

A GESTÃO DA DOR AGUDA

Rute Isabel Quadrado Pires. Mestre em Intervenção Sócio Organizacional na Saúde com Especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E., Portugal

Miguel Jorge Serra Sapateiro Pinto Pedrosa. Doutorando em Enfermagem, na Especialidade de Enfermagem Avançada do Instituto de Ciência da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Serviço de Urgência Geral/Unidade de Cuidados Intermédios Médicos de Nível 1 (UCIM), Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E., Portugal

Maria do Céu Marques, PhD. Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Departamento de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora, Portugal

Introdução

A dor constitui um desafio contínuo ao nível dos cuidados de saúde, sendo a sua intervenção/gestão um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. Quando persistente e de elevada intensidade pode prejudicar significativamente a saúde mental e física de um indivíduo, pelo que a avaliação apropriada da dor consiste no primeiro passo para o controlo da mesma. A relação da dor com o sofrimento merece, por isso, uma referência particular, na medida em que a negação e/ou desvalorização da dor do “outro” constitui um erro ético, assim como uma falha na excelência do exercício profissional. Como sintoma subjetivo, a dor corre o risco de estar colocada num quadro de análise que a considera como “necessária” ou “inevitável”, e se o sofrimento é o consentimento humano à finitude, a dor pode e deve ser avaliada, atenuada ou mitigada. Desta forma, e de acordo com o que se sabe acerca da dor e dos fatores que a influenciam, ao longo do ciclo vital, na diversidade de cada um, seja neonato ou idoso, em processo agudo, crónico ou paliativo, o que realmente importa é valorizar a dor, avaliar e respeitar a avaliação que a pessoa faz quando capaz disso ou a que o enfermeiro realiza por ela, quando a própria não o pode fazer. Contudo, existem evidências de que as atuais iniciativas para promover a avaliação da dor, incluindo em ambiente hospitalar, não conseguem resolver o problema da dor subtratada (Scher, Meador, Cleave, & Reid, 2017).

Apesar dos esforços nacionais e internacionais, diretrizes, normas de atuação, declarações de posição e das mais variadas descobertas efetuadas no campo da gestão da dor durante as últimas três décadas, muitos são ainda os que

continuam a sofrer dores moderadas a graves, que podem ser sentidas em repouso ou durante a prestação de cuidados. A prevalência da dor, especialmente da dor aguda, é elevada por estar associada sobretudo a problemas específicos de saúde e/ou procedimentos terapêuticos, o que faz com que seja um dos principais motivos para a procura de cuidados de saúde por parte da população em geral e, conseqüentemente, a principal causa de admissão hospitalar (Aslan, Badir, & Selimen, 2003; Urden, Stacy & Lough, 2015; Gouveia & Augusto, 2011). É o motivo de ida à urgência em 70% dos indivíduos e, apesar dos avanços científicos, o seu controlo inadequado continúa a ser mais regra do que exceção (Benhamou et al., 2008; Wu & Raja, 2011).

Por exemplo, o tratamento e remoção de drenos e tratamento de feridas foram identificados como os procedimentos mais dolorosos por adultos gravemente doentes, sendo a dor no período pós-operatório, uma das principais causas de dor aguda e a primeira causa de admissão e readmissão hospitalar após a intervenção (López et al., 2012). Em Portugal, estima-se que cerca de 70% dos indivíduos submetidos a cirurgia relatam dor no pós-operatório, 74% necessita de terapêutica farmacológica para a dor no período pós-operatório, sendo que, 25% dos que relataram dor no período pós-operatório a classifica de moderada a grave. Segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP), mais de 80% dos indivíduos sofrem de dor grave em algum momento da sua recuperação, 30% de dor moderada depois de serem submetidos a uma intervenção cirúrgica, ao passo que 20% dos portugueses considera que a sua dor não foi bem tratada (Gouveia & Augusto, 2011).

O inadequado controlo da dor neste período pode originar diversas complicações de origem cardiovascular, gastrointestinal, muscular e psicológica (Joshi & Ogunnaike, 2005; Schwenk & Viscusi, n.d.). Além disso, o mau tratamento da dor pode conduzir ao desenvolvimento de complicações graves e síndromes de dor crónica, que podem afetar severamente a qualidade de vida e o bem-estar do indivíduo, o que reforça a importância da prestação de atenção à dor neste contexto específico de cuidados.

Definição e Descrição da Dor

A dor é definida pela *International Association for the Study of Pain* (IASP) como uma experiência sensorial e emocional desagradável, que se associa a uma

lesão tecidual concreta ou potencial, ou descrita em função dessa lesão, desempenhando um papel importante de prevenção e de recuperação das funções normais do organismo (IASP, 1994).

É um fenómeno extraordinariamente complexo que vai para além dos sintomas físicos. Trata-se de uma experiência individual, subjetiva e multidimensional, na medida em que cada indivíduo responde a estímulos dolorosos de acordo com a sua experiência pessoal e sob influência de fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais, podendo ser classificada como aguda ou crónica. A dor é o que a pessoa que a experimenta diz ser e que existe sempre que a mesma diz. Esta definição sugere que a pessoa é capaz de referir quando tem dor, ao contrário do que acontece em contexto dos cuidados críticos, onde os indivíduos são incapazes de relatar a sua dor. A experiência da dor inclui, desta forma, diferentes componentes (IASP, 1994):

- Componente sensorial: perceção das várias características da dor, tais como, intensidade, localização e qualidade;
- Componente afetiva: emoções negativas associadas à experiência da dor (desagradável, ansiedade, medo e antecipação);
- Componente cognitiva: interpretação ou significado da dor pela pessoa que a está a sentir;
- Componente comportamental: estratégias utilizadas pela pessoa para expressar, evitar ou controlar a dor;
- Componente fisiológica: nociceção e a resposta ao stress.

Tipos de Dor

A dor pode ser classificada em aguda ou crónica, com diferentes sensações relacionadas com a origem da dor.

