

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA
CAMPUS JOINVILLE
CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

**IVETE DA SILVA
BRUNA KAROLINE DAMIANI**

**DOR CRÔNICA: FOLDER INFORMATIVO SOBRE TRATAMENTOS E
CUIDADOS**

**JOINVILLE
2014**

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA
CAMPUS JOINVILLE
CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

**IVETE DA SILVA
BRUNA KAROLINE DAMIANI**

**DOR CRÔNICA: FOLDER INFORMATIVO SOBRE TRATAMENTOS E
CUIDADOS**

Projeto de Ação Comunitária submetido ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina como parte dos requisitos de obtenção do título de Técnico de Enfermagem.

Professor Orientador: Anna Geny Batalha Kipel

**JOINVILLE
2014**

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Escala numérica da intensidade da dor	14
FIGURA 2 – Escala verbal da dor	15
FIGURA 3 – Escala visual analógica de face	15
FIGURA 4 – Escala de faces infantil	16
FIGURA 5 – Escala visual analógica.....	16
FIGURA 6 – Escala de copos.....	17
FIGURA 7 – Questionário de Macgill	18
FIGURA 8 – Escala analgésica da Organização Mundial da Saúde	24

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Reações observáveis da dor aguda	10
QUADRO 2 – Diferenças entre dor aguda e dor crônica	12
QUADRO 3 – Grupos farmacológicos.....	21
QUADRO 4 – Efeitos colaterais	22
QUADRO 5 – Vantagens e fatores limitantes para as escolhas da administração de opiáceos.....	23

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
1.1 OBEJETIVOS	6
1.1.1 Objetivo Geral.....	6
1.1.2 Objetivos Específicos	6
1.2 JUSTIFICATIVA	6
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	8
2.1 Manuseio da dor crônica e sua classificação	8
2.1.1 Conceito de dor e sua classificação.....	8
2.1.2 Dor aguda.....	9
2.1.3 Dor crônica	10
2.1.4 Possíveis causas da dor crônica.....	11
3. AVALIAÇÃO DA DOR	13
3.1 Escalas de avaliação unidimensionais.....	14
3.1.1 Escala numérica da intensidade da dor.....	14
3.1.2 Escala verbal.....	15
3.1.3 Escala analógica visual de face.....	15
3.1.4 Escala de faces infantil.....	16
3.1.5 Escala visual Analógica (EVA).....	16
3.1.6 Escala de copos.....	17
3.2 Escalas de avaliação multidimensionais.....	17
3.2.1 Questionario de Mcgill.....	17
3.3 Dor como quinto sinal vital	18
4 TRATAMENTO DA DOR.....	19
4.1 Tratamento medicamentoso.....	19
4.2 Tratamento paliativo	24
4.3 Reabilitação crônica e tratamento paliativos.....	25
4.4 Cuidados paliativos em dor crônica	25
4.4.1 Fisioterapia	26
4.4.2 Termoterapia.....	26
4.4.3 Crioterapia	27
4.4.4 Eletroterapia	27
4.4.5 Cinesioterapia.....	27
4.4.6 Massagem	27
4.4.7 Órtese	28
5. METODOLOGIA.....	29
6. RESULTADOS OBTIDOS.....	30
7. CONCLUSÃO.....	38
8. REFERÊNCIAS	39

1. INTRODUÇÃO

As dores, agudas e crônicas são atualmente discutidas em decorrência de sua prevalência em âmbito mundial. Por essa razão, o manejo adequado requer dos profissionais de saúde maior atenção ao tema.

Definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como "uma experiência sensorial e emocional desagradável que é associada a lesões reais ou potenciais" (IASP, 2008) a qual, é responsável pela ativação de substâncias químicas no organismo que atuam nos receptores específicos de dor, induzindo respostas no organismo em vários níveis de sensibilidade. Atualmente, a dor é denominada o 5º sinal vital (PEDROSO; CELICH, 2006).

Segundo Hood & Dincher (1995), a dor serve como um meio de proteção ao nosso corpo, mostrando que algo está errado com ele, no entanto, tal sensação pode transformar-se em objeto de cuidado quando se torna crônica.

Acredita-se que nas intercorrências crônicas algumas terminações nervosas que normalmente não transmitem dor passam a transmiti-la ou, as fibras responsáveis pela dor transmitem essa sensação constantemente, mesmo que o estímulo não seja doloroso (BRUNNER & SUDDARTH apud DAL MOLIN, 2004).

A dor crônica é um problema de saúde pública que acarreta prejuízos pessoais e sociais. Estudos epidemiológicos de dor crônica no Brasil e no resto do mundo são escassos, principalmente em se tratando de dores não específicas e em populações não vinculadas a serviços de saúde (KRELING; CRUZ; PIMENTA, 2006).

Contudo, é de senso comum que as dores crônicas trazem alterações que sofrem influências do meio ambiente e contribuindo para variações biopsicossociais dos acometidos por ela (LIBRACK, 1998), reduzindo de forma significativa à qualidade de vida, além de aumentar muito os custos dos cuidados com a saúde (CASTRO et al., 2011).

Para reduzir riscos de um tratamento inadequado e obter melhor efeito dos medicamentos e terapias é necessário que os profissionais administrem os medicamentos de forma consciente, com indicações precisas, fazendo avaliações periódicas (NASCIMENTO; SAKATA, 2011). Para isso, requer capacitação dos profissionais de

saúde envolvidos no tratamento (PIMENTA, et al., 2006).

Segundo Pimenta et al., (2006), muitos pacientes que sofrem de dor crônica apresentam, na maioria das vezes, alívio insatisfatório; o que implica diretamente na capacitação do profissional que lhe assiste, ocasionando um questionamento da percepção da equipe de profissionais de saúde dos hospitais, tanto na rede pública quanto privada, se há treinamento para tal atribuição e se o julgamento da dor é feito de forma correta.

Em decorrência de sua relevância, os objetivos desse trabalho encontram-se listado a seguir:

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Elaborar um folder informativo sobre tratamento na dor crônica para estudantes do curso técnico em enfermagem do IFSC

1.1.2 Objetivos Específicos

Abordar o conceito, classificação e características da dor;

Descrever os métodos de avaliação da dor;

1.2 JUSTIFICATIVA

Bonica; John J. (1990), seguido por Borsook et al., (1996), concorda que a dor e seu tratamento têm sido uma das maiores preocupações sociais desde a antiguidade.

De acordo com Silva (apud TSANG et al., 2011), a prevalência de dor crônica na população em geral ocorre em 38,4%. Os resultados evidenciam a importância da correta avaliação da dor, bem como a relevância de um tratamento medicamentoso adequado aliado a métodos alternativos.

A dor é um evento frequente nos serviços de saúde em âmbito mundial, mas regularmente pouco tratada. Muitas vezes a dor é causada por lesões físicas, traumas, doenças crônicas autoimunes, doenças de origem oncológica e com alta incidência no

período pós-cirúrgicos (BARROS; PEREIRA; ALMEIDA NETO, 2011).

A incidência da dor crônica no mundo oscila entre 7% e 40% da população e, como consequência, cerca de 50% a 60% destes pacientes tornam-se parcial ou totalmente incapacitados, de maneira transitória ou permanente, comprometendo de modo significativo a qualidade de suas vidas (RAMALHO, 2004).

Boa parte da população e dos profissionais de saúde desconhecem a abrangência e a complexidade das manifestações e o manejo da dor crônica tais como: identificar a dor crônica, tratamento adequado, o que fazer ao se deparar com esse problema, bem como conviver com ela.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Manuseio da dor crônica: conceito e classificação

“A dor é um evento comum nos diversos cenários que envolvem a assistência à saúde, desde o nascimento até a morte.” (DAL MOLIN, 2004)

A dor crônica tem sido objeto de estudos nas últimas décadas devido sua alta prevalência em âmbito mundial. Ela se manifesta diferentemente das dores agudas muito presentes em situações de traumas e lesões teciduais.

Compreender os passos para o manuseio da dor crônica não é tão simples quanto parece, pois é necessário reconhecê-la como uma doença, a qual se manifesta constantemente impedindo a qualidade de vida das pessoas que a sentem.

Para compreender como tratar a dor crônica é necessário conhecer o seu conceito, sua classificação, os métodos de avaliação e os medicamentos mais seguros para seu controle.

2.1.1 Conceito de dor e sua classificação

A Associação Internacional sobre Estudo da Dor, *International Association for the Study of Pain* (IASP), descreve a dor como “uma sensação ou experiência emocional desagradável, associada com dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano.” (IASP, 2008). A dor é considerada um fenômeno complexo proveniente de causas e intensidades variadas.

