KIMURA, 2004)

Dentre as propostas de avaliação da dor, destacam-se os instrumentos unidimensionais e os multidimensionais. Constituem-se como exemplos unidimensionais a Escala Visual Numérica (EVN), graduada de zero a dez, na qual zero significa ausência de dor e dez, a pior dor imaginável e a Escala Visual Analógica (EVA), que é um instrumento simples, sensível e reproduzível, permitindo análise contínua da dor, que consiste em uma linha reta, não numerada, indicando se em uma extremidade a marcação de “ausência de dor” e na outra, “pior dor

imagináveis”. Ambas as escalas são utilizadas diariamente na prática clínica, pois propõem identificar a severidade e a intensidade da dor, baseados em informações rápidas, por técnicas não invasivas, mas necessita da colaboração do paciente. (SOUSA, 2004; SAKATA, 2003).

Como exemplo de instrumento multidimensional, temos o questionário de dor de McGill, considerado o melhor instrumento e é o mais utilizado para caracterizar e discernir os componentes afetivo, sensitivo e avaliativo da dor, quando se pretende obter informações qualitativas e quantitativas a partir de descrições verbais. Estudos classificam como um instrumento universal, capaz de padronizar a linguagem da dor. Contudo existem algumas dificuldades em sua aplicação como tempo aumentado para o seu preenchimento e também a difícil compreensão das palavras por indivíduos com baixa escolaridade, idosos ou aqueles com dificuldade de concentração. (PIMENTA, 1996).

Observa-se, através da leitura e comparação entre artigos utilizados na pesquisa, a necessidade da revisão e da educação da equipe multidisciplinar quanto à avaliação e o registro da dor, visando o entendimento da necessidade da mensuração da dor e confiança nos relatos dos pacientes para o melhora e avaliação do tratamento.

3.4 Terapias farmacológicas.

Em situações de internações hospitalares, as principais causas de dores agudas são referentes a fraturas fechadas, fraturas abertas, abrasões e laceração, contusão cerebral, fraturas simples de crânio e luxação de coluna cervical, sendo estas, causadoras de dor de intensidade moderada a grave. A avaliação e o controle precoce e adequado da dor no atendimento evita efeitos prejudiciais desnecessários ao organismo. (CALIL, 2003; PONTE ET ALL, 2008)

Um dos fatores da ausência do controle da dor é justificado pelos profissionais, devido risco de modificação ou “mascararem” os sintomas. A dor aguda deve ser no mínimo, aliviada nos setores, pois com os recursos diagnósticos

existentes atualmente, não se justifica deixar o paciente permanecer com dor até a conclusão diagnóstica. (RIGOTTI, 2005; CALIL, 2003)

A analgesia é uma prática esperada e fundamental para os médicos, sendo necessário que o profissional tenha conhecimento e compreensão dos medicamentos utilizados, monitorização devido efeitos adversos e avaliação do quadro algico continua para realização de um esquema analgésico que melhore os sintomas apresentados. (LUPPEN, 2011).

Diversas literaturas trazem que no ambiente hospitalar, os fármacos mais utilizados são os analgésicos (dipirona e paracetamol), os antiinflamatórios (cetoprofeno e diclofenaco), e os opióides (meperidina, morfina e fentanila). O uso de opióides, como a morfina, é reduzido no setor de emergência, principalmente devido ao estigma da dependência associado a essa droga e ao desconhecimento e receio das reações desse medicamento pelos profissionais de saúde. (CALLIL, 2008).

Para a sistematização dos padrões de analgesia, existe uma escala analgésica da Organização Mundial de Saúde (OMS) que sugere a padronização do tratamento analgésico baseado em uma escada de três degraus de acordo com a intensidade de dor e particularidade do paciente. O primeiro degrau recomenda o uso de medicamentos analgésicos simples e antiinflamatórios não esteróides (AINE's) para dores fracas. O segundo degrau sugere opióides fracos, que podem ser associados aos analgésicos simples ou AINE's, para dores moderadas. O terceiro degrau, opióides fracos associados a coadjuvantes e não-opióides, e também opióides fortes associados a coadjuvantes e não-opióides. (OMS, 2009).

A dor leve, segundo a escala da OMS é comumente tratada com analgésicos não opióides. A dipirona é o seu representante mais empregado. Depois, segue-se o uso do paracetamol e dos antiinflamatórios não esteróides (AINE's), esse que atualmente está sendo utilizado, de maneira isolada ou associada a outros medicamentos, proporcionando a diminuição do uso de opióides e assim, diminui os efeitos adversos. (CAVALCANTE e GOZZANI, 2004).