A dor é aguda quando de início súbito e de curta duração (corresponde normalmente ao processo de cura (30 dias) e não deve exceder os 6 meses), e constitui um sinal de alerta para uma lesão iminente ou real (traumatismo, queimadura e/ou doença súbita). Caracteriza-se por ser autolimitada, claramente localizada e estar facilmente relacionada com o estímulo que lhe deu origem, sendo de causa identificável: dor pós-operatória, traumas e queimaduras, lesões desportivas, atividades por sobrecarga, mucosite oral em doentes oncológicos, cólicas menstruais e odontalgias (Benhamou et al., 2008). A dor aguda pode ser

responsável pelo aumento da pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória. Para além disso, o aumento considerável do cortisol (causado pelo stress próprio da dor aguda) pode contribuir para o aparecimento de outros sinais, como sudorese e ansiedade (Cavalheiro, Ferreira, Souza & Ferreira, 2019). Se não for devidamente tratada, a dor aguda pode originar uma resposta prolongada ao stress e levar a danos permanentes no sistema nervoso do indivíduo, tornando-se crónica.

A dor crónica persiste durante mais de 6 meses após o processo de cura da lesão original, e pode ou não estar associado a uma doença. Desenvolve-se quando o processo de cura é incompleto ou quando a dor aguda é mal gerida. Estende-se muito para além da sensação dolorosa, envolvendo vários componentes físicos e psicológicos: ansiedade, mobilidade reduzida, alterações do sono e do apetite e depressão. Estes sintomas encontram-se associados a uma diminuição da qualidade de vida, com consequente limitação laboral e da função social, com necessidade frequente de recursos de saúde (Mcdermott, Toelle, Rowbotham, Schaefer, & Dukes, 2006). A prevalência estimada de dor crónica na Europa é de cerca de 20%. Em Portugal, 37% da população adulta sofre que dor crónica, sendo esta a segunda “doença” mais prevalente em Portugal, apenas ultrapassada pela hipertensão arterial (42,6%). Cerca de 14% por portugueses têm dor crónica recorrente com intensidade moderada ou intensa, sendo a osteoporose a principal causa, representando 47% dos casos. Esta é mais prevalente nas mulheres e em alguns grupos populacionais vulneráveis, com um absentismo médio de 14 dias por ano no caso das mulheres e de 6 dias por ano no caso dos homens, o que representa um custo anual de 4610 milhões de euros na população portuguesa, correspondente a 2,7% do PIB nacional (Altamiro & Mendonça, 2014; Azevedo, Costa-Pereira, Mendonça, Dias, & Castro-Lopes, 2012).

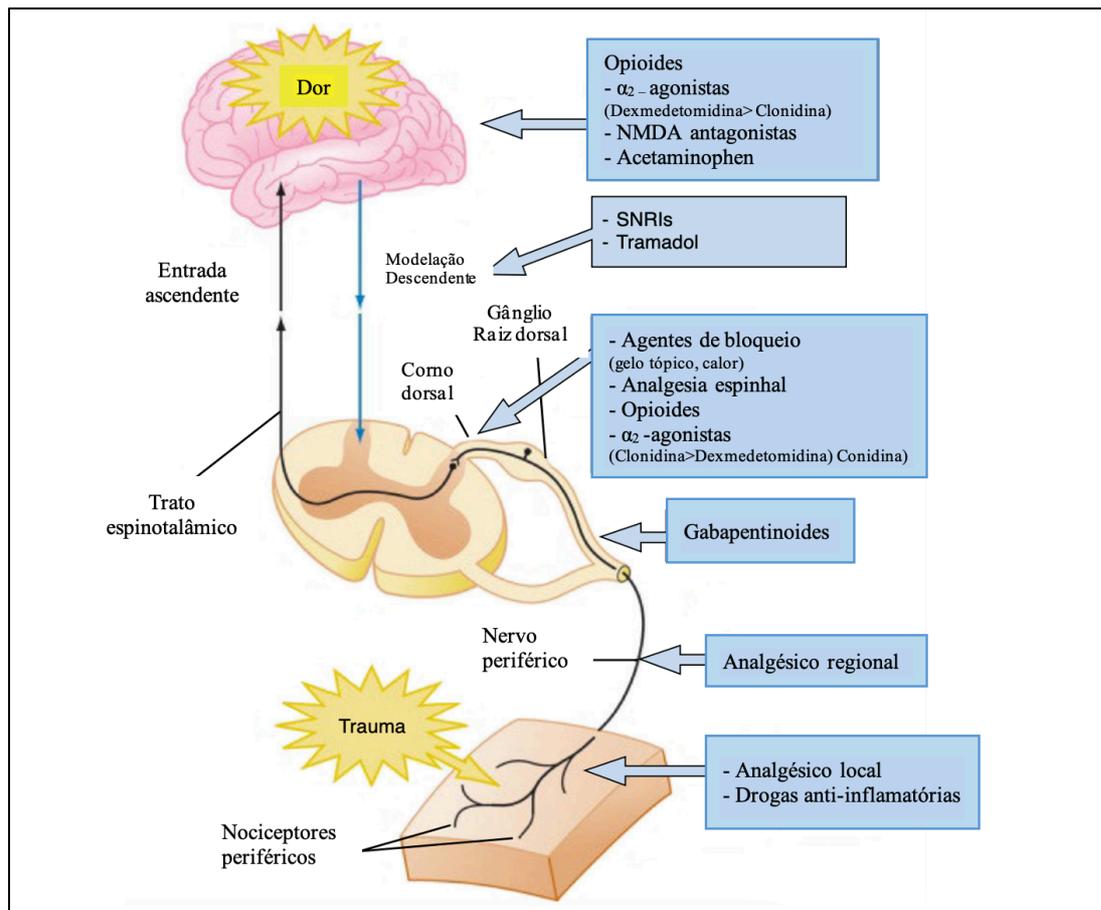
Tanto a dor aguda como a crónica podem ter uma origem nociceptiva ou neuropática. A dor nociceptiva surge da ativação de nociceptores e pode ser somática ou visceral. A dor somática geralmente é bem localizada e associada à sensibilidade local ou circundante, envolvendo tecidos superficiais, tais como a pele, músculos, articulações e ossos; a dor visceral envolve órgãos como o coração, estômago e fígado. A sua localização é difusa, pode ser referida a uma localização diferente no corpo e estar associada a sintomas como náuseas, sudorese e alterações cardiovasculares (Cashman, 2018; Thomas, 2003).