Dal molin (2004). Refere que a dor pode apresentar-se sob duas categorias: a dor aguda e a dor crônica, as quais apresentam características específicas e significativas entre si.

A dor é um fenômeno complexo e com variantes multidimensionais (biofisiológicas, bioquímicas, psicossociais, comportamentais e morais). São inúmeras as causas que podem influenciar a existência e a intensidade da dor no decurso do tempo, a primeira das quais é a que se identifica como presumível resultado duma agressão ou lesão (ATLAS DA SAÚDE, 2014).

2.1.2 Dor aguda

Segundo Dal Molin (2004), A dor serve como um meio de proteção ao nosso corpo, mostrando por meio de sua manifestação que algo está errado com ele, ou está sob ameaça de danos, podendo ser um problema ou uma complicação, sendo assim, tendo que ser investigada.

Temos que levar em conta que a mesma dor se manifesta de diferentes formas para cada indivíduo, levando em consideração que a forma de avaliá-la se diferencia conforme o gênero, idade, sexo entre outros fatores (SBDE, 2014).

Diferencia-se dor aguda da dor crônica porque a aguda tem como característica a curta duração e serve como um alerta de uma doença ou possível dano ao corpo, logo a crônica de maneira lenta e com longa duração foi desprovida de sua função protetora, tornando-se ela mesma a própria doença em si. (ATLAS DA SAÚDE, 2014).

A dor aguda se manifesta em um período relativamente curto, podendo ocorrer em algumas horas, semanas ou em até seis meses. Podem ser ocasionados por inflamações, infecções, traumatismos ou outras causas associadas com lesões em tecidos ou órgãos. Quando a causa é diagnosticada e tratada, e o tratamento recomendado é seguido corretamente, a maioria dos casos obtém-se a cura. (SBED, 2013).

As reações no organismo por ocasião da dor aguda são: taquicardia, hipertensão arterial, reações nas pupilas, sudorese e palidez (FAULL, 1998).

Quadro 1 – Reações observáveis da dor aguda

REAÇÕES OBSERVÁVEIS A DOR AGUDA	
Sensação de Dor	
FISIOLOGICAS	COMPORTAMENTAIS
Aumento da pressão arterial	Relato sobre dor
Aumento do pulso	Preocupação com a dor
Aumento do ritmo respiratório	Fricção da área dolorida
Espasmos musculares	Proteção da área afetada
Transpiração	Gemido e choro
	Dificuldades para dormir

Fonte: Dal Molin (2004)

2.1.2 Dor crônica

Dor crônica é aquela que persiste após um tempo razoável para a cura de uma lesão, pode-se estender entre vários meses ou anos e está quase sempre associada a um processo de doença crônica. (SBED, 2013).

Para ser considerada dor crônica, seu início tem que ser maior que seis meses. Desconhece-se porque algumas pessoas desenvolvem dor crônica após uma lesão ou doença, mas estudos comprovam que o tratamento inadequado das dores agudas pode desencadear um processo de dor crônica.

Acredita-se que as terminações nervosas que normalmente não são capazes de transmitir dor, passem a desenvolver a habilidade de provocar sensações dolorosas, ou então que as terminações nervosas que transmitem somente estímulo doloroso transmitam antecipadamente estímulo não doloroso como se fosse doloroso (PIMENTA 2000 apud DAL MOLIN, 2004).

Conforme SBDE (2013), a dor crônica pode estar associada a outros fatores que vão além de uma doença crônica. Como exemplo encontram-se as dores que ocorrem como consequência de uma lesão já previamente tratada nos casos de dor lombar, esforços repetitivos durante o trabalho entre outros. (Dal Molin, 2004).

De acordo com Pimenta et al., (2006) a dor pode ser caracterizada como aguda quando a dor persiste enquanto há uma lesão no indivíduo, ou crônica quando a dor é continuada mesmo que a lesão tenha sido curada. Algumas características podem ser observadas no quadro 2.

2.1.3 Possíveis causas da dor crônica

Quando a dor evolui para o estado crônico, torna-se um problema de saúde pública, causador de morbidade, absenteísmo ao trabalho e incapacidade temporária ou permanente, gerando elevados custos aos sistemas de saúde. (PICAVETE; SCHOUTEN, 2003). Fatores psicossociais como depressão, consumo excessivo de álcool, tabagismo e fatores sociodemográficos têm sido associados à presença de dor crônica. (TURNER et al., 2004) .

Verifica-se que há maior número de mulheres que de homens portadores de dor crônica, O ciclo reprodutivo das mulheres pode ter efeito sensibilizante à percepção da dor, considerando-se que, depois da puberdade, a mulher tem o ciclo menstrual, geralmente antecedido de um conjunto de sinais fisiológicos, muitas vezes dolorosos (BERKLEY, 1997).

Deve-se procurar identificar as possíveis etiologias orgânicas e psíquicas:

1. Causas orgânicas: os problemas geralmente são gastrointestinais e geniturinários, mas há, também, numerosos mecanismos disfuncionais que não devem ser esquecidos. São quatro forças primárias mediadoras das dores abdominais: a) predisposição, disfunção ou doença somática; b) estilo de vida e hábitos; c) temperamento e tipos de respostas aprendidas, e d) ambiente e eventos críticos. Faz-se necessária profunda compreensão no relacionamento paciente-família-médico, diante de situações que exigem um acompanhamento clínico em longo prazo e algumas vezes frustrante (VIEGAS, 1989).

2. Causas psíquicas: Depressão e ansiedade, alteração do sono, afadiga, inatividade, cinesiofobia, falta de libido.

Algumas das condições médicas associadas à desordem da dor são: osteoporose, artrite reumatoide e câncer ósseo, distúrbios orgânicos que provocam alterações na função neuronal, como dor lombar resultante da aracnoidite, lesões das vias nociceptivas,

como dor do membro fantasma e de fatores psicológicos como dor abdominal, facial e cefaleia (CARVALHO, 1999).

Quadro 2 – Diferenças entre dor aguda e dor crônica

CARACTERÍSTICAS	DOR AGÚDA	DOR CRÔNICA
1- Propósitos/benefícios:	Adverte sobre um dano ou problema.	Nenhum.
2- Início:	Recente.	Contínuo ou intermitente.
3- Intensidade:	Média ou intensa.	Longa.
4- Duração:	Curta.	Longa.
5-Resposta autônoma:	Resposta simpática ao estresse; frequência cardíaca aumentada; pressão arterial aumentada; volume de ejeção aumentado; dilatação pupilar; tensão muscular aumentada; motilidade gastrointestinal diminuída; salivação diminuída.	Ausência de respostas autônomas.
6- Componentes psicológicos	Ansiedade.	Depressão; irritabilidade; afastamento dos interesses externos; afastamento dos relacionamentos.
7- Outros tipos de respostas:		Distúrbio do sono; diminuição do apetite e libido.
8- Exemplos:	Dor cirúrgica.	Dor do câncer.

Fonte: PIMENTA (2000)

3. AVALIAÇÃO DA DOR

A avaliação da dor se dá pelo uso de várias escalas desenvolvidas para facilitar o entendimento da dor que o paciente refere, padronizando os valores, tendo assim, uma avaliação mais eficiente.

Avaliar a dor é um processo que envolve informações que relacionam a localização, intensidade, duração, periodicidade dos episódios dolorosos com as qualidades sensoriais e afetivas, afirma Murta et al., (2009).

A avaliação da dor/sofrimento é sempre necessária, não só para a escolha da forma mais adequada para o controle algico em cada caso, como também para detectar a necessidade de suporte psicológico específico (CARVALHO, 1999), auxiliando o paciente e seus familiares a conviver com a dor buscando a melhor qualidade de vida possível.

Uma etapa importante no processo de avaliação da dor é a mensuração de sua intensidade. Dunlop (1998) sugere que a intensidade da dor pode ser medida, solicitando-se ao paciente a descrição de sua intensidade. Borssok (1996), entretanto, refere que a dor não pode ser objetivamente mensurada e afirma que a intensidade da dor talvez seja uma das características mais frustrantes e difíceis de ser quantificada.

Nesses casos, a investigação, avaliação da dor e a mensuração dela é extremamente importante, no ambiente hospitalar ou ambulatorial, pois se torna impossível tratar um problema dessa natureza sem ter uma medida sobre a qual basear o tratamento.

Dessa forma é importante que os profissionais da área da saúde saibam mensurar corretamente a dor. (SOUZA, 2002). Para que a avaliação da dor seja eficaz convém compreender que o ambiente físico, familiar, a história, cultura, crenças e as relações sociais e os níveis de ansiedade do paciente interferem nas manifestações dolorosas, podendo intensificá-las dependendo do contexto em que o paciente esteja envolvido.