A dor moderada tem sido controlada através da associação entre dipirona ou paracetamol, AINH's, opióide fraco, como a codeína e o tramadol. (CAVALCANTE e GOZZANI, 2004)

Os opióides são as drogas mais utilizadas para analgesia de forte intensidade, exercem seu efeito terapêutico camuflando a ação dos opióides endógenos, a endorfina, dinorfina e encefalina, sobre os receptores específicos. Mesmo com a sintetização de novos opióides, a morfina permanece como referência neste grupo, sua absorção é imediata a partir do trato gastrointestinal, após sua administração a morfina é rapidamente absorvida pelas suas propriedades de baixa lipossolubilidade. A ação direta sobre neurônios locais ou circuitos intrínsecos de modulação da dor produz o efeito anestésico para alívio da dor de intensidade moderada a grave, porém produzem também efeitos indesejáveis como náuseas, vômitos, pruridos, depressão respiratória, constrição pupilar (CAVALCANTE e GOZZANI, 2004).

No caso de dores agudas, a escala é utilizada de forma descendente, ou seja, usar o terceiro ou segundo degrau nos primeiros dias de hospitalização ou após cirurgias/procedimentos dolorosos de acordo e as escalas de mensuração de dor. Nos dias subsequentes ao trauma tecidual, espera-se que a escada analgésica da OMS diminua assim como o quadro algíco.

Ainda referente à dor aguda, o seu controle requer a administração concomitante de dois ou mais analgésicos com diferentes mecanismos de ação, a analgesia multimodal, visando analgesia mais eficaz e menos efeitos adversos do que a monoterapia.

3.5 Terapias não farmacológicas

O controle da dor não consiste somente na utilização de medicamentos, podendo-se desenvolver estratégias não farmacológicas que, associadas, apresentam maior êxito para o conforto do paciente podendo até reduzir o quadro algíco apresentado. As Intervenções não-farmacológicas compreendem um conjunto de medidas de ordem educacional, física, emocional, comportamental e espiritual, e

muitas delas podem ser ensinadas aos doentes e seus cuidadores, estimulando o auto cuidado, no entanto, cabe ao enfermeiro, após avaliação do paciente, escolher as intervenções que melhor atendam as necessidades do paciente. (GIANNOTTI, 2004; RIGOTTI, 2005).

Dentre as principais técnicas não farmacológicas, temos as terapias físicas (aplicação de calor e frio, massagem, estimulação elétrica transcutânea e acupuntura), que, por meio da ativação do sistema sensitivo-discriminativo, estimulam o sistema supressor de dor, e técnicas cognitivo-comportamentais (relaxamento, técnicas de distração, imaginação dirigida, hipnose e biofeedback) que, possivelmente, promovem relaxamento muscular e distração da atenção. (MC CAFERRY, 1989; PIMENTA, 1990).

As terapias complementares que tem apresentado grande avanço para o alívio da dor, sendo que essas terapias têm demonstrado eficácia quanto ao alívio do quadro doloroso, propiciando então um rico campo a ser explorado. Tais técnicas têm crescido em meio à enfermagem, uma vez que um único recurso terapêutico não tem se mostrado suficiente para o controle dos quadros álgicos. As terapias complementares são realidade no universo da saúde humana, sendo utilizadas por centenas de anos, mas cabe aos pesquisadores comprovar cientificamente os benefícios destas terapias, para que possam ser somadas às terapêuticas farmacológicas existentes, já incorporadas ao sistema de saúde vigente. (Eler, 2006;

3.6 Alternativas para resolução dos problemas e Ações:

Avaliação sistemática.

- Dor como o 5º sinal vital, sendo necessário o registro em todos os períodos, visando um cuidado diferenciado e de qualidade.
- Avaliação continuada e regular da dor após administração dos analgésicos.
- Sensibilização dos profissionais da área da saúde quanto à avaliação e o registro da dor.

- Educação continuada para equipe de enfermagem frente ao paciente com queixas álgicas.

CONCLUSÃO

Este estudo de revisão bibliográfica permitiu a discreta e simples constatação das consequências do controle ineficaz da dor aguda no paciente e reafirmou a necessidade de maior atenção quanto à avaliação, o registro e o controle das queixas álgicas.