A dor neuropática surge de uma lesão ou doença que afeta o sistema somato-sensorial e pode surgir na sequência de uma lesão ou doença que conduza ao dano do sistema nervoso periférico ou central. A nevralgia e a neuropatia são exemplos relacionados com dor neuropática periférica, o que implica um dano do sistema nervoso somato-sensorial periférico. A dor neuropática central envolve o córtex somato-sensorial central e pode ser sentida pelos indivíduos após um AVC. A dor neuropática pode ser difícil de gerir e requer frequentemente uma abordagem multimodal que combine vários métodos farmacológicos e/ou não farmacológicos. Este tipo de dor desempenha um papel importante na manutenção da integridade física do organismo e/ou no seu restabelecimento, pelo que faz parte do sistema de proteção do mesmo. No entanto, quando tratada inadequadamente, torna-se um fator de risco para o desenvolvimento de complicações médicas graves e de dor crónica, na medida em que pode desencadear alterações psíquicas e fisiológicas que podem agravar a situação de saúde específica de cada indivíduo (Cavalheiro, Ferreira, Souza & Ferreira, 2019; Thomas, 2003).

Fisiologia da Dor

É no cérebro que se dá a tomada de consciência da dor, independentemente da localização da lesão. Antes de chegar ao cérebro, o sinal doloroso percorre todo o organismo, desde o local da lesão até ao Sistema Nervoso Central (SNC) figura 1. Existem dois tipos de células nervosas, também denominadas de neurónios responsáveis por todo este circuito: os neurónios aferentes, que transmitem o sinal doloroso do local da lesão para o SNC e os neurónios eferentes, que transmitem os sinais do SNC para os músculos, glândulas e órgãos.

Figura 1 - O caminho da dor



Fonte adaptado de: Khalid S, Tubbs R. Neuroanatomy and Neuropsychology of Pain. Cureus. 2017; 9 (10): e1754. Este é um acesso aberto artigo distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons CC-BY 3.0., que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam assegurados. Fonte: <https://www.cureus.com/articles/9165-neuroanatomy-and-neuropsychology-of-pain>

É um fenômeno extraordinariamente complexo que vai para além dos sintomas físicos. A dor resulta da integração do sinal relacionada com a dor em áreas corticais específicas do cérebro associadas a processos mentais e de consciência mais elevados. Por outras palavras, a dor é a experiência consciente que pode emergir da nociceção, a qual representa os processos neurais de codificação e processamento de estímulos agressivos: Transdução; Transmissão; Percepção e Modulação (Gélinas & Arbour, 2009).

O primeiro processo, a **transdução**, refere-se a estímulos mecânicos, térmicos ou químicos que danificam os tecidos. Em cuidados críticos, existem muitos estímulos nociceptivos que exacerbam a doença aguda dos indivíduos, incluindo tecnologias e intervenções invasivas. Estes estímulos, também denominados de “stressores”, estimulam a libertação de substâncias químicas, tais como

prostaglandinas, serotonina, histamina, entre outras. Estes neurotransmissores estimulam os recetores nociceptivos periféricos e iniciam a transmissão nociceptiva. Como resultado da transdução, é produzido um potencial de ação que é transmitido por fibras nervosas nociceptivas na medula espinal que atingem os centros mais altos do cérebro. A isto chama-se **transmissão**, e representa o segundo processo de nocicepção. Através da sinapse das fibras nociceptivas com as fibras motoras da medula espinal, pode aparecer rigidez muscular como resultado de uma atividade reflexiva. Esta pode ser considerada um indicador comportamental associado à dor, contribuindo para a imobilidade e diminuir a excursão diafragmática. Este fenómeno pode conduzir à hipoventilação e à hipoxemia, esta última facilmente detetada através de um oxímetro de pulso e da monitorização da pressão arterial de oxigénio (PaO₂). Deste modo, a ativação de alarmes ou luta por parte de um doente entubado com o ventilador pode indicar a presença de dor (Kyranou & Puntillo, 2012; Gélinas & Arbour, 2009).

A mensagem da dor é, assim, transmitida pelas vias espinotalâmicas para os centros do cérebro, onde é percebida. A sensação de dor transmitida pela via neoespinotalâmica atinge o tálamo e a sensação de dor transmitida pela via paleoespinotalâmica atinge o tronco cerebral, hipotálamo e tálamo. Estas partes contribuem para a **percepção** inicial da dor. Consequentemente, as projeções para o sistema líbico e o córtex frontal permitem a expressão da componente afetiva da dor. As projeções para o córtex localizado no lóbulo parietal permitem ao indivíduo descrever as características sensoriais da dor, tais como a sua localização, intensidade e qualidade (Urden, Stacy & Lough, 2015). Por último, a modulação é o processo através do qual mensagens dolorosas viajam dos recetores nociceptivos para o Sistema Nervoso Central (SNC) podem ser melhoras ou inibidas. Um exemplo típico de modulação da dor ascendente é esfregar um local de lesão, ativando as grandes fibras na periferia. No mecanismo da modulação da dor descendente, as fibras nervosas espinotalâmicas eferentes que descem do cérebro podem inibir a propagação do sinal da dor, desencadeando a libertação de opiáceos endógenos no tronco cerebral e na medula espinal. A serotonina e a norepinefrina são importantes neurotransmissores inibitórios que atuam no SNC. Além disso, a utilização de técnicas de distração, relaxamento e imagens facilita a libertação de opiáceos endógenos e demonstraram reduzir a experiência global de dor (Kyranou & Puntillo, 2012; Gélinas & Arbour, 2009).