Para melhor avaliar o paciente, a literatura dispõe de duas classificações de escalas de avaliação da dor: as unidimensionais e as multidimensionais.

As escalas unidimensionais possibilitam ao avaliador mensurar os níveis de dor do paciente. Elas avaliam, portanto, somente a intensidade da dor. Entre as mais utilizadas encontram-se as escalas numérica de intensidade da dor de 0 a 10; escala visual analógica (EVA); Escala de visual analógica de faces; escala de faces infantis e escala de copos.

As escalas multidimensionais possuem descritores que permitem investigar os fatores sensitivos, emocionais e fisiológicos e estão presentes como, por exemplo, no Questionário de McGill (McGill Pain Questionnaire - MPQ); As escalas multidimensionais são as mais indicadas para avaliar as dores crônicas e complexas. Sua aplicação exige tempo e conhecimento especializado.

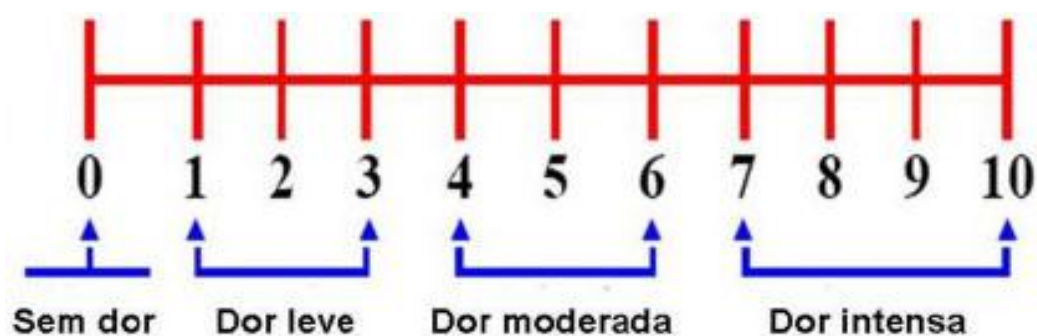
3.1 Escalas de avaliação unidimensionais

As escalas unidimensionais mais utilizadas são: escala numérica, escala verbal, escala visual analógica de faces (adulto e infantil) e escala de copos.

3.1.1 Escala numérica da intensidade da dor

A Figura 1 - objetiva a mensuração da intensidade da dor, em valores numéricos. O paciente deve estar consciente de seus pensamentos e ações e referir sua dor numa escala de zero a dez, sendo zero "nenhuma dor" e dez a "dor máxima imaginável".

Figura 1 – Escala numérica da intensidade da dor 0 a 10

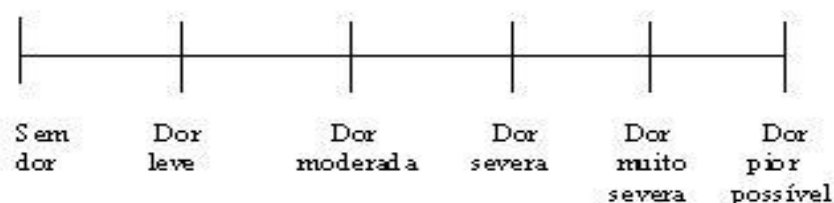


Fonte: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.aspxd=426

3.1.2 Escala verbal

De acordo com a Figura 2 - A escala verbal mais utilizada é a que possui entre quatro a seis parâmetros (dor ausente, leve, moderada e intensa), onde é preciso apenas perguntar ao paciente, de acordo com esses valores estabelecidos, qual o grau de dor que refere.

Figura 2 – Escala verbal da dor

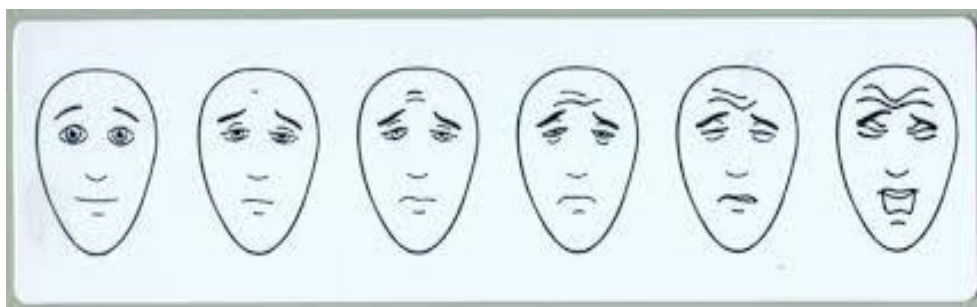


Fonte: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=3465&fase=imprime

3.1.3 Escala visual de face

A Figura 3 - Nos mostra a avaliação da dor com as escalas de faces de sofrimento pode ser útil em pacientes que apresentam dificuldades para compreender as escalas verbais ou numéricas, descreve a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED, 2002).

Figura 3 – Escala analógica visual de face



Fonte: <http://geriatrie-albi.com/Douleurevaluation.htm>

3.1.4 Escala de face infantil

Conforme a Figura 4 - A escala de face infantil é constituída por expressões faciais em cada extremidade de uma linha horizontal, as quais demonstram variação de amplitude de ausência de dor até dor intensa, em desenhos infantis.



Fonte: <http://cirurgiadofred.blogspot.com.br/2012/06/num3r05.html>

3.1.5 Escala visual analógica (EVA)

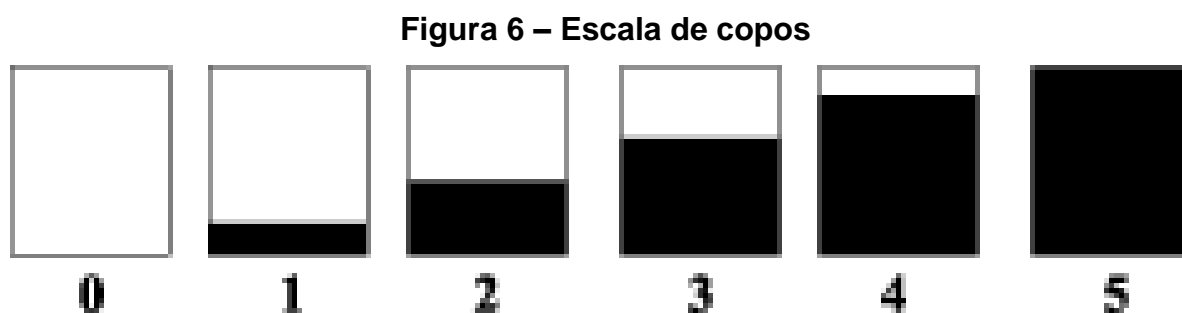
A Figura 5 – Demonstra um instrumento simples, sensível e reprodutível, permitindo análise contínua da dor, que consiste em uma linha reta, a base da cor, não numerada, indicando se em uma extremidade a marcação de “ausência de dor” e na outra, “pior dor imaginável”.



Fonte: <http://br.monografias.com/trabalhos3/enfermagem-cuidados-paciente-com-dor/enfermagemcdados-paciente-com-dor2.shtml>

3.1.6 Escala de Copos

De acordo com a Figura 6 - A escala de copos explica para o paciente que são seis copos com quantidades diferentes de dor. O copo vazio significa sem dor e o copo número cinco, totalmente cheio, significa a pior dor. Pergunta-se ao paciente qual o copo que melhor descreve o que ela está sentindo.



Fonte: http://www.jped.com.br/conteudo/99-75-S294/port_print.htm

3.2 Escala de avaliação multidimensionais

Na avaliação multidimensional agregam-se, além da intensidade, duração e localização da dor, características somatossensoriais e emocionais que a acompanham. Para isso, alguns métodos de avaliação podem ser escolhidos e aplicados concomitantemente.

3.2.1 Questionário de McGill

Conforme apresenta na Figura 7 – O questionário mostra a maneira como a pessoa identifica aquilo que sente. Consegue dar nome a dor que tanto incomoda. É composto por 20 grupos de palavras onde cada uma delas é um tipo de dor. Isso dá um empurrãozinho na pessoa para que se ache alguma palavra que pareça com a dor.

10 grupos de 42 palavras relacionadas às sensações físicas; 5 grupos de 14 palavras relacionadas da parte afetiva; 1 grupo de 5 palavras que fala da dor de uma forma geral; 4 grupos de 17 palavras que não se encaixaram nos grupos acima, chamado de miscelânea.

