

Anexo D – Diretriz clínica para gerenciamento/gestão da dor

Elaine da Hora dos Santos, Isabela Ribeiro Simões de Castro e Marcio Curi Rondinelli

A dor é um sintoma frequente no ambiente hospitalar e ambulatorial, e seu controle e alívio do sofrimento são de responsabilidade do profissional de saúde. O desconhecimento sobre doses eficazes, tempo de ação dos analgésicos, técnicas analgésicas disponíveis, o receio quanto à depressão respiratória, o hábito de agir da mesma forma contribuem para que ela seja subtratada, além de outros fatores.

O inadequado alívio da dor no pós-operatório é um problema na prática clínica. Em estudo da Associação Internacional para Estudo da Dor (AIED) sobre a avaliação em pós-operatório de cirurgia cardíaca e abdominal, observou-se que, em todas as prescrições, havia algum analgésico em regime “se necessário”, mas cerca da metade dos pacientes não o utilizou, e aqueles que receberam a medicação permaneceram com dor, sugerindo subdose.

A avaliação da dor e o registro sistemático e periódico de sua intensidade são fundamentais para que se acompanhe a evolução dos pacientes e se realizem os ajustes necessários no tratamento. O tratamento da dor minimiza, elimina o desconforto, facilita a recuperação, evita efeitos colaterais, gera menores custos, previne complicações e diminui o período de internação.

O tratamento da dor tem como alicerces a monitorização padronizada, os protocolos para uso de analgésicos e controle dos efeitos colaterais, além do treinamento dos profissionais responsáveis pela analgesia. Iniciativas de tratamento antálgico sem orientação médica especializada podem resultar em dano grave à saúde.

A diretriz clínica

O objetivo da diretriz clínica é implantar a **Dor como 5º sinal vital** nas organizações de saúde. A necessidade de a dor ser reconhecida como 5º sinal vital foi citada pela primeira vez em 1996, por James Campbell (Presidente da Sociedade Americana de Dor), e seu objetivo foi o de elevar a conscientização entre os profissionais de saúde sobre o tratamento da dor. Campbell (1996 apud Almeida 2011) refere que “se a dor fosse aliviada com o mesmo zelo que os outros sinais vitais, haveria melhor chance de promover tratamento adequado”. O nível

de evidência (Cochrane) dos resultados com o uso da diretriz é alto. O custo de implantação exige apenas esforço e treinamento. O tempo para implantação é menor que 12 meses. A dificuldade de implantação é média e depende de diversas áreas e da cultura existente no serviço de saúde.

A diretriz clínica orienta:

- * Adotar uma rotina de avaliação de ocorrência e intensidade da dor para todos os pacientes usando **escala** específica para pacientes adultos, pediátricos, com déficit cognitivo ou sedados (por exemplo: escala EVA; escala CRIES);
- * Documentar as intervenções planejadas para o tratamento e controle da dor, bem como o período determinado para a reavaliação.
- * Realizar um planejamento/planeamento para o seu efetivo desenvolvimento, preferencialmente designando um membro da equipe que fique responsável pela coordenação da implantação do 5º sinal vital.
- * Estabelecer um plano de ação com prazos e designação de responsáveis para a sua implantação em todas as unidades da organização.
- * Definir a folha para o registro da avaliação, intervenção e reavaliação.
- * Definir o instrumento de avaliação que será utilizado.
- * Estabelecer normas e procedimentos para avaliação e reavaliação da dor para os pacientes em que a dor seja identificada.
- * Educar a equipe quanto à avaliação da dor (componentes de uma avaliação, aplicação da escala específica, registro adequado e reavaliação) e seu manejo (intervenções farmacológicas e não farmacológicas).
- * Desenvolver um plano para educação do paciente e seus familiares quanto à avaliação e o manejo da dor.