É notória também a falta de informação e preparo da equipe de saúde sobre as opções de tratamento e controle da dor, apontando para a necessidade da implantação de um protocolo de analgesia gerando a padronização do atendimento, completo e eficiente sanando as dúvidas em relação à indicação de um esquema analgésico individualizado baseado na avaliação da dor.

Notou-se a necessidade da realização de treinamentos e educação continuada, especialmente para a equipe de enfermagem, pois como discutido no texto, há uma interação maior com o paciente, utilizando uma escala única para facilitar a identificação e o registro das queixas álgicas, buscando assim novas formas, não farmacológicas para alívio dos sintomas e diminuição da administração de medicamentos.

As alternativas levantadas a partir desta pesquisa são questões de difícil resolução e que merecem atenção de toda a equipe de saúde, e servirão para futuros estudos mais aprofundados do tema visando diminuir o sofrimento desnecessário vivenciado no atendimento hospitalar.

APÊNDICE I

QUESTIONÁRIO DE DOR MCGILL

1	5	9	13	17
1-ondulante	1-fisgada	1-vaga	1-amedrontada	1-esparrama
2-tremulante	2-aperto	2-dolorimento	2-apavorante	2-irradia
3-pulsante	3-mordida	3-machucada	3-terrorizante	3-penetra
4-palpitante	4-cólica	4-dolorida		4-transfixa
5-latejante	5-esmagamento	5-em peso	14	
6-em pancada			1-castigante	18
	6	10	2-atormenta	1-aperta
2	1-puxão	1-sensível	3-cruel	2-adormece
1-pontada	2-estiramento	2-distendida	4-maldita	3-repuxa
2-choque	3-arrancamento	3-esfolante	5-mortificante	4-espreme
3-tiro		4-rompendo		5-rasga
	7	11	15	
3	1-calor	1-cansativa	1-miserável	19
1-alfinetada	2-queimor	2-exaustiva	2-alucinante	1-fria
2-perfurante	3-escaldante			2-gelada
3-facada	4-causticante		16	3-congelante
4-punhalada		12	1-maçante	
5-lancinante	8	1-enjoada	2-incômoda	20
	1-formigamento	2-sufocante	3-desgastante	1-aborrecida
4	2-coceira		4-intensa	2-nauseante
1-aguda	3-ardor		5-insuportável	3-agonizante
2-cortante	4-ferroada			4-pavorosa
3-dilacerante				5-torturante

ALGUMAS PALÁVRAS QUE EU VOU LER DESCREVEM A SUA DOR ATUAL. DIGA-ME QUAIS PALAVRAS MELHOR DESCREVEM A SUA DOR. NÃO ESCOLHA AQUELAS QUE NÃO SE APLICAM. ESCOLHA SOMENTE UMA PALAVRA DE CADA GRUPO. A MAIS ADEQUADA PARA A DESCRIÇÃO DE SUA DOR.

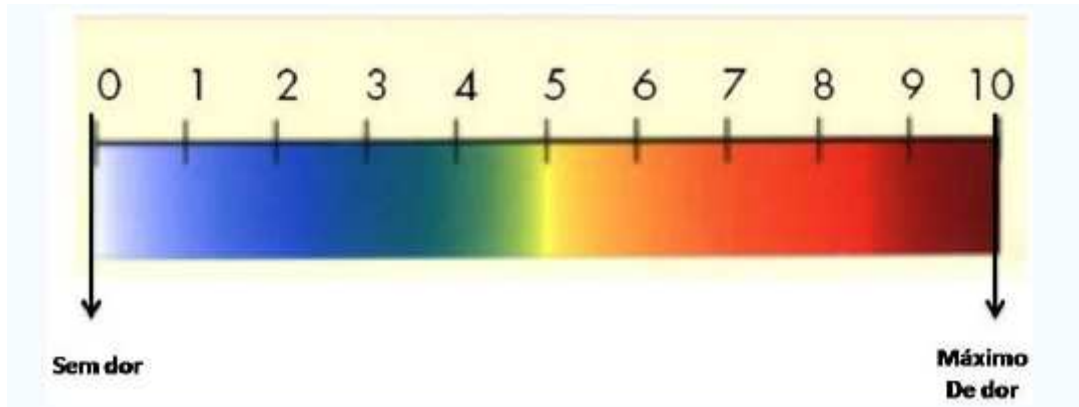
1	5	9	13	17
1-vibração	1-beliscão	1-mal localizada	1-amedrontadora	1-espalha
2-tremor	2-aperto	2-dolorida	2-apavorante	2-irradia
3-pulsante	3-mordida	3-machucada	3-terrorizante	3-penetra
4-latejante	4-cólica	4-dóida		4-atraversa
5-como batida	5-esmagamento	5-pesada	14	
6-como pancada			1-castigante	18
	6	10	2-atormenta	1-aperta
2	1-fisgada	1-sensível	3-cruel	2-adormece
1-pontada	2-puxão	2-esticada	4-maldita	3-repuxa
2-choque	3-em torção	3-esfolante	5-mortal	4-espreme
3-tiro		4-rachando		5-rasga
	7	11	15	
3	1-calor	1-cansativa	1-miserável	19
1-agulhada	2-queimação	2-exaustiva	2-enlouquecedora	1-fria
2-perfurante	3-fervente			2-gelada
3-facada	4-em brasa		16	3-congelante
4-punhalada		12	1-chata	
5-em lança	8	1-enjoada	2-que incomoda	20
	1-formigamento	2-sufocante	3-desgastante	1-aborrecida
4	2-coceira		4-forte	2-dá náusea
1-fina	3-ardor		5-insuportável	3-agonizante
2-cortante	4-ferroada			4-pavorosa
3-estraçalha				5-torturante

