

Avaliação da Dor: Quinto Sinal Vital

SUMÁRIO

Estrutura e Função, 159

Processamento Neuropático da Dor
 Vias Neuroanatômicas
 Dor Nociceptiva
 Dor Neuropática
 Fontes da Dor
 Tipos de Dor

Dados Subjetivos, 164

Avaliação Inicial da Dor
 Ferramentas de Avaliação da Dor
 Lactentes e Crianças

Dados Objetivos, 168

Preparo
 Articulações
 Músculos e Pele
 Abdome
 Comportamentos não Verbais Indicativos de Dor

Documentação e Raciocínio Crítico, 171

Achados Anormais, 172

ESTRUTURA E FUNÇÃO

PROCESSAMENTO NEUROPÁTICO DA DOR

Atualmente, sabemos que a dor se desenvolve por dois processos principais: processo **nociceptivo** e/ou **neuropático**. É importante entender como esses dois tipos de dor se desenvolvem, porque os indivíduos apresentarão sensações distintas e responderão de forma diferente aos analgésicos. Quando é possível avaliar o(s) tipo(s) de dor, os médicos podem selecionar com mais precisão estratégias farmacológicas e não farmacológicas eficazes para interromper o processo da dor, ao longo de vários pontos dentro do sistema de comunicação da dor, e, por fim, proporcionar um melhor alívio da dor.³⁸