Figura 7 – Questionário de McGill

Questionário de McGill - Avaliação do Padrão da Dor
 Assinale, no máximo, uma expressão de cada grupo. Não assinale palavras que não se aplicam.
 Escolha dentre estas, as expressões que melhor descrevam sua dor atual

<p>1. <input type="checkbox"/> 1-Vibração <input type="checkbox"/> 2-Tremor <input type="checkbox"/> 3-Pulsante <input type="checkbox"/> 4-Latejante <input type="checkbox"/> 5-Como Batida <input type="checkbox"/> 6-Como Pancada</p> <p>2. <input type="checkbox"/> 1-Pontada <input type="checkbox"/> 2-Choque <input type="checkbox"/> 3-Tiro</p> <p>3. <input type="checkbox"/> 1-Agulhada <input type="checkbox"/> 2-Perfurante <input type="checkbox"/> 3-Facada <input type="checkbox"/> 4-Punhalada <input type="checkbox"/> 5-Em lança</p> <p>4. <input type="checkbox"/> 1-Fina <input type="checkbox"/> 2-Cortante <input type="checkbox"/> 3-Estraçalha</p> <p>5. <input type="checkbox"/> 1-Beliscão <input type="checkbox"/> 2-Aperto <input type="checkbox"/> 3-Mordida <input type="checkbox"/> 4-Cólica <input type="checkbox"/> 5-Esmagamento</p>	<p>6. <input type="checkbox"/> 1-Fisgada <input type="checkbox"/> 2-Puxão <input type="checkbox"/> 3-Torção</p> <p>7. <input type="checkbox"/> 1-Calor <input type="checkbox"/> 2-Queimação <input type="checkbox"/> 3-Fervente <input type="checkbox"/> 4-Em Brasa</p> <p>8. <input type="checkbox"/> 1-Formigamento <input type="checkbox"/> 2-Coceira <input type="checkbox"/> 3-Ardor <input type="checkbox"/> 4-Ferroadada</p> <p>9. <input type="checkbox"/> 1-Mal localizada <input type="checkbox"/> 2-Dolorida <input type="checkbox"/> 3-Machucada <input type="checkbox"/> 4-Doida <input type="checkbox"/> 5-Pesada</p> <p>10. <input type="checkbox"/> 1-Sensível <input type="checkbox"/> 2-Esticada <input type="checkbox"/> 3-Esfolante <input type="checkbox"/> 4-Rachando</p> <p>11. <input type="checkbox"/> 1-Cansativa <input type="checkbox"/> 2-Exaustiva</p>	<p>12. <input type="checkbox"/> 1-Enjoada <input type="checkbox"/> 2-Sufocante</p> <p>13. <input type="checkbox"/> 1-Castigante <input type="checkbox"/> 2-Atormenta <input type="checkbox"/> 3-Cruel</p> <p>14. <input type="checkbox"/> 1-Amedrontadora <input type="checkbox"/> 2-Apavorante <input type="checkbox"/> 3-Aterrorizante <input type="checkbox"/> 4-Maldita <input type="checkbox"/> 5-Mortal</p> <p>15. <input type="checkbox"/> 1-Miserável <input type="checkbox"/> 2-Enloquecedora</p> <p>16. <input type="checkbox"/> 1-Chata <input type="checkbox"/> 2-Que incomoda <input type="checkbox"/> 3-Desgastante <input type="checkbox"/> 4-Forte <input type="checkbox"/> 5-Insuportável</p> <p>17. <input type="checkbox"/> 1-Espalha <input type="checkbox"/> 2-Irradia <input type="checkbox"/> 3-Penetra <input type="checkbox"/> 4-Atravessa</p>	<p>18. <input type="checkbox"/> 1-Aperta <input type="checkbox"/> 2-Adormece <input type="checkbox"/> 3-Repuxa <input type="checkbox"/> 4-Espreme <input type="checkbox"/> 5-Rasga</p> <p>19. <input type="checkbox"/> 1-Fria <input type="checkbox"/> 2-Gelada <input type="checkbox"/> 3-Congelante</p> <p>20. <input type="checkbox"/> 1-Aborrecida <input type="checkbox"/> 2-Dá náuseas <input type="checkbox"/> 3-Agonizante <input type="checkbox"/> 4-Pavorosa <input type="checkbox"/> 5-Torturante</p> <p>Nº de Descritores <input type="checkbox"/> 1-Sensoriais <input type="checkbox"/> 2-Afetivos <input type="checkbox"/> 3-Avaliativos <input type="checkbox"/> 4-Miscelânea <input type="checkbox"/> 5-Total</p> <p>Índice de Dor <input type="checkbox"/> 1-Sensoriais <input type="checkbox"/> 2-Afetivos <input type="checkbox"/> 3-Avaliativos <input type="checkbox"/> 4-Miscelânea <input type="checkbox"/> 5-Total</p>
--	--	--	--

Fonte: <http://dorescronicas.com.br/dor-dolorido-doido-desvendando-o-questionario-de-dor-de-mcgill>

3.3 Dor como quinto sinal vital

Em 1996, o presidente da Sociedade Americana de Dor, James Campbell, percebeu a necessidade de incluir a dor como avaliação básica e obrigatória, assim como os demais sinais vitais (frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória e temperatura corporal). Pretendia elevar a conscientização entre os profissionais de saúde sobre o tratamento da dor, para que houvesse uma melhor chance de promover um tratamento adequado (SBED, 1996).

Sendo assim, atualmente, as prescrições médicas já contém incorporada à tabela de

sinais vitais, uma coluna para avaliação da dor. Estabelecendo a dor em um patamar onde deve ser avaliada e tratada melhor.

O 5º sinal vital deve ser avaliado tão automaticamente quanto os outros sinais vitais do paciente, para que os devidos cuidados possam ser realizados.

É sabido que os pacientes precisam de cuidados, tais como os demais sinais vitais quando se alteram como temperatura, pulso, respiração e pressão arterial.

Ao serem educados quanto à importância da avaliação da dor, os profissionais passarão a ter um cuidado mais qualificado, gerando um impacto positivo sobre os cuidados de enfermagem (PEDROSO, CELICH, 2006).

4. TRATAMENTO DA DOR

Aderir ao tratamento significa aceitar a proposta e seguir corretamente. Vários fatores que influenciam no tratamento: características da terapia, peculiaridades do paciente, aspectos do relacionamento com a equipe multiprofissional e variáveis socioeconômicas, entre outros (PIMENTA, 2002).

A respeito dos avanços ocorridos nos dois últimos séculos ainda restam muitas dúvidas quanto à etiologia e à manutenção da dor crônica, e uma volta à história ajuda a compreender de que maneira evoluíram teorias e técnicas de tratamento, inclusive as psicológicas (MICELE, 2002).

Os pacientes com dor teriam seis necessidades: conforto, evitação das reações adversas, atividades funcionais diárias, prevenção da recaída, qualidade de vida satisfatória e confiança renovada. Para o controle adequado da dor foram estabelecidos seis os princípios: respeitar o paciente e a dor, saber quando tratar a dor, tratar cedo e agressivamente a dor, tratar as causas subjacentes à dor, tratar os aspectos psicológicos da dor, realizar uma abordagem multidisciplinar (KATZ, 2002).

4.1 Tratamento medicamentoso

Os opióides são tradicionalmente recomendados para o controle da dor crônica. O termo opióide é utilizado para denominar um grupo de drogas com propriedades semelhantes ao ópio. Denomina-se opiáceo os derivados naturais e algum medicamento

semissintéticos; e os sintéticos, de opióides. Mas há a tendência de se generalizar o termo opióide para todas as substâncias que atuam por meio da interação com receptores opióides. A denominação “narcóticos” deve ser preterida, para dissociar-se da ideia de sono e torpor, pois a principal ação dos opióides é a analgesia (GUTSTEIN, 2001).

O conhecimento sobre alteração cognitiva em doentes com dor crônica recebendo opióides está em construção e os poucos estudos existentes com maior nível de evidência indicam, na maior parte dos casos, ausência de alteração ou melhora cognitiva, provavelmente mediada pelo alívio da dor. No entanto, as limitações dos estudos impõem cautela nas conclusões. Considerando-se que os dados empíricos são insuficientes, que o uso de opióides para o controle da dor é crescente, principalmente em doentes que continuam trabalhando e realizando atividades do dia-a-dia, investigações com método mais aprimorado são necessárias.

É preciso lembrar que, embora defendamos a perspectiva das estratégias pessoais adotadas por enfermeiros para o problema da dor, não podemos descartar o uso dos fármacos.

Na dor os principais agentes são os anti-inflamatórios não-esteroides (AINEs), opióides e ansiolíticos. Os AINEs representam o maior grupo de analgésicos, apresentam potência moderada e são largamente usados no controle da dor pós-operatória. Os opióides compreendem um grupo de fármacos naturais e sintéticos, cuja sua ação é conhecida há séculos. Os ansiolíticos são medicamentos formulados para outras finalidades, porém possuem função analgésica (PIMENTA, 2000).