Importância da Avaliação da Dor

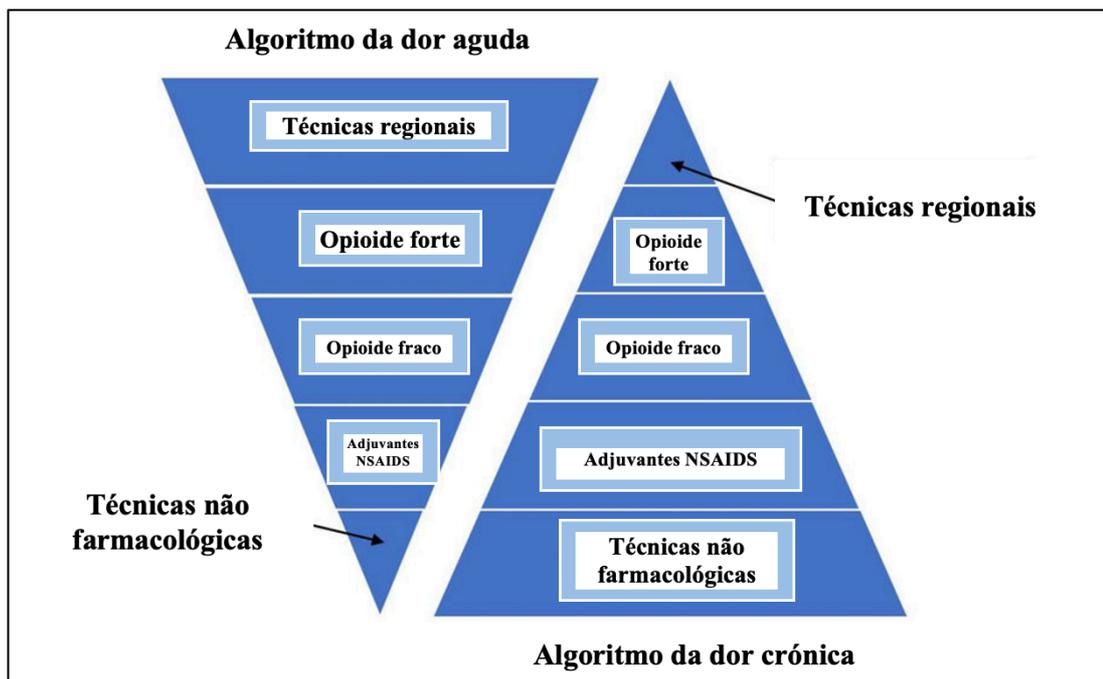
A avaliação adequada da dor é a base para um tratamento eficaz da mesma. Porque a dor é reconhecida como uma experiência subjetiva, o auto-relato do indivíduo é a medida mais válida para a dor. Infelizmente, quando falamos em cuidados críticos, existem diversos fatores/obstáculos que fazem da avaliação da dor um processo mais complexo, tais como a administração de sedativos, a utilização de ventilação mecânica e níveis alterados de consciência, com consequente impacto ao nível da comunicação com os indivíduos. Contudo, exceto por não conseguirem falar, muitos indivíduos ventilados mecanicamente podem comunicar que estão a sofrer através de aceno de cabeça, movimentos dos membros superiores/mãos ou chamando a atenção dos profissionais de saúde através de outros movimentos.

Considerada como o 5.º sinal vital, a dor passou a ter uma expressão formal e regular nos padrões de documentação de cuidados. Constitui norma de “boa prática” que a presença da dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas. Deste modo, para avaliar a dor de forma mais eficaz, torna-se necessária uma abordagem de equipa interprofissional, utilizando ferramentas multidimensionais de avaliação da dor. A equipa deve utilizar essas ferramentas para conduzir avaliações abrangentes que permitam medir aspetos da experiência da dor (por ex., dor psicológica, espiritual ou sócio emocional), além do seu componente sensorial, estabelecendo metas realistas que se alinhem com as reais necessidades dos indivíduos. Para implementar avaliações da dor multiprofissional, os enfermeiros terão de desempenhar um papel fundamental. No âmbito das suas competências nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, os enfermeiros devem tomar como foco de atenção a dor contribuindo para a satisfação dos indivíduos, o bem-estar e o autocuidado. Partindo da premissa que a prestação de cuidados de enfermagem às pessoas (concretamente às pessoas em sofrimento, como é o caso das pessoas que têm dor), tem como objetivo a promoção do bem-estar, cabe aos enfermeiros avaliarem, diagnosticarem, planearem e executarem as intervenções necessárias, calculando os resultados. Podem, inclusivamente, assumir a liderança no uso das novas tecnologias, na forma de tablets, smartphones e aplicativos móveis para facilitar a colheita de dados (Scher et al., 2017).

Avaliação da Dor

A avaliação da dor constitui uma parte integrante dos cuidados de enfermagem e é frequentemente encontrada em cuidados críticos, havendo uma ênfase crescente na responsabilidade profissional de gerir a dor de forma efetiva, figura 2.

Figura 2 - Gestão multidisciplinar da dor



Fonte adaptado de: Supported by the American Society of Anesthesiologists (ASA) Administrative Council- https://www.facs.org/-/media/files/quality-programs/trauma/tqip/acute_pain_guidelines.ashx

Este é um pré-requisito para um adequado controlo e alívio da dor, a qual requer a utilização de múltiplas estratégias, devendo a enfermeira de cuidados críticos compreender os mecanismos, o processo de avaliação e as medidas terapêuticas adequadas para geri a dor. A avaliação da dor compreende dois componentes principais: 1) não observável ou subjetiva e 2) observável ou objetiva.

A Componente Subjetiva

A dor é uma experiência subjetiva. A componente subjetiva da mesma refere-se ao auto-relato que é feito pelo indivíduo, o qual deve ser obtido sempre que

possível. Isto porque, os profissionais de saúde subestimam a gravidade da dor dos indivíduos até cerca de 50% dos casos, o que se torna ainda mais evidente e grave em indivíduos com dor intensa. Um simples sim ou não (presença *versus* ausência de dor) é considerado um auto-relato válido. Em cuidados críticos, a ventilação mecânica não deve ser uma barreira para os enfermeiros documentarem os auto-relatos da dor dos indivíduos. Muitos dos indivíduos mecanicamente ventilados podem comunicar que têm dor ou podem utilizar escalas de dor apontando para números ou símbolos em escala. Nestes casos, deve ser concedido o tempo suficiente para que a pessoa possa responder às questões. Se os níveis de sedação e cognição permitirem, deve ser feita uma avaliação multidimensional. As medidas multidimensionais avaliam a dor e outras dimensões relativas a esta, como a incapacidade e comprometimento funcional, enquanto as medidas unidimensionais avaliam a intensidade da dor. Como exemplos de medidas de dor multidimensionais existe a *Abbey Pain Scale*, a *Critical Pain Observation Tool* e o *Brief Pain Inventory*. A primeira, a *Abbey Pain*, é baseada no movimento e composta por seis parâmetros (vocalização, expressão facial, mudança na linguagem corporal, mudança fisiológica e física), sendo utilizada em indivíduos incapazes de verbalizar e/ou auto-relatar a dor. A pontuação registada corresponderá a uma classificação de dor, que varia de “sem dor” a “dor grave”. A ferramenta de observação da dor – *Critical Pain Observation Tool* – é uma ferramenta de observação utilizada em indivíduos gravemente doentes e incapazes de realizar o auto-relato. A última delas, o *Brief Pain Inventory*, é uma medida autoadministrada dos aspetos sensoriais da dor, bem como do nível de interferência que a mesma tem em vários aspetos da vida, e pode ser usada numa grande variedade de condições (Cashman, 2018). No entanto, devido à administração de sedativos e analgésicos em indivíduos ventilados mecanicamente, a ferramenta deverá ser suficientemente curta para ser completada.