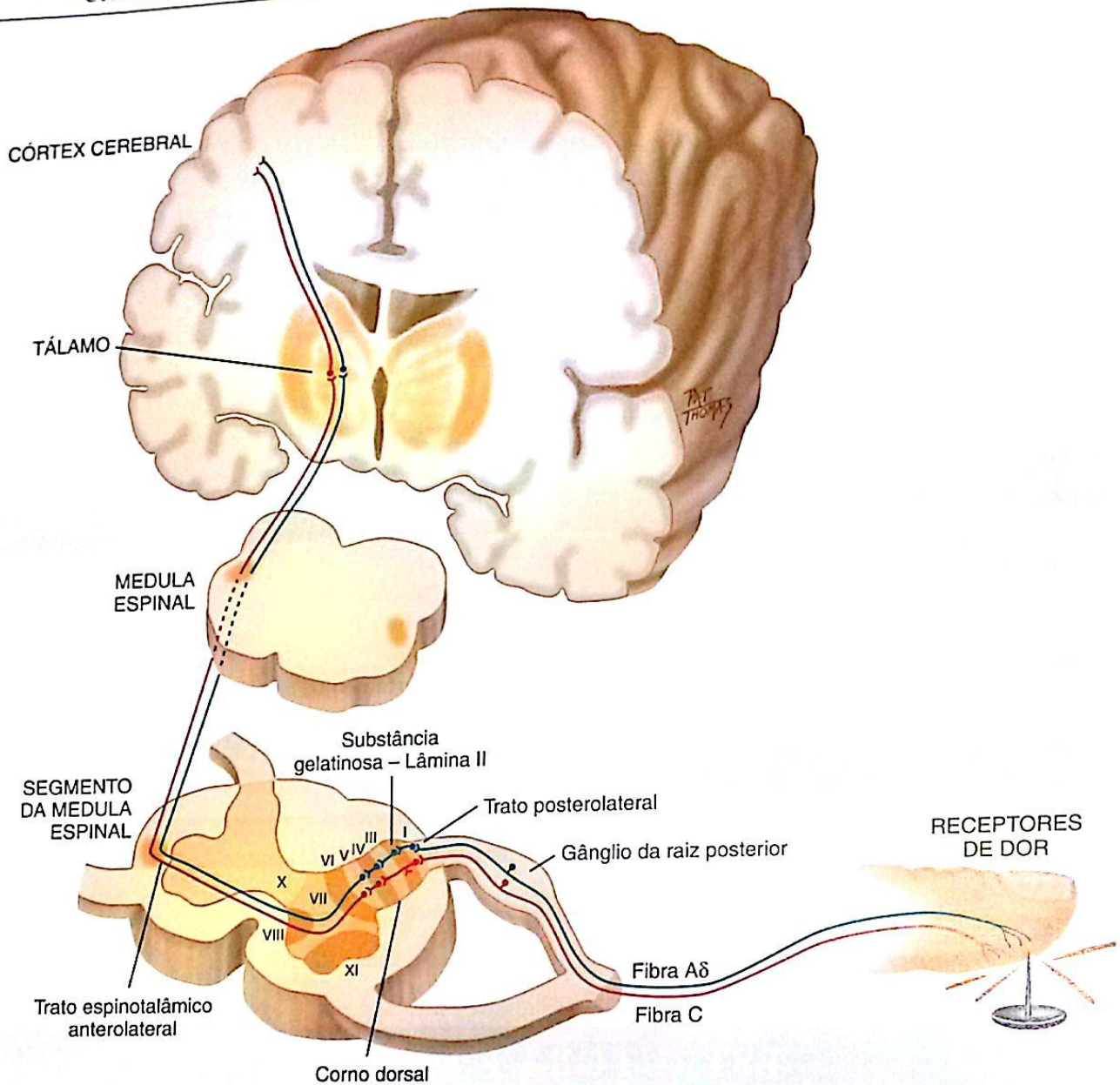
VIAS NEUROANATÔMICAS

A dor é uma experiência altamente complexa e subjetiva que se origina a partir do sistema nervoso central (SNC), do sistema nervoso periférico (SNP), ou de ambos. As terminações nervosas especializadas, chamadas **nociceptores**, são projetadas para detectar sensações dolorosas da periferia e transmiti-las para o SNC. Os nociceptores são receptores sensoriais localizados na pele, no tecido conjuntivo, nos músculos e nas vísceras torácicas,

abdominais e pélvicas. Esses nociceptores podem ser estimulados diretamente por trauma ou lesão, ou secundariamente por mediadores químicos que são liberados do local do dano tecidual.

Os nociceptores transportam o sinal de dor para o sistema nervoso central por duas fibras sensitivas primárias (ou aferentes): **fibras Aδ e C** (Fig. 10-1). As fibras Aδ são mielinizadas e têm maior diâmetro, para que transmitam o sinal da dor rapidamente ao SNC. A dor rápida é bem localizada, de curta duração e de natureza bem definida, devido à estimulação das fibras Aδ. As fibras C são amielínicas e menores; transmitem o sinal mais lentamente. A dor lenta é difusa e incômoda; perdura por mais tempo após a lesão inicial.

As terminações de fibras nervosas Aδ e C passam pela medula espinal pelas raízes nervosas posteriores dentro do corno dorsal pelo sulco posterolateral. As fibras fazem sinapse com **interneurônios** localizados dentro de uma área específica da medula chamada de **substância gelatinosa**. A secção transversal mostra que a massa cinzenta da medula espinal é dividida em uma série de lâminas, numeradas consecutivamente (camadas de células nervosas) (Fig. 10-1). A lâmina II, na substância gelatinosa, recebe estímulos sensitivos de diversas áreas do corpo. O sinal de dor cruza então para o outro lado da medula espinal e sobe para o



10-1

cérebro, pelo **trato espinotalâmico anterolateral**. Os pesquisadores que estudam a dor estão demonstrando que quando a dor é mal controlada durante um período prolongado, as células dentro do corno dorsal se alteram em tamanho e função; esse dano, por fim, transforma os futuros sinais de dor em mais exacerbados ou em hipersensibilidade.^{6,8}