De modo geral, Pimenta (2000) relata que os fármacos utilizados na terapia analgésica apresentam diversos efeitos colaterais desagradáveis e que os ajustes das doses consomem diversos dias.

Nos quadros abaixo esses grupos de medicamentosos estão descritos por meio de seus representantes, efeitos colaterais, mecanismo de ação e indicação clínica. E a figura apresenta a escala analgésica.

Quadro 3 – Grupos farmacológicos

Grupos	Principais Representantes	Efeito Terapêutico	Mecanismo de Ação	Indicação Clínica
AINES	Ácido Acetil Salicílico Dipirona, Tenoxicam Diclofenaco Cetoprofeno	Analgésico Antiinflamatório Antipirético	Reduzem a dor e a inflamação, na maior parte dos casos, pela inibição da enzima ciclooxigenase, responsável pela síntese das prostaglandinas.	Dor de intensidade leve a moderada, aguda nos pós-operatórios, (nos músculos e nos traumas) e crônica (artrite e etátese).
Opióides	Codeína Morfina Tramadol Metadona	Analgésico Ansiolítico Euforizante	Reduzem a dor pela ligação com receptores opióides e encéfalo na medula espinhal.	Dor de intensidade moderada a intensa, aguda (fraturas, pós-operatório, queimaduras) e crônica (câncer).
Ansiolíticos	Diazepam Alprazolam Midazolam Clonazepam	Tranquilizante Anticonvulsivo Miorrelaxante	Reduzem a ansiedade pela potencialização da inibição neural	Dor aguda e dor pós-operatória.
Antidepressivo	Amitriptilina	Normaliza o estado de humor sedação	Estimulam certas partes do sistema nervoso que vão inibir a passagem das dores, além de atuar na depressão que geralmente acompanha a neuropatia ou qualquer dor na fase crônica.	Depressão, dores crônicas, dor neuropática, prevenção de cefaleias primárias, cefaleia do tipo tensional, enxaqueca mental. Dor crônica grave: (câncer, doenças reumáticas).
Anticonvulsivante	Gabapentina	Antiepilético dor neuropática	Terapia adjuvante em convulsões parciais e no tratamento de algumas neuralgias. Afeta os nervos do corpo que estão envolvidos na causa de convulsões e de alguns tipos de dor.	Tratamento da dor neuropática decorrente do diabetes e do herpes-zoster e esclerose lateral amiotrófica. Epilepsia.

Fonte: PIMENTA (2000)

Quadro 4 – Efeitos colaterais

Grupos Farmacológicos	Sistema	Efeito Colateral
Opióides	Nervoso	Sonolência, Letargia, Depressão respiratória, náuseas e vômitos, euforia, miose, alucinação, dependência, dificuldade na concentração.
	Cardiovascular	Hipotensão.
	Gastrointestinal	Constipação, Diminuição das secreções biliares e pancreáticas.
	Geniturinária	Retenção urinária.
	Tegumentar	Prurido.
AINES	Nervoso Central	Cefaleia, tontura, disforia, sonolência, visão borrada.
	Hematopoiético	Alteração da coagulação sanguínea
	Gastrointestinal	Dor abdominal, gastrite, úlceras, sangramento digestivo, anorexia, náuseas e vômitos.
	Geniturinário	Disúria, hematúria, insuficiência renal.
	Tegumentar	Reações alergias.
	Respiratório	Crise de asma.
Ansiolítico	Nervoso Central	Sonolência, dependência.
	Gastrointestinal	Náuseas e vômitos.
Antidepressivo	Nervoso central	Sonolência, fraqueza, tremores, tontura, boca seca.
	Cardiovascular	Hipotensão.
Anticonvulsivante	Nervoso Central	Febre, sonolência, fraqueza, tontura aumento de peso.
	Respiratório	Dificuldade respiratória
	Tegumentar	Urticárias, glândulas inchadas, feridas em torno dos olhos e da boca.

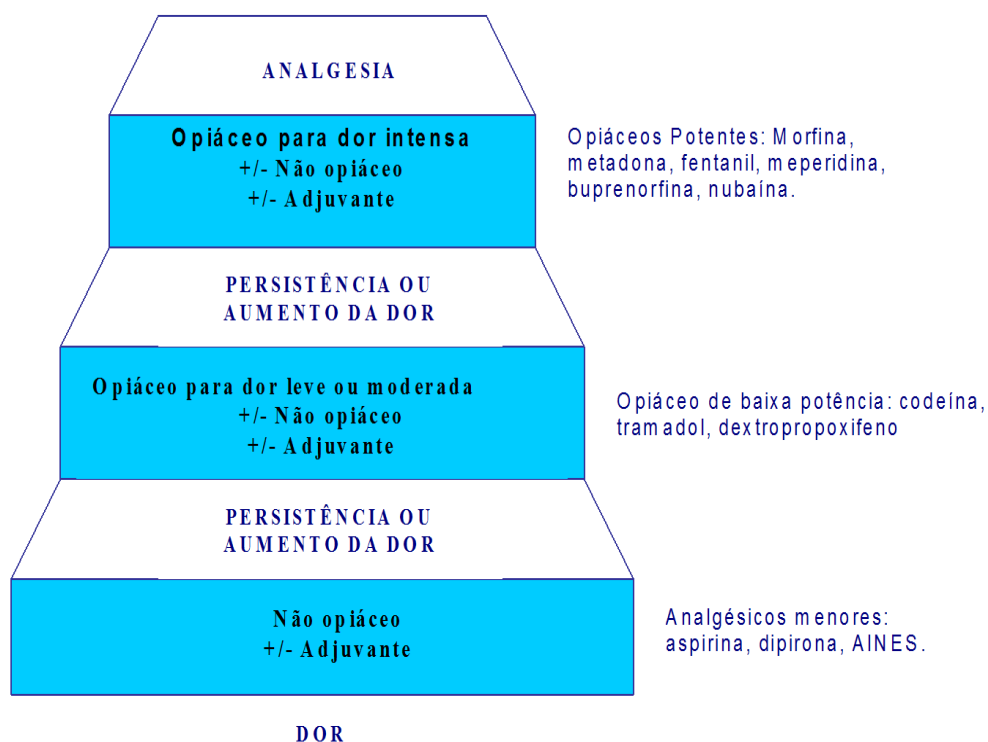
Fonte: PIMENTA (2000)

QUADRO 5 – Vantagens e fatores limitantes para a escolha da administração de opiáceos

Via	Vantagens	Fatores Limitantes para Escolha das Vias	Contraindicação
Oral	Eficácia proporciona conforto ao paciente	Êmese incoercível, disfagia severa, irritação gástrica.	
Sublingual	Comodidade, rápida absorção, não sofre ação do suco gástrico, não é metabolizada pelo fígado.	Não convém administrar substâncias irritantes por essa via	
Retal	Utilizadas em pacientes em estado de: torpor coma ou disfagia	Diarreia, hemorroidas fissura anal, irritações da mucosa intestinal.	
Subcutânea	Absorção Intensa e constante	Substâncias irritantes como antibióticos e clorpromazina	
Intravenosa	Possibilita grande volume infusional, efeito imediato, via de escolha para medicamentos irritantes.	Compromete a movimentação do paciente	Substâncias oleosas ou que precipitem
Intratecal Peridural	Pós-operatório, analgesia durante o trabalho de parto, dor relacionada ao câncer, algias vertebrais. Longa duração: 12 a 36 horas.	Técnica invasiva, retenção urinária, pode ocorrer prurido quando administrado morfina.	
Transcutânea	Conforto permite movimentação do paciente efeito prolongado	Alto custo no Brasil	Na dor aguda, em pacientes com problemas subcutâneo.

Fonte: KIPEL (2002) Adaptação dos dados extraídos em CAMARGO (2000)

Figura 9 – Escala analgésica da Organização Mundial da Saúde



Fonte: MARTELETE (1992)

Neste guia são preconizados os analgésicos fracos não opióides como a dipirona e paracetamol para o tratamento das dores fracas; o tramadol e a codeína para as dores moderadas e a morfina como padrão para as dores intensas. (KIPEL, 2002; CAMPOS, KIPEL, 2001).

4.2 Tratamentos paliativos

Pacientes querem ser tratados como pessoas, e não como doenças, e serem observados como um todo, incluindo-se os aspectos físico, emocional, social e espiritual (OKON, 2005).

Diversos estudos examinaram a relação da religiosidade e/ou espiritualidade com diversos aspectos da saúde mental. A maioria deles aponta para melhores indicadores de saúde mental e adaptação ao estresse em pessoas que praticam atividades ditas religiosas (MOREIRA; ALMEIDA, 2006).