O auto-relato também pode ser obtido questionando o indivíduo utilizando a mnemónica PQRSTU.

P: Fatores Precipitantes ou Agravantes – o que provoca a dor, aquilo que o indivíduo estava a fazer quando a dor apareceu e o que torna a dor pior ou melhor;

Q: Qualidade – tipo de dor sentida (por ex., dolorosa, aguda, ardente, picada...);

R: Região ou localização, radiação – normalmente é fácil de identificar, exceto se a dor for visceral é mais difícil de a localizar. Pode ser nomeada ou apontada pelo próprio;

S: Severidade – intensidade da dor. Neste caso, estão disponíveis variadas escalas analógicas visuais, assim como escalas descritivas e numéricas de classificação. Por exemplo, pedir para classificar a intensidade da dor numa escala de 0 a 10 é um método consistente que ajuda a objetivar a natureza subjetiva da dor do indivíduo;

T: Timing – início, duração e frequência da dor. Pode ajudar a determinar se a origem da dor é aguda ou crónica. A duração da dor pode indicar a gravidade do problema;

U: Compressão – percepção do problema por parte do próprio ou experiência cognitiva da dor.

O uso de uma simples pergunta de sim ou não, relacionada ao facto de a pessoa ter dor “tem dor?”, permite-lhe responder sim ou não verbalmente ou indicar acenando com a cabeça ou até por outros sinais. Para utentes ventilados mecanicamente, é muito mais fácil comunicar com a restante equipa assim, porque não podem expressar-se verbalmente. A intensidade da dor e a localização também são necessárias para a avaliação inicial da dor.

A Componente Objetiva

Quando se torna impossível obter o auto-relato do indivíduo, deve-se proceder à observação de indicadores comportamentais, que são fortemente enfatizados nas recomendações e orientações clínicas para a gestão da dor em indivíduos com incapacidade de verbalização. Da mesma forma, as flutuações nos indicadores fisiológicos (ou seja, sinais vitais) podem e devem ser utilizadas para efetuar uma avaliação mais aprofundada da dor. Os comportamentos relacionados com a dor têm sido descritos em doentes em estado crítico, e todos aqueles que sentiram dor durante procedimentos nociceptivos tinham três vezes mais probabilidades de ter expressões faciais tensas, rigidez muscular e vocalização do que os doentes sem dor. Todos os que sentiram dor durante as mobilizações evidenciaram expressões faciais significativamente mais intensas e menor adaptação ao ventilador, comparativamente aos indivíduos sem dor (Gélinas & Arbour, 2009). Os indicadores comportamentais são, desta forma, fortemente

recomendados para avaliação da dor em doentes com incapacidade de verbalizar o desconforto, e vários são os instrumentos recomendados para adultos gravemente doentes, incluindo a Escala de Dor Comportamental (BPS) e a Ferramenta de Observação da Dor em Cuidados Críticos (CPOT), as quais melhoram as práticas de dor e os resultados dos indivíduos, com uma duração mais curta de ventilação mecânica e conseqüente redução do tempo de internamento (Oliveira, Macedo, Silva, Oliveira & Santos, 2019; Modanloo, Mohsenpour, Rahmani, Moghaddam, & Khoddam, 2019). Efetivamente, quando incapazes de comunicar de qualquer forma, os indicadores comportamentais e fisiológicos observáveis tornam-se índices únicos de avaliação da dor, tal como recomendado pelas diretrizes clínicas.

Barreiras à Dor e Gestão da Avaliação

Considera-se, portanto, uma prioridade avaliar e tratar a dor nos serviços de saúde, visto que esta se apresenta como um sintoma que pode desencadear alterações psíquicas e fisiológicas que podem agravar a situação de saúde dos indivíduos. No entanto, são múltiplas as barreiras ao controlo da dor que se colocam à pessoa ao longo do ciclo vital, em particular aos grupos mais vulneráveis. Apesar dos avanços, persistem mitos, falsos conceitos e informação desadequada em todos os intervenientes (utentes, profissionais e instituições). Um compromisso de equipa na abordagem da dor é essencial para a sua avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento, devendo incluir a participação da pessoa que sente dor, do cuidados informar e família, enquanto parceiros de cuidados.

Comunicação

A barreira mais óbvia para a avaliação da dor em cuidados críticos é uma alteração na capacidade de comunicar. O indivíduo que é mecanicamente ventilado não pode verbalizar uma descrição da dor, ao menos que o faça através de algum movimento como acenar de cabeça ou apontando o dedo. Se a escrita também for possível, a dor pode ser descrita minuciosamente. Por outro lado, em indivíduos incapazes de se auto-relatarem, o enfermeiro deve confiar em indicadores comportamentais para avaliar a presença da dor, bem como na impressão de algum dos membros da família que está certamente familiarizado com as respostas do indivíduo à dor (Herr & Mccaffery, 2011).

Nível de Consciência Alterado

Como a dor depende da resposta cortical para proporcionar reconhecimento, pode-se considerar que um indivíduo que apresenta uma lesão cerebral que altera a função cortical superior pode não ter real percepção da dor. Inversamente, a incapacidade de interpretar a transmissão nociceptiva não nega a transmissão. Os especialistas recomendam que indivíduos inconscientes ou com um nível de consciência alterado tem efetivamente dor e devem ser tratados da mesma forma que os indivíduos conscientes quando são expostos a fontes de dor (Herr & Mccaffery, 2011).