Número de Descritores	Índice de Dor
Sensorial.....	Sensorial.....
Afetivo.....	Afetivo.....
Avaliativo.....	Avaliativo.....
Miscelânea.....	Miscelânea.....
TOTAL.....	TOTAL.....

PIMENTA, C. A de M.; TEIXEIRA, M. J. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. Rev. Esc. Enf. USP, v.30. n.3, p. 473-83, dez. 1996.

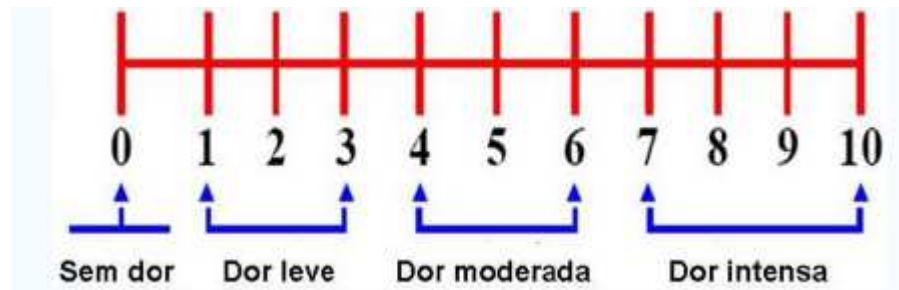
APÊNDICE II

Escala visual analógica (EVA)



Hospital Israelita Albert Einstein. Gerenciamento da dor na SBIBHAE. 2010.

Escala visual/verbal numérica (EVN)



Hospital Israelita Albert Einstein. Gerenciamento da dor na SBIBHAE. 2010.