Outros estudos mostram que pessoas engajadas em práticas religiosas ou espirituais são fisicamente mais saudáveis, têm estilo de vida mais equilibrado e usam

menos serviços de saúde (KOENING, 2004).

O impacto do benefício da atividade religiosa na saúde chega a ser comparado com o abandono do tabagismo e até mesmo com o acréscimo de 7 a 14 anos na expectativa de vida (NEUMMAN; PEEPLES, 2001). O impacto também se dá economicamente, pois a prática espiritual é isenta de custos e seus benefícios resultam menos gastos hospitalares, medicamentos e exames diagnósticos. No entanto, obviamente, a prática religiosa não deve substituir a prática médica (HUDSON, 1996).

O tratamento paliativo sugere outros recursos não farmacológicos para o tratamento e alívio da dor e auxiliam na qualidade de vida.

4.3 Reabilitação crônica e tratamentos paliativos

O tratamento da dor envolve intervenções biológicas e psicossociais que visam à minimização do desconforto, à melhora da função e à adaptação do indivíduo para o desempenho atividades. Isto significa que é a melhora da qualidade de vida e não apenas o alívio da dor. (LIN et al., 2001).

4.4 Cuidados paliativos em dor crônica

A Organização Mundial da Saúde, em 1990, definiu os Cuidados Paliativos como: Medidas que aumentam a qualidade de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam uma doença terminal, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento de dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.

Em cuidados paliativos, perguntamos ao paciente o que ele considera importante realizar nesse momento de sua vida e trabalhamos com o controle dos sintomas. Buscamos conferir ao paciente todas as condições necessárias para as suas realizações nesse momento singular. O cuidado paliativo é a modalidade de assistência que abrange as dimensões do ser humano além das dimensões física e emocional como prioridades dos cuidados oferecidos (WACHHOLTZ; KEEFE, 2006).

Pacientes com dor crônica são difíceis de tratar. O bem-estar físico e emocional, assim como as relações sociais, familiares e de trabalho, são extremamente afetados (SORAJJAKOOL et al., 2006).

A terapêutica paliativa é voltada para o controle sintomático, sem função curativa, com vistas à preservação da qualidade de vida, a qual deve ser melhorada até o final da vida, com a implementação de uma quantidade relativamente pequena de recursos (SIMONI, 2012).

É necessário perceber e respeitar de modo singular as necessidades de cada um, aproximando o tratamento proposto às possibilidades de vida, inerentes a cada pessoa, possibilitando a inclusão da família como elemento de cuidado, integrada, participativa no serviço, recebendo orientações adequadas e compreendendo suas particularidades (KOVACKS, 2010).

4.4.1 Fisioterapia

Os profissionais da fisioterapia dispõem de recursos que podem intervir no tratamento paliativo de pacientes com dor crônica. Empregam técnicas como massagens e ginástica, que possuem a finalidade de restaurar, desenvolver e manter a capacidade física e funcional do paciente.

Estes cuidados são responsáveis por desenvolver um tratamento para doentes sem possibilidades de cura, monitorando e diminuindo os sinais e sintomas físicos, psicológicos e espirituais (BERGMANN, et al., 2012)

4.4.2 Termoterapia

A termoterapia é uma modalidade que possibilita a vasodilatação, o relaxamento muscular, a melhora do metabolismo e circulação local, a extensibilidade dos tecidos moles, a alteração de propriedades visco elásticas teciduais e a redução da inflamação.

A termoterapia por calor superficial pode ser realizada através do uso de bolsas térmicas, banhos de contraste, banhos de parafina, infravermelho, forno de Bier, hidroterapia de turbilhão e por calor profundo, os mais utilizados são o ultrassom, ondas curtas, laser e microondas (ROBERTSON, et al., 2010).

A termoterapia superficial com calor está contraindicada, quando aplicada diretamente sobre áreas tumorais.

4.4.3 Crioterapia

A utilização do frio pode ser em disfunções musculoesqueléticas traumáticas, inflamatórias incluindo processos agudos (ROBERTSON et al., 2009)

A crioterapia leva à vasoconstricção por aumento da atividade neurovegetativa simpática e por ação direta do frio nos vasos sanguíneos, causando relaxamento muscular e analgesia em decorrência da redução da atividade dos fusos musculares.

São necessário 13,8°C, para que ocorra a diminuição ideal do fluxo sanguíneo local e para 14,4°C para que ocorra analgesia.

4.4.4 Eletroterapia

A eletroterapia consiste na utilização de corrente elétrica com finalidades terapêuticas promovendo analgesia pelo efeito contra irritativo, resultando na ativação do sistema supressor da dor e produzindo uma sensação que interfira na sua percepção. Esse efeito pode persistir por períodos longos, determinando o desaparecimento da dor (CASTRO, 2008).

4.4.5 Cinesioterapia

A cinesioterapia é uma terapia que se utiliza de movimentos como forma de tratamento, a partir de movimentos voluntários que proporcionam a mobilidade, a flexibilidade, à coordenação muscular, o aumento da força muscular e a resistência à fadiga.

Os programas de atividade física têm como objetivo desenvolver a força e o trefismo muscular, o senso de propriocepção do movimento, resgatando a amplitude do movimento articular e prevenindo a imobilidade no leito, mas devem levar em consideração o estado funcional do paciente (ECOG; KARNOFSKY, 2012).

4.4.6 Massagem

A massagem é uma técnica utilizada como terapia complementar nos pacientes, com

o objetivo de proporcionar o alívio da dor. Faz a manipulação dos tecidos moles do corpo, executada com as mãos, com o objetivo de produzir efeitos sobre os sistemas vascular, muscular e nervoso, produzindo a estimulação mecânica dos tecidos através da aplicação rítmica de pressão e estiramento.

Quando exercida nos tecidos, estimula os receptores sensoriais, produzindo sensação de prazer ou bem estar; por outro lado, o estiramento reduz a tensão sobre os músculos e produz relaxamento muscular. Desta forma a massagem induz o relaxamento muscular e o alívio da dor (MARCUCCI, 2007).

4.4.7 Órtese

As órteses são dispositivos que podem ser de uso definitivo ou não, com o objetivo principal de alinhar, prevenir e/ou corrigir deformidades, além de contribuir na minimização de quadros álgicos.

Atualmente, também pode ser designada como tecnologia assistida cujo conhecimento deve ter característica interdisciplinar com métodos e estratégias que objetivam a promoção de funcionalidade, relacionada à atividade e participação de pessoas com alguma deficiência, incapacidade ou mobilidade reduzida; visa à autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social desses indivíduos (BERSCH, 2008).

O uso profilático de uma órtese propicia a estabilização de uma lesão dolorosa e auxilia na prevenção de fraturas, evitando uma experiência álgica maior, além da restrição e perda da mobilidade voluntária.

3. METODOLOGIA

A partir de pesquisas realizadas em bibliografias, artigos científicos e periódicos, desenvolvemos um folder como manual de orientações sobre o tratamento e os cuidados referente a dor crônica, para alunos dos técnicos de enfermagem do IFSC.

4. RESULTADOS OBTIDOS

Dor Crônica : Tratamentos e cuidados



Compreender os passos para o manuseio da dor crônica não é tão simples quanto parece, pois é necessário reconhecê-la como uma doença, a qual se manifesta constantemente impedindo a qualidade de vida das pessoas que a sentem!



O que é dor ?

A dor é uma sensação ou experiência emocional desagradável, associada com dano tecidual real ou potencial (International Association for the Study of Pain, 2008). A dor serve como um meio de proteção ao nosso corpo, mostrando por meio de sua manifestação que algo está errado com ele, ou seja, o corpo está sob ameaça de danos, podendo ser um problema ou uma complicação, sendo assim, tendo que ser investigada. Temos que levar em conta que a mesma dor se manifesta de diferentes formas para cada indivíduo.

O que é dor aguda ?

A dor aguda se manifesta em um período relativamente curto, podendo ocorrer em algumas horas, semanas ou em até seis meses. Podem ser ocasionados por inflamações, infecções, traumatismos ou outras causas associadas com lesões em tecidos ou órgãos .

O que é dor crônica?

De acordo com a Sociedade Brasileira de Estudo da Dor (2013). Para ser considerada dor crônica, a dor tem que se estender por mais seis meses, podendo chegar a vários anos e está quase sempre associada a um processo de doença crônica.

O que diferencia a dor aguda da crônica?

Aguda: Tem como característica a dor súbita com curta duração e serve como um alerta de uma doença ou possível dano ao corpo.