O processo de avaliação da dor

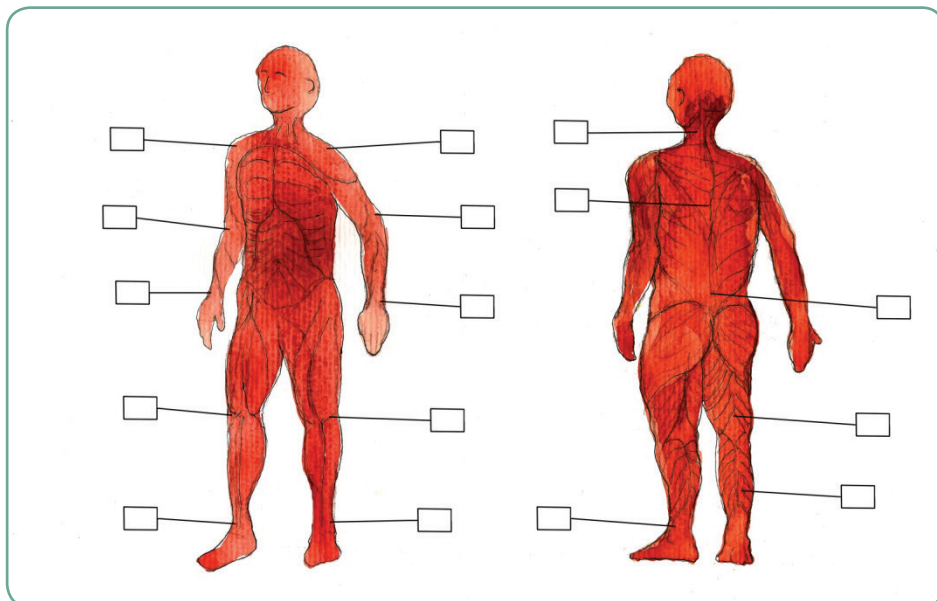
O processo de avaliação deve incluir o histórico e exame físico do paciente, bem como os aspectos psicossociais e familiares relacionados. A avaliação também deve envolver os componentes sensoriais da dor, porém deve-se ter em mente que o indivíduo que vivencia a dor é

o “expert” sobre seu padrão, localização, intensidade e natureza, bem como o grau de alívio obtido pela terapia.

O padrão da dor é avaliado pelo uso de palavras que descrevem seu ritmo. O paciente será questionado se a dor é constante, intermitente ou breve, sobre a data e horário do seu início e quando foi o último episódio.

A especificação da localização da dor pode auxiliar na determinação de sua etiologia. Pode ser utilizado um diagrama corpóreo para que o paciente demonstre, assinalando em um desenho, as áreas dolorosas (Figura 1). De outra forma, o profissional questiona o paciente sobre quais locais do corpo que doem e registra ou assinala no diagrama de localização. Novos locais dolorosos que apareçam devem ser registrados, porque podem sinalizar uma nova complicação.

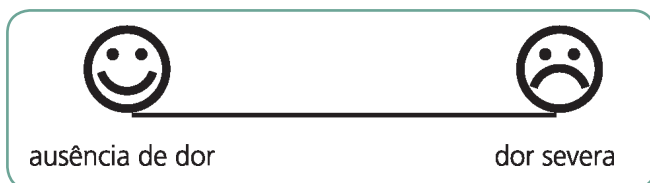
Figura 1 – Mapa de localização da dor em regiões do corpo



Fonte: Adaptado de Bueno, Vianna (2010).

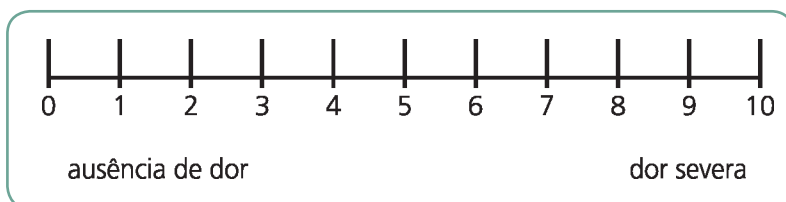
A intensidade da dor pode ser avaliada por meio de uma escala visual analógica (EVA). Uma das versões dessas escalas compreende uma linha horizontal de 10 cm, com as extremidades indicando “ausência de dor” e “a pior dor possível”. Poderá ser determinado um valor numérico utilizando-se uma régua e medindo-se a distância entre a marcação do indivíduo, que está sendo avaliado, e o extremo inferior, em uma escala em centímetros. Outra escala utilizada é de 0 a 4, caracterizando ausência de dor, dor leve, moderada, forte ou intensa (Figuras 2, 3 e 4).

Figura 2 – Escala linear analógica visual



Fonte: Schechter (1990).

Figura 3 – Escala linear analógica não visual



Fonte: Schechter (1990).

Figura 4 – Escala de faces masculina e feminina



Os prejuízos nas atividades de vida diária como sono, apetite, movimentação, higiene e deambulação, além do humor também devem ser avaliados. Podem ser indicativos do desconforto causado pela dor e auxiliam na avaliação da qualidade da analgesia. A identificação da natureza da dor poderá ser definida pelas suas características utilizando-se descritores verbais (Quadro 1).