Pessoas Idosas

Muitos doentes idosos tendem a não se queixar muito de dor. Alguns conceitos errôneos, tais como acreditar que a dor é uma consequência normal do envelhecimento ou ter medo de perturbar a equipa de saúde, constituem barreiras à expressão da dor por parte dos idosos. Défices cognitivos ou delírios apresentam barreiras adicionais à avaliação da dor. Aos doentes mais idosos e com défices cognitivos devem ser dadas instruções claras e repetidas, bem como tempo suficiente para que possam responder. Geralmente, as escalas verticais de intensidade da dor são as mais recomendadas e facilmente compreendidas por este grupo (Herr & Mccaffery, 2011).

Influências Culturais

Outra barreira à avaliação da dor é a influência cultural sobre a dor e a notificação da mesma. Estas influências são agravadas quando o indivíduo fala e compreende uma língua diferente da dos profissionais de saúde. Nestes casos, devem ser utilizadas preferencialmente escalas numéricas, as quais se encontram traduzidas em muitas línguas (Brynelson, 2011).

Falta de Comunicação

Uma barreira relativamente negligenciada à avaliação precisa da dor é o défice de conhecimento público em relação à dor e gestão da dor. Muitos estão assustados com o risco de vício de medicação da dor e temem que o vício ocorra se o indivíduo for medicado frequentemente ou com quantidades suficientes de

opiáceos para aliviar a dor. Muitos negarão ou subvalorizarão a frequência ou intensidade da dor (Herr & Mccaffery, 2011).

Os Profissionais de Saúde e os Obstáculos à Avaliação e Gestão da Dor

As crenças e as atitudes dos profissionais de saúde sobre a dor e a gestão da mesma são frequentemente uma barreira à avaliação exata e adequada da dor. Algumas das falsas crenças em torno do vício resultam de falta de conhecimento/informação sobre a dependência e tolerância, e outras preocupações estão relacionadas com os possíveis efeitos secundários dos opiáceos (Wardhan & Chelly, 2017).

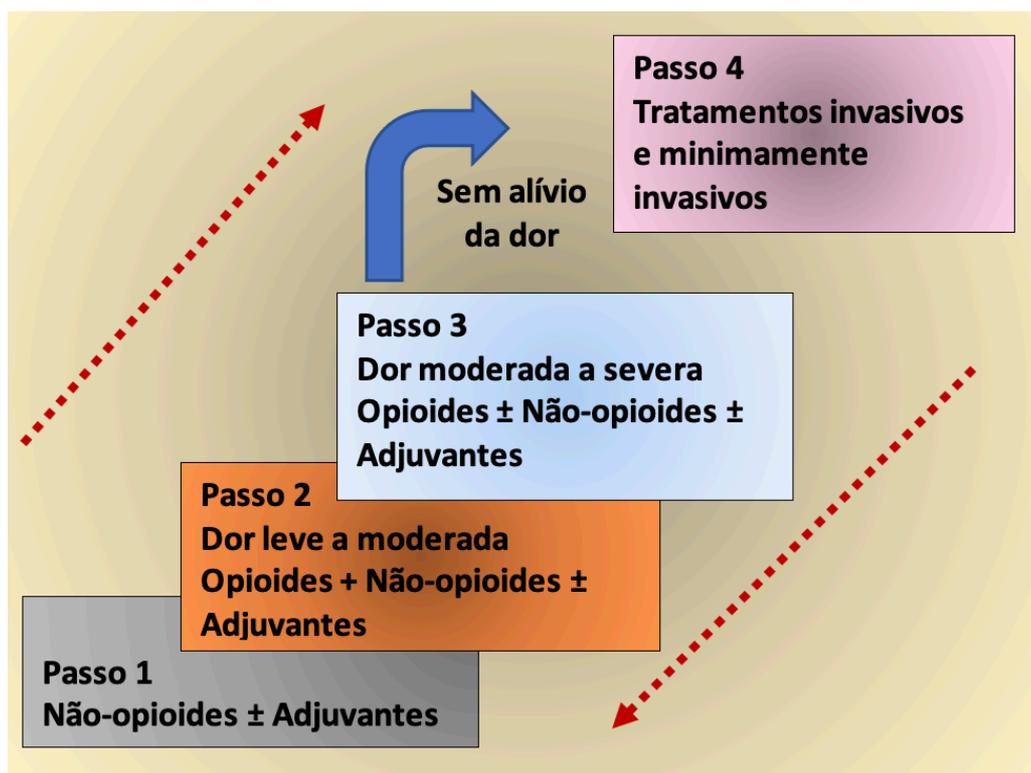
O vício é definido por um padrão de uso compulsivo de drogas que se caracteriza por um desejo incessante de um opióide e pela necessidade de o usar para outros efeitos que não o alívio da dor. A tolerância, por sua vez, é definida como uma diminuição dos efeitos dos opiáceos ao longo do tempo. Ambas podem desenvolver-se relativamente aos opiáceos, se os mesmos foram administrado durante um longo período de tempo. A dependência física manifesta-se por sintomas de abstinência quando o opiáceo é suspenso abruptamente. Nestes casos, deve ser ponderado o desmame lento do opióide, permitindo ao cérebro restabelecer o equilíbrio neuroquímico na ausência do mesmo (Herr & Mccaffery, 2011).

Outra das preocupações dos profissionais de saúde é que a utilização agressiva de opiáceos provoque depressão respiratória grave. Tal pode, efetivamente ocorrer, mas quando usados em segurança, este é um fenómeno raro, com incidência inferior a 2% (Andersen & Kvarstein, 2021).

Gestão da Dor

A gestão da dor no doente crítico é tão multidimensional como a avaliação. Trata-se de uma tarefa multidisciplinar, uma vez que o controlo da dor pode ser farmacológico, não farmacológico ou uma combinação das duas terapias conforme figura 3 (Hachimi-idrissi & Ghent, 2020; Anekar & Cascella 2020; Wardhan & Chelly, 2017).

Figura 3 - Escala analgésica da OMS última revisão



Fonte adaptado de: Anekar & Cascella (2020).

Controlo farmacológico

A gestão farmacológica da dor é predominantemente utilizada em cuidados críticos e pode ser dividida em três categorias de ação: agonistas opióides, não opióides e adjuvantes. Por norma, a forma como a dor é abordada e tratada é uma progressão ou combinação dos agentes disponíveis, o tipo de dor e a resposta do indivíduo à terapia. Os opiáceos mais comumente utilizados e recomendados como analgésicos de primeira linha são os agonistas (Guideline, 2019; Hachimi-idrissi & Ghent, 2020).