Referências

1. Basbaum A, Bushnell MA. Pain: Basic mechanisms. In: Giamberardino MA (ed.), Pain 2002 – an updated review: Refresher course syllabus. 1. ed., IASP Press: Seattle, 2002. p. 3-7.
2. Bottega FH, Fontana RT. A DOR COMO QUINTO SINAL VITAL: UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO POR ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL GERAL Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2010 Abr-Jun; 19(2): 283-90.
3. Budó MLD, Nicolini D, Resta DG, Büttenbender E, Pippi MC, Ressel LB. A Cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(1):36- 43.
4. Calil A.M, Pimenta.CAM. Conceitos de enfermeiros e médicos de um serviço de emergência sobre dor e analgesia no trauma. Rev Esc de Enferm USP. 2005;39(3):325-32.
5. Calil AM. Dor e analgesia em vítimas de acidentes de transporte atendidas em um pronto socorro [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.
6. Calil AM. Avaliação da dor e analgesia. In: Sousa RMCS, Calil AM, Paranhos WY, Malvestio MA, organizadoras. Atuação no trauma: uma abordagem para a enfermagem. São Paulo: Atheneu; 2008. p. 87-98.
7. CALIL, Ana Maria; PIMENTA, Cibele Andracioli de Mattos e Birolini, Dário. O "problema oligoanalgesia" no atendimento de emergência. *Clínicas* [online]. 2007, vol.62, n.5 [cited 2015/11/07], pp. 591-598
8. Clarke WC, Kashani A, Clark SB. A mensuração da dor. In: Kanner R. Segredos em clínica de dor. Porto Alegre: ArtMed; 1998. p. 41-50
9. Hospital Israelita Albert Einstein. Gerenciamento da dor na SBIBHAE. 2010.
10. DRUMMOND, J.P. Dor aguda: fisiopatologia, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 262p., Cap. I, p. 1-25, 2000.
11. Ferrell BR The impact of pain on quality of life. A decade of research. Nurs Clin North Am 1995; 30(4):609-24.
12. Giannotti LA, Pizzolli LML. Musicoterapia na dor: diferenças entre os estilos jazz e new age. Rev Nurs. 2004;71(7):35-41.
13. Kimura M, Ferreira KASL. Avaliação da qualidade de vida em indivíduos com dor. In: Leão ER, Chaves LD, editores. Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem. 1ª ed. Curitiba: Maio; 2004. p. 60-73.
14. Luppen L.S, Sampaio F.H, Stadnik C.M.B. Satisfação dos pacientes com a implantação do conceito dor o quinto sinal vital, no controle da dor pós-operatória Rev Dor. São Paulo, 2011 jan-mar;12(1):29-34
15. MICELI, A. V. P. Dor crônica e subjetividade. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 363-73, 2002.
16. Nascimento LA, Kreling MCGD. Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem. Acta Paul Enferm 2011;24(1):50-4.
17. Pasternak GW. Pharmacological mechanisms of opioid analgesics. Clin Neuropharmacol 1993; 1-18.
18. Pedroso RA, Celich KLS. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2006 Abr-Jun; 15(2):270-6.

19. PIMENTA, C. A de M.; TEIXEIRA, M. J. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. Rev. Esc. Enf. USP, v.30. n.3, p. 473-83, dez. 1996.
20. Ponte STD, Machado A, Dutra APG, et al. Dor como queixa principal no serviço de pronto-atendimento do hospital municipal de São Pedro do Sul-RS. Rev Dor 2008;9(4):1345-9
21. Rigotti MA, Ferreira AM. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. Rev Arq Cienc Saude. 2005;12(1):50-4.
22. Ribeiro NCA, Barreto SCC, Hora EC, Sousa RMC. O enfermeiro no cuidado à vítima de trauma com dor: o quinto sinal vital Rev Esc Enferm USP 2011; 45(1):146-52 www.ee.usp.br/reeusp
23. Rocha APC, Kraychete DC, Lemonica L, Carvalho LR, Barros GAM, Garcia JBS, Sakata RK — Dor: Aspectos Atuais da Sensibilização Periférica e Central, Rev Bras Anestesiol ARTIGO DE REVISÃO 2007; 57: 1: 94-105
24. Sakata RK, Hisatugo MKI, Aoki SS, Vlainich R, Issy AM. Avaliação da dor. In: Cavalcanti IL, Maddalena ML, editores. Dor. Rio de Janeiro: SAERJ; 2003. p.53-94.
25. Silva YB, Pimenta CAM. Análise dos registros de enfermagem sobre dor e analgesia em doentes hospitalizados. Rev Esc Enferm USP. 2003;37(2):109-18.
26. Silva LMH, Zago MMF. O cuidado do paciente oncológico com dor crônica na ótica do enfermeiro. Rev Latinoam Enferm. 2001;9(4):44-9.
27. SILVA, M. J. P.; LEÃO, E. R. Práticas complementares no alívio da dor. In: LEÃO, E. R.; CHAVES, L. D. Dor, 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba, p. 121-133, 2004
28. Silva JA, Ribeiro-Filho NP. Avaliação e mensuração de dor: pesquisa, teoria e prática. Ribeirão Preto: FUNPEC; 2006.
29. SOCIEDADE BRASILEIRA PARA ESTUDO DA DOR (SBED). Classificação da dor. Disponível em: www.dor.org.br.
30. Sousa FAEF, Hortense P. Mensuração da dor. In: Chaves LD, Leão ER, editores. Dor: 5º sinal vital, reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba: Maio; 2004. p.75-84.
31. Sousa FAEF. Dor: o quinto sinal vital. Rev Latino- -Am Enfermagem 2002;10(3):446