Quadro 1 – Tipos de dor

Somática	Constante e bem localizada, por ativação de nociceptores; por exemplo, dor óssea por vasoclusão.
Visceral	Constante, mal localizada, referida a sítios cutâneos. Seu mecanismo envolve a ativação de nociceptores e/ou componente autonômico. Exemplo: dor no gradil costal em pacientes com síndrome torácica aguda.
Neuropática	Em salvas ou paroxismos, tipo choque, queimação ou disestesia. Seu mecanismo não é nociceptivo, mas por descargas paroxísticas do Sistema Nervoso Central, Sistema Nervoso Periférico e do componente autonômico.

Fonte: Lobo, Marra, Silva (2007).

A frequência de avaliação da dor é um aspecto importante da implantação da dor como 5º sinal vital e pode variar de acordo com o cenário clínico.

Para pacientes internados, a dor deve ser avaliada na admissão, junto com os outros sinais vitais e, posteriormente, de acordo com a rotina da organização e as condições do paciente (pós-operatório imediato, pós-operatório tardio, dor crônica, pacientes fora de possibilidade terapêutica em fase avançada da doença, entre outras), que podem determinar maior ou menor frequência a ser estabelecida. Rotinas para avaliação sistemática da dor em ambulatórios, consultórios e no domicílio também podem ser estabelecidas.

A padronização do registro de avaliação é fundamental na implantação da dor como 5º sinal vital. O registro da avaliação pode ser feito no papel (impresso próprio) ou realizado eletronicamente em programas de computadores específicos. É necessário que seja demonstrado o valor da intensidade da dor na hora da avaliação, a intervenção adotada e a intensidade da dor na hora da reavaliação (Quadro 2). Os valores que representam a intensidade da dor também podem ser expressos em gráfico, demonstrando uma curva de melhora ou piora ou ausência de dor, de acordo com valores encontrados.

Quadro 2 – Folha de registro

Data	Hora	Intensidade da dor	Intervenção	Reavaliação

Fonte: Oliveira et al. (2012).

Tratamento medicamentoso

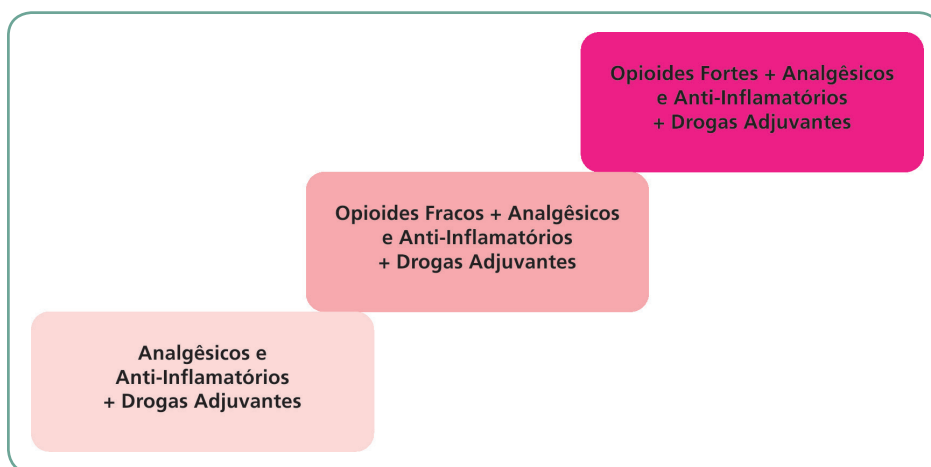
Após a identificação da intensidade do processo doloroso, a analgesia é iniciada contemplando três níveis:

- ✿ Nível 1 (Dor leve): Iniciar com analgésicos e anti-inflamatórios não esteroides com adição de drogas adjuvantes/auxiliares (antidepressivos tricíclicos, anticonvulsivantes, corticoides), utilizados para pacientes com dor leve respeitando-se os intervalos recomendados para cada fármaco.
- ✿ Nível 2 (Dor moderada): Acrescentar anti-inflamatório não esteroide ao esquema, alternando os dois fármacos em intervalo de oito horas para cada medicamento. Utiliza-se, dessa forma, um medicamento a cada quatro horas alternadamente.
- ✿ Nível 3 (Dor forte ou intensa): Acrescentar codeína (opioide fraco) a cada quatro horas. Com a implantação dessa estratégia, o paciente estará, nesse momento, utilizando três analgésicos intercalados. Dipirona e anti-inflamatório não esteroide a cada oito horas e codeína a cada quatro horas. Utilizar-se-á, dessa forma, um medicamento a cada duas horas alternadamente.