Controlo não farmacológico

Os métodos não farmacológicos podem ser utilizados para completar o tratamento analgésico, mas não se destinam a substituir o mesmo. Na maioria dos casos, contribuem para melhorar a gestão farmacológica do indivíduo. Os enfermeiros de cuidados críticos identificaram muitas barreiras à utilização de métodos não-farmacológicos para gestão da dor, incluindo a falta de conhecimentos, formação e tempo. No entanto, mais de 60% dos enfermeiros estão dispostos a utilizar esses métodos para aliviar a dor dos seus doentes. Destes métodos fazem

parte técnicas físicas como a estimulação de fibras sensoriais não dolorosas, através de mudanças térmicas como na aplicação de calor ou frio e massagem simples; técnicas cognitivo-comportamentais como sejam o ensino do indivíduo, o relaxamento, a distração, imagens guiadas, terapia musical e hipnose (Tracy, Lindquist, & Watanuki, 2003).

Estratégias para melhorar a gestão da dor

Considera-se, portanto, uma prioridade avaliar e tratar a dor nos serviços de saúde, visto que esta se apresenta como um sintoma que pode desencadear alterações psíquicas e fisiológicas que podem agravar a situação de saúde dos indivíduos (Cavalheiro, Ferreira, Souza & Ferreira, 2019). No entanto, são múltiplas as barreiras ao controlo da dor que se colocam à pessoa ao longo do ciclo vital, em particular aos grupos mais vulneráveis. Apesar dos avanços, persistem mitos, falsos conceitos e informação desadequada em todos os intervenientes (utentes, profissionais e instituições). Um compromisso de equipa na abordagem da dor é essencial para a sua avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento, devendo incluir a participação da pessoa que sente dor, do cuidador informal e família, enquanto parceiros de cuidados.

Contudo, não existem muitos estudos que abordem os cuidados e o seu impacto nos indivíduos atendidos, sobretudo em serviços e urgência e emergência, onde a dor aguda é a mais frequente. Esta situação dificulta o processo de consciencialização dos vários profissionais de saúde, impedindo o planeamento de ações e a organização dos recursos materiais e humanos. O controlo e o alívio da dor são essenciais, sobretudo quando se trata de indivíduos que apresentam risco de vida, uma vez que além de uma questão humanitária e ética, contribuem para a manutenção das funções fisiológicas do indivíduo, possibilitando o controlo dos efeitos colaterais da persistência da dor.

Neste sentido, Cavalheiro et al. (2019) realizaram em 2015 um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, numa unidade de emergência de um hospital do município de Uruguaiana, com o objetivo de identificar as intervenções de enfermagem realizadas para indivíduos com dor aguda. O estudo foi desenvolvido em três etapas: análise documental; mapeamento cruzado para *Nursing Interventions Classification* (NIC) para dor e validação de intervenções de enfermagem através de um grupo focal.

Foram considerados um total de 350 indivíduos atendidos, com uma média de idade de 35 anos e predomínio do sexo feminino em todas as faixas etárias analisadas, embora a morbidade e a mortalidade sejam superiores nos homens, o que pode estar associado ao facto de os homens procurarem com menos frequência serviços de urgência/emergência do que as mulheres quando apresentam dor (Cavalheiro et al., 2019).

Foram definidas características definidoras de “dor aguda” quer em adultos e idosos (“relato verbal de dor”, “alterações da frequência cardíaca”, “alterações da frequência respiratória”, “alterações na pressão arterial” e “evidência observada de dor, com a realização de procedimentos invasivos e/ou trauma!”), quer em crianças (“mudanças no comportamento expressivo”, “relato verbal de dor”, “alterações na frequência cardíaca”, “alterações na frequência respiratória” e “mudanças no comportamento expressivo”). Relativamente às intervenções de enfermagem mapeadas, constatou-se que a única intervenção de enfermagem identificada e registada foi a “administração de medicamentos”, e que foi observada em toda a amostra. Contudo, durante a sessão do grupo focal, outras intervenções foram mencionadas pelos enfermeiros, nomeadamente, a realização de intervenções não medicamentosas como tratamento adjuvante de indivíduos com dor (Cavalheiro et al., 2019).

A intervenção mapeada na NIC foi confirmada na sessão do grupo focal e foram incluídas novas intervenções de enfermagem. Foram, assim, identificadas e validas seis intervenções de enfermagem realizadas pela equipa de enfermagem e não registadas nas notas de enfermagem (escolher e implementar uma grande variedade de medidas, farmacológicas e não farmacológicas; investigar o uso atual dos métodos farmacológicos no alívio da dor; garantir por parte do indivíduo a receção de cuidados precisos de analgesia; investigar com o indivíduo os fatores aliviadores ou agravantes da dor; notificar o médico do funcionamento das medidas e se a sintomatologia atual representa uma mudança significativa, relativamente à experiência anterior do mesmo). Para além disso, foram identificadas e validas doze novas intervenções de enfermagem: avaliar a dor como 5.º sinal vital; observar a ocorrência de indicadores não-verbais de desconforto; usar um método de avaliação que permita monitorizar as alterações na dor e ajude a identificar fatores reais e potenciais; determinar a frequência necessária para avaliar o conforto e monitorizar a dor; analisar a capacidade do indivíduo para participar e a sua capacidade para

fazê-lo; incentivar o mesmo a monitorizar a sua própria dor e intervir sobre a mesma de forma adequada; incentivar o indivíduo a utilizar medicamentos adequados para a dor; utilizar medidas de controlo da dor antes desta se instalar, garantindo analgesia pré-tratamento e/ou medidas não farmacológicas; fornecer informações precisas para promover a consciencialização da família sobre como responder à dor; realizar uma avaliação completa da dor (localização, características, início e duração, frequência, qualidade, intensidade e gravidade, e fatores precipitantes; reduzir e ou eliminar fatores que precipitam ou aumentam a dor; considerar o tipo e fonte de dor e selecionar uma estratégia adequada para o seu alívio (Cavalheiro et al., 2019). Os autores referem ainda, que, é imprescindível avaliar a dor da mesma forma que os outros sinais vitais, possibilitando a implementação de intervenções adequadas às necessidades de cada indivíduo (Cavalheiro et al., 2019).