Crônica: Aquela que se desenvolve de maneira lenta e longa duração foi desprovida de sua função protetora, tornando-se ela mesma a própria doença em si (ATLAS DA SAÚDE, 2014).

Ciclo da dor

A presença constante pode acabar levando a alterações no dia-a-dia do indivíduo, alterações no sono, humor, diminuindo as atividades de lazer, levando a uma série de prejuízos que podem acabar virando um ciclo sem não tiver os cuidados



Quais os tipos de ferramentas usadas para avaliação da dor?

A avaliação da dor se dá pelo uso de várias escalas desenvolvidas para facilitar o entendimento da dor que o paciente refere. Portanto é muito importante que os profissionais da área da saúde saibam mensurar corretamente a dor. Para melhor avaliar o paciente, a literatura dispõe de duas classificações de escalas de avaliação da dor: as unidimensionais e as multidimensionais.

As escalas unidimensionais possibilitam avaliar somente a intensidade da dor. Entre as unidimensionais mais utilizadas:

Escala visual analógica (EVA)



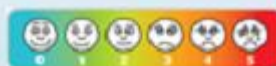
Escala numérica



Escala verbal



Escala de faces



As escalas multidimensionais são usadas apenas para dores crônicas e mais complexas, e requer tempo e conhecimento.

Tratamentos da dor crônica

O tratamento da dor envolve intervenções biológicas e psicossociais que visam à minimização do desconforto, à melhora da função e à adaptação do indivíduo para o desempenho atividades. Existem duas formas de tratamento da dor: Medicamentosa e Paliativa.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, "Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais .

Paliativos

Fisioterapia: Dispõem de recursos que podem intervir no tratamento paliativo de pacientes com dor crônica. Empregam



técnicas como massagens e ginástica, que possuem a finalidade de restaurar, desenvolver e manter a capacidade física e funcional do paciente.



Termodrapia: modalidade que possibilita a vasodilatação, relaxamento muscular, e a redução da inflamação pode ser realizada

através do uso de bolsas térmicas, banhos de contraste, banhos, infravermelho, entre outros.

Crioterapia: leva à vasoconstricção por aumento da



atividade neurovegetativa simpática e por ação direta do frio nos vasos sanguíneos, causando relaxamento muscular e analgesia.

Cineoterapia: utiliza de movimentos como forma



de tratamento, a partir de movimentos voluntários que proporcionam a mobilidade, e a flexibilidade, desenvolvendo a força e o tônus muscular, resgatando a amplitude do movimento articular e prevenindo a imobilidade.

Massagem: Tem o objetivo de proporcionar o alívio da dor, Faz a manipulação dos tecidos moles do corpo, estimula os receptores sensoriais, produzindo sensação de prazer ou bem-estar; induz o relaxamento muscular e o alívio da dor.



Referências:

- PEREIRA, Maria F. R. e tal. A importância da integração da qualidade e da rigidez no manejo da dor e da cuidados paliativos. *Revista de Reabilitação Clínica*, vol. 91, 2015.
- OCIOSOS BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR (ABED). *Investigação e desenvolvimento para implementação da dor no 2º ANO*. Disponível em: http://www.dor.org.br/publicacoes/abed_v02.asp. Acesso em: Janeiro, 2014.
- PRADO, C. Base Anatómica da Massagem. *NOTA*, Dórea Dreilbera Cordeiro de Faria. CRUZ, Dina de Almeida Lopes. *Manejo da Dor e Cuidados Paliativos em Farmacologia, Medicina e Psicologia*. Barueri, SP: Manole, p. 124, 2004.

Tratamentos da dor crônica

O tratamento da dor envolve intervenções biológicas e psicossociais que visam à minimização do desconforto, à melhora da função e à adaptação do indivíduo para o desempenho atividades. Existem duas formas de tratamento da dor: Medicamentosa e Paliativa.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, "Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais .

Paliativos

Fisioterapia: Dispõem de recursos que podem intervir no tratamento paliativo de pacientes com dor crônica. Empregam



técnicas como massagens e ginástica, que possuem a finalidade de restaurar, desenvolver e manter a capacidade física e funcional do paciente.

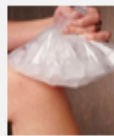


através do uso de bolsas térmicas, banhos de contraste, banhos, intravermelho, entre outros.

Termoterapia:

modalidade que possibilita a vasodilatação, relaxamento muscular, e a redução da inflamação pode ser realizada

Crioterapia: leva à vasoconstrição por aumento da



atividade neurovegetativa simpática e por ação direta do frio nos vasos sanguíneos, causando relaxamento muscular e analgesia.

Cineoterapia: utiliza de movimentos como forma



de tratamento, a partir de movimentos voluntários que proporcionam a mobilidade, e a flexibilidade, desenvolvendo a força e o tônus muscular, resgatando a amplitude do movimento articular e prevenindo a imobilidade.

Massagem: Tem o objetivo de proporcionar o alívio da dor. Faz a manipulação dos tecidos moles do corpo, estimula os receptores sensoriais, produzindo sensação de prazer ou bem-estar; induz o relaxamento muscular e o alívio da dor .



Referências:

PEREIRA, Mario F. P. et al. A importância da integração da espirocuidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, vol. 34, n. 2, 2005.

CC-BY-NC-ND/4.0. URL: http://www.dor.org.br/profissionais/2_crioterapia. Acesso em: Janeiro, 2014.

PRINTELLI, C. *Curso de Introdução à Massagem*. São Paulo: Editora Manole, 2006.

Dor Crônica : Tratamentos e cuidados



Compreender os passos para o manejo da dor crônica não é tão simples quanto parece, pois é necessário reconhecê-la como uma doença, a qual se manifesta constantemente impedindo a qualidade de vida das pessoas que a sentem!



O que é dor ?

A dor é uma sensação ou experiência emocional desagradável, associada com dano tecidual real ou potencial (*International Association for the Study of Pain*, 2008). A dor serve como um meio de proteção ao nosso corpo, mostrando por meio de sua manifestação que algo está errado com ele, ou seja, o corpo está sob ameaça de danos, podendo ser um problema ou uma complicação, sendo assim, tendo que ser investigada. Temos que levar em conta que a mesma dor se manifesta de diferentes formas para cada indivíduo.

O que é dor aguda ?

A dor aguda se manifesta em um período relativamente curto, podendo ocorrer em algumas horas, semanas ou em até seis meses. Podem ser ocasionados por inflamações, infecções, traumatismos ou outras causas associadas com lesões em tecidos ou órgãos.

O que é dor crônica?

De acordo com a Sociedade Brasileira de Estudo da Dor (2013). Para ser considerada dor crônica, a dor tem que se estender por mais seis meses, podendo chegar a vários anos e está quase sempre associada a um processo de doença crônica.

O que diferencia a dor aguda da crônica?

Aguda: Tem como característica a dor súbita com curta duração e serve como um alerta de uma doença ou possível dano ao corpo.

Crônica: Aquela que se desenvolve de maneira lenta e longa duração foi desprovida de sua função protetora, tornando-se ela mesma a própria doença em si (ATLAS DA SAÚDE, 2014).

Ciclo da dor

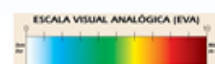
A presença constante pode acabar levando a alterações no dia-a-dia do indivíduo, alterações no sono, humor, diminuindo as atividades de lazer, levando a uma série de prejuízos que podem acabar virando um ciclo sem não tiver os cuidados



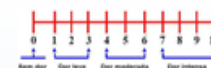
Quais os tipos de ferramentas usadas para avaliação da dor?

A avaliação da dor se dá pelo uso de várias escalas desenvolvidas para facilitar o entendimento da dor que o paciente refere. Portanto é muito importante que os profissionais da área de saúde saibam mensurar corretamente a dor. Para melhor avaliar o paciente, a literatura dispõe de duas classificações de escalas de avaliação da dor: as unidimensionais e as multidimensionais. As escalas unidimensionais possibilitam avaliar somente a intensidade da dor. Entre as unidimensionais mais utilizadas:

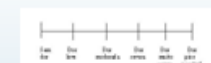
Escala visual analógica (EVA)



Escala numérica



Escala verbal



Escala de faces



As escalas multidimensionais são usadas apenas para dores crônicas e mais complexas, e requer tempo e conhecimento.

7. CONCLUSÃO

Nos casos em que a dor crônica instala-se, os mecanismos fisiológicos dos mediadores responsáveis por fazer a dor ser percebida estão também desajustados. Por essa razão a dor crônica deve ser considerada a própria doença, muitas vezes sem causa aparente para sua manifestação. Entender esse processo é de fundamental importância para que o manuseio da dor ocorra adequadamente.