Em todos os estágios, o tratamento deve ser monitorado com a escala da dor e mantido até o desaparecimento do sintoma. Os fármacos devem ser então retirados, um de cada vez, a cada 24 horas. Após 24 horas do início do tratamento apropriado, em caso de piora ou ausência de controle do sintoma, o paciente deve procurar atendimento médico hospitalar, se for o caso.

Durante as crises, deve-se estimular a ingestão de líquidos (60 ml/kg/24h para adultos). Quando o paciente faz uso de opioide, deve-se ainda monitorar a necessidade de administrar laxantes em razão de constipação intestinal. A administração concomitante de opioide com os outros analgésicos da escala da Organização Mundial da Saúde (Quadro 3), por exemplo, dipirona e anti-inflamatórios, é recomendada. Seu uso potencializa o efeito analgésico do opioide. Nunca deverá ser associado opioide com outro opioide, ou anti-inflamatório com outro anti-inflamatório. Deve-se utilizar, preferencialmente, a via oral. A via parenteral está indicada quando se deseja alcançar mais rápido as concentrações plasmáticas.

Quadro 3 – Escala analgésica da OMS



Fonte: <http://www.isaudebahia.com.br>

Além do tratamento medicamentoso, as estratégias adjuvantes/auxiliares são úteis no tratamento da crise de dor, tais como: estimulação nervosa transcutânea (TEEN) e acupuntura. Algumas outras medidas educativas também podem apresentar resultados positivos, entre elas as técnicas de autoajuda e hipnose.

Considerações sobre a anemia falciforme

É muito importante que os profissionais que cuidam de paciente com doença falciforme reflitam sobre a efetividade do tratamento não só do ponto de vista técnico, como também sob a ótica do paciente, de sua família e da sociedade. Deve-se partir da premissa que a doença é crônica, permeada por crises agudas e ainda não pode ser curada. É também fundamental buscar conhecer e entender os processos

pelos quais esses indivíduos são conduzidos a viver. Há um sofrimento intenso, com o estigma da doença, possibilidade de limitação, perda da capacidade de trabalho e sentimento de inutilidade. Não há dúvida de que apenas a abordagem técnica não nos permitirá resolver as questões centrais sem considerar a profundidade dos significados da doença e da dor para aquele indivíduo. O modelo médico tradicional, no qual o paciente adota uma atitude passiva, deve ser rejeitado dando lugar a uma relação mais participativa, na qual o paciente passa a ser considerado parte ativa na tomada de decisões de seu tratamento.

O envolvimento do paciente nas decisões sobre seu tratamento foi abordado no Capítulo 8, "Envolvimento e segurança do paciente: desafios e estratégias", do livro *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras*.

Referências

- Almeida SARM. A avaliação e registro da dor como 5º sinal vital por parte dos enfermeiros da urgência pediátrica do CHTV [dissertação]. Viseu: Instituto de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu; 2011 [citado 2014 Ago 25]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.19/1575>.
- Bueno FF, Vianna HB. Ginástica laboral: avaliação de dores localizadas nos colaboradores de uma empresa de teleatendimento. EFDportes.com. 2010 Nov [citado 2014 Ago. 11];15(150). Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd150.jpg>.
- Castilho EE. El dolor en los niños. Rev. Educ Enfermeria, Medellin. 1987 Sep;2:40-41.
- Claro MT. Escala de faces para avaliação da dor em crianças: etapa preliminar [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1993.
- Delgado GL. A dor em oncologia. São Paulo: Atheneu; 1988.
- Lavigne JV, et al. Psychological aspects of painful medical conditions in children. Pain. 1986;27:133-46.
- Lobo C, Marra VN, Silva RMG. Crises dolorosas na doença falciforme. Rev Bras Hematol Hemoter. 2007;29(3):247-258.
- McGrath PJ, et al. Report of the Subcommittee on assessment and methodologic issues in the management of pain in childhood cancer. Pediatrics. 1990 Nov;86(5):814-7.
- Melzack R. The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. Pain. 1975;1:277-99.
- Oliveira RM, Silva LMS, Pereira MLD, Gomes JMA, Figueiredo SV, Almeida PC. Dor e analgesia em pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida. Rev. dor. 2012 Dez;13(4): 332-7.
- Portenoy RK, Foley KM, Stulman J, et al. Plasma morphine and morphine-6-glucuronide during chronic morphine therapy for cancer pain: plasma profiles, steady state concentrations and the consequences of renal failure. Pain. 1991;47:13-9.

Schechter NL, et al. Report of the Consensus Conference on the Management of pain in childhood cancer. *Pediatrics*. 1990 Nov;86(5):818-34.

Wilson J, Barnete, Lynn B. A research base for nursing care. London: Scrittore Press London; 1991. p.118-127.