Considerações finais

Concluiu-se que a administração de medicamentos é uma das principais intervenções realizadas, sendo que muitas outras são igualmente realizadas mas não registadas pelos enfermeiros; mais, as intervenções não medicamentosas são fortes aliadas no tratamento da dor, contudo, a sua implementação fica ainda aquém do esperado. Além disso, foi possível aferir que a grande afluência de indivíduos e o défice de profissionais (sobrecarga de trabalho e stress), são os principais obstáculos para a implementação de intervenções de enfermagem e/ou intervenções não medicamentosas, o que torna o tratamento da dor estritamente medicamentoso.

Referências Bibliográficas

1. Altamiro, A., & Mendonc, L. (2014). The economic impact of chronic pain : a nationwide population- based cost-of-illness study in Portugal. <https://doi.org/10.1007/s10198-014-0659-4>;
2. Andersen, K., & Kvarstein, G. (2021). Postoperative opioids and risk of respiratory depression – A cross-sectional evaluation of routines for administration and monitoring in a tertiary hospital, *21(1)*, 203–207;
3. Anekar, A. A., & Cascella, M. (2020). WHO Analgesic ladder. *StatPearls* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554435>;
4. Aslan, F. E., Badir, A., & Selimen, D. (2003). How do intensive care nurses assess patients ' pain ?, *8(2)*;

5. Azevedo, F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C., & Castro-Lopes, M. (2012). Epidemiology of Chronic Pain: A Population-Based Nationwide Study on Its Prevalence, Characteristics and Associated Disability in Portugal, *13*(8), 773–783. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.05.012>;
6. Baratta, J., Schwenk, E. S., & Viscusi, E. R. (2014). Clinical Consequences of Inadequate Pain Relief: Barriers to Optimal Pain Management, 15–21. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000000681>;
7. Benhamou, D., Berti, M., Brodner, G., Andres, J. De, Draisci, G., Moreno-azcoita, M., ... Viel, E. (2008). Postoperative Analgesic Therapy Observational Survey (PATHOS): A practice pattern study in 7 Central / Southern European countries, *136*, 134–141. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.06.028>;
8. Brynelson, S. (2011). Pain Management, 33–54;
9. Cashman, J. (2018). The management of acute pain Key points. *Medicine*, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2018.09.009>;
10. Cavalheiro, J., Ferreira, G., Souza, M., & Ferreira, A. (2019). Intervenções de Enfermagem para pacientes com dor aguda. *Rev Enferm UFPE on line*, *13*(3), 632–639, <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i3a238069p632-639-2019>;
11. Gélinas, C., & Arbour, C. (2009). Behavioral and physiologic indicators during a nociceptive procedure in conscious and unconscious mechanically ventilated adults: Similar or different? *Journal of Critical Care*, *24*(4), 628.e7-628.e17. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2009.01.013>;
12. Gouveia, M., & Augusto, M. (2011). Artigo original Custos indirectos da dor crónica em Portugal Miguel Gouveia * e Margarida Augusto, *29*(2), 100–107.
13. Guideline, H. C. (2019). Health Care Guideline: (September);
14. Hachimi-idrissi, S., & Ghent, U. Z. (2020). Guidelines for the management of acute pain in emergency situations, (March);
15. Herr, K., & Mccaffery, M. (2011). Position Statement Pain Assessment in the Patient Unable to Self-Report: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. *Pain Management Nursing*, *12*(4), 230–250. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2011.10.002>;
16. IASP (1994). Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. *Classifications of Chronic Pain*, 2.^a Ed. Editores: Harold Merskey, Nikolai Bogduk. ISBN 0-931092-05-1, 210-213;
17. Joshi, G. P., & Ogunnaike, B. O. (2005). Consequences of Inadequate

- Postoperative Pain Relief and Chronic Persistent Postoperative Pain, 23, 21–36.
<https://doi.org/10.1016/j.atc.2004.11.013>;
18. Kyranou, M., & Puntillo, K. (2012). The transition from acute to chronic pain : might intensive care unit patients be at risk ?, 1–11;
 19. López, S. et al. (2012). *m o c s Re manejo dolor agudo postoperatorio cirugía ambulatoria*;
 20. Mcdermott, A. M., Toelle, T. R., Rowbotham, D. J., Schaefer, C. P., & Dukes, E. M. (2006). The burden of neuropathic pain : results from a cross-sectional survey, 10, 127–135. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.01.014>;
 21. Modanloo, M., Mohsenpour, A., Rahmani, H., Moghaddam, S., & Khoddam, H. (2019). Impact of Implementing the Critical Care Pain Observation Tool on Nurses ' Performance in Assessing and Managing Pain in the Critically Ill Patients, 13–14;
 22. Oliveira, L. S., Macedo, M. P., Silva, S. A. M., Oliveira, A. P. F., & Santos, V. S. (2019). Pain assessment in critical patients using the Behavioral Pain Scale. *BrJP*, 2(2): 112-6. <http://dx.doi.org/10.5935/2595-0118.20190021>;
 23. Scher, C., Meador, L., Cleave, J. H. Van, & Reid, M. C. (2017). Review Article Moving Beyond Pain as the Fifth Vital Sign and Patient Satisfaction Scores to Improve Pain Care in the 21st Century. *Pain Management Nursing*, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.10.010>;
 24. Thomas, M. A. (2003). Pain Management – The Challenge, 15–21;
 25. Tracy, M. F., Lindquist, R., & Watanuki, S. (2003). Nurse attitudes towards the use of complementary and alternative therapies in critical care, 32(3), 197–209. [https://doi.org/10.1016/S0147-9563\(03\)00040-2](https://doi.org/10.1016/S0147-9563(03)00040-2);
 26. Urden, L., Stacy, K. M., & Lough, M. (2015). Priorities in Critical Care Nursing;
 27. Wardhan, R., & Chelly, J. (2017). Recent advances in acute pain management : understanding the mechanisms of acute pain , the prescription of opioids , and the role of multimodal pain therapy [version 1 ; referees : 3 approved] Referee Status :, 6(0), 1–10. <https://doi.org/10.12688/f1000research.12286.1>;
 28. Wu, C. L., & Raja, S. N. (2011). Pain 1 Treatment of acute postoperative pain. *The Lancet*, 377(9784), 2215–2225. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60245-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60245-6).