Convém salientar que além dos médicos, que possuem a função de diagnosticar, avaliar e tratar a dor, é a equipe de enfermagem que dá assistência ao paciente na maior parte do tempo. Essa condição implica na necessidade dos profissionais e estudantes de Enfermagem também conhecerem os métodos de avaliação da dor e fazerem uso deles, para melhorar a qualidade no uso de opióides durante a assistência ao paciente.

Além disso, a equipe deve estar atenta quanto às manifestações do paciente e a evolução do seu quadro clínico. Deve-se evitar subestimar as queixas, permitir a manutenção ou o resgate de sua dignidade minimizando o sofrimento físico; prevenir o abuso dos opióides como possível consequência a dependência química dos analgésicos controlados, ou a sub medicação decorrente de uma avaliação inadequada.

Quando se desconhece as implicações de uma avaliação e tratamento inadequados pode ocasionar a perda de mobilidade do paciente, precariedade em sua qualidade de vida, retardo de sua recuperação e como consequência maior tempo de permanência hospitalar, além de perdurar um estado doloroso em asilos ou em domicílio.

Em última instância, desconhecer o manuseio adequado dos processos dolorosos, especialmente os crônicos, é desrespeitar os preceitos éticos e legais que garantem os cidadãos terem seus direitos de tratamento, alívio da dor e qualidade de vida respeitados.

8. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Jouce Gabriela de et al. Dor chronic los patients esquizofrênicos: Prevalência e Características **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 26, n. 3, março de 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 julho de 2014.

BARROS, Simone Regina A. de F.; PEREIRA, Simey de Souza Leão; ALMEIDA NETO, Adauto. A formação de acadêmicos de enfermagem quanto à percepção da dor em duas instituições de ensino superior. **Revista Dor**. São Paulo. v. 12, n. 2, p. 131-137, Abr./Jun. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132011000200010>. Acesso em: Janeiro de 2014.

BONICA, John J. **The management of pain**. 2. ed. v. 1. Pennsylvania: Lea & Febiger, 1990.

BORSOOK, David et al. **The Massachusetts General Hospital Handbook of pain Management**. Boston: Little, 1996.

BOTTEGA, Fernanda Hanke; FONTANA, Rosane Teresinha. A dor Como quinto Sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.19, n. 2, Junho de 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 julho de 2014.

BRUNNER, Lilian Sholtis; SUDDARTH, Doris Smith. **Enfermagem Médico Cirúrgica**. 8.ed. Rio de Janeiro, 1999.

CARVALHO, Fabricia Conceicao. **A enfermagem nos cuidados ao paciente com dor**. Disponível em: < <http://br.monografias.com/trabalhos3/enfermagem-cuidados-paciente-com-dor/enfermagem-cuidados-paciente-com-dor.shtml>>. Acesso em: 21/06/2015.

CARVALHO, Maria Margarida M. J. De. **Dor**: Um estudo multidisciplinar. 2ªed. São Paulo. Editora Summus, 1999. 345pg.

CARVALHO, Werther Brunow. **Sedação e analgesia no pronto socorro**. Disponível em: < http://www.jped.com.br/conteudo/99-75-S294/port_print.htm>. Acesso em 21/06/2015.

CASTRO, Martha M. C. et al.. Comorbidade de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crônica e o impacto sobre a qualidade de vida. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 38, nº4, 2011 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832011000400002&lng=en&nrm=iso. Acessado em 03 Jul. 2014.

DUNLOP, Robert. Cancer. **Palliative care**. London: British, 1998.

FAULL, Cristina; et al. **Handbook of palliative care**. Oxford: Blackwell, 1998.

FEIN, Alan.**Nociceptores – As células que sentem dor**. Disponível em <<http://www.dol.inf.br/html/livronociceptores/nociceptores.pdf>>. Acesso em: 21/06/2015.

FLORENTINO, Danielle de M. et al. A Fisioterapia no alívio da dor. **Rev. Hupe UERJ**, Rio de Janeiro, vol. 11 (2), 50-57, Abr/Jun, 2012.

FRED. **Num3r05**. Disponível em: <<http://cirurgiadofred.blogspot.com.br/2012/06/num3r05.html>>. Acesso em: 21/06/2015.

FORTUNATO, Juliana G. S. et all. **Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa**. Disponível em: < http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=426>. Acesso em 21/06/2015.

GOMES, Joao C. P.; TEIXEIRA, M. J.**Dor no idoso**. Disponível em < http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=3465&fase=imprime>. Acesso em 21/06/2015.

HOOD, Gail Harkness; DINCHER, Judith R. **Fundamentos e Práticas de Enfermagem**. 8.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

KIPEL, Anna Geny Batalha. **Prevalência da dor: Mitos, medos e desacertos relacionados ao uso de analgésicos opiáceos**. 2004. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71413216.pdf>. Acesso em: maio de 2015.

KRELLING, Maria Clara Giorio Dutra; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos. Prevalência de dor crônica em adultos. **Rev. Bras. Enferm**; 59(4):509-513, jul.-ago, 2006.

KURITA, Geana Paula; PIMENTA, Cibele Andrucio de Matos; NOBRE, Moacir Roberto Cuci. Opióides e a cognição de doentes com dor crônica: revisão sistemática. **Rev. Assoc Med Bras**, ed 54(6), 529-536, 2008.

LIBRACK, S. Lawrence. **The pain manual: Principles and issues in cancer pain management**. Montréal, Québec: Pegasus, 1998.

LIN, Tchia Yeng et al. Medicina física e reabilitação em doentes com dor crônica. **Rev. Med.**, São Paulo, 80 ed. esp. pt.2, 245-55, 2001.

MURTA, Genilda Ferreira et al. (Org.). **Saberes e Práticas: Guia para Ensino e Aprendizagem de Enfermagem**. 5ª edição. São Caetano do Sul, Sp: Difusão, 2009.

NASCIMENTO, Daiana Ciléa Honorato; SAKATA, Rioko Kimiko. Dependência de opióide em pacientes com dor crônica. **Revista Dor**, São Paulo, v.12, n. 2, p.160-165, Abr./Jun. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132011000200013>. Acesso em: Janeiro de 2014.

NASCIMENTO, Leonel Alves do; KRELING, Maria Clara Giorio Dutra. **Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem**. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/v24n1a07.pdf>. Acesso em: 07 junho 2011.

NUNES, Maria da Gloria dos Santos; RODRIGUES, Benedita Maria Rego Deusdará. Tratamento Paliativo: Perspectiva da família. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 348-343, jul/set, 2012.

PADA. **Dor, dolorido, doido. Desvendando o questionário de dor de mcgill.** Disponível em: < <http://dorescronicas.com.br/dor-dolorido-doido-desvendando-o-questionario-de-dor-de-mcgill/>>. Acesso em 21/06/2015.

PEDROSO, Rene Antonio; CELICH, Kátia Lilian Sedrez. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto contexto - Enfermagem**. v. 15 n.2 Florianópolis abr./jun. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 06 junho 2014.

PERES, Mario F. P. et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, vol. 34, 82, 2005.

PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos; MOTA, Dálete Delalibera Corrêa de Faria; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da. **Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia**. Barueri, Sp: Manole, p. 138, 2006.

PRADINES, Bernard. **Expérience personnelle et recherches bibliographiques sur les douleurs chez la personne âgée en pratique gériatrique institutionnelle.** Disponível em: < <http://geriatrie-albi.com/Douleurevaluation.htm>>. Acesso em: 21/06/2015.

RAMALHO, Gualter Lisboa. **Tratamento da dor.** Disponível em: <<http://www.unimedjp.com.br/canais/saudeebemestar/informacoes/ver-consultorio-medico.php?id=324>>. Acesso em: 13 jul. 2014.

ROSSANO, Sartori Dal Molin. **Cuidado da Dor na perspectiva da Enfermagem**. 1ºed. Goiânia ABeditora, 2004. 80p.

SALLUM, Ana Maria Calil; GARCIA, Dayse Maioli; SANCHES, Mariana. Dolor agudo y crónico: revisión narrativa de la literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.25, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000800023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 julho de 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR (SBED). **Hospital sem dor, diretrizes para implantação da dor como 5° sinal vital**. Disponível em: http://www.dor.org.br/profissionais/5_sinal_vital.asp. Acesso em: Janeiro, 2014.

SOUSA, Fátima Aparecida Emm Faleiros. Dor: O quinto Sinal vital Rev. Latino-Am. **Enfermagem Ribeirão Preto**, v 10, n. 3, junho de 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 julho de 2014.

TSANG, A et al. **Common chronic pain conditions in developed and developing countries**: gender and age differences and comorbidity with depression-anxiety disorders. *J Pain*. 9 ed(10), 883-91, Out/dez, 2008.