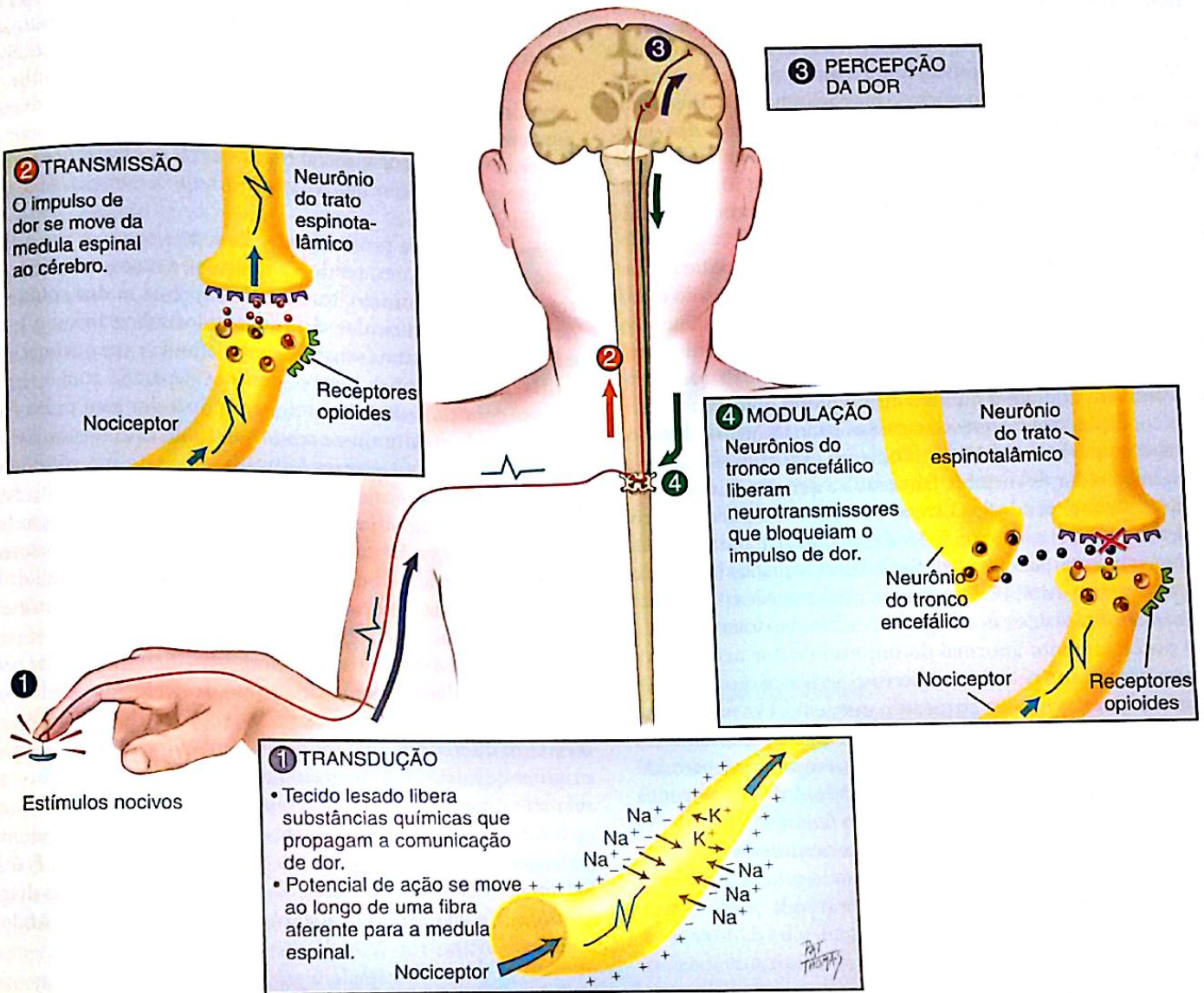
DOR NOCICEPTIVA

A dor nociceptiva se desenvolve quando as fibras nervosas na periferia e no sistema nervoso central estão *intactas e funcionantes*. A dor nociceptiva começa fora do sistema nervoso, a partir de uma lesão tecidual real ou potencial. A nociceção pode ser dividida em quatro fases: (1) transdução, (2) transmissão, (3) percepção e (4) modulação (Fig. 10-2).

Inicialmente, a primeira fase, a de **transdução**, ocorre quando um estímulo nocivo, na forma de lesões traumáticas ou químicas, queimaduras, incisões ou tumores, localiza-se na periferia.

A periferia inclui a pele, bem como as estruturas somáticas e viscerais. Os nociceptores, então, são sensibilizados pela ação de substâncias químicas, denominadas *algiogênicas*, presentes no ambiente tissular, incluindo a substância P, a histamina, as prostaglandinas, a serotonina e a bradicinina. Essas substâncias químicas são neurotransmissores que propagam a comunicação de dor, ou o potencial de ação, ao longo das fibras nervosas sensitivas aferentes para a medula espinal. Essas fibras nervosas terminam no corno dorsal da medula espinal. Uma vez que as fibras aferentes iniciais param no corno dorsal, um segundo conjunto de neurotransmissores leva o impulso de dor através da fenda sináptica dos neurônios do corno dorsal. Esses neurotransmissores incluem a substância P, o glutamato e o trifosfato de adenosina (ATP).

Na segunda fase, conhecida como **transmissão**, o impulso de dor se move do segmento da medula espinal ao cérebro. Dentro da medula espinal, no local da fenda sináptica, são os receptores opioides que podem bloquear esse sinal de dor com nossos



10-2

próprios opioides endógenos ou com opioides exógenos, se estes foram administrados. No entanto, se não for interrompido, o impulso da dor se move para o cérebro através de várias fibras ascendentes dentro do trato espinotalâmico até o tálamo. Uma vez que o impulso da dor se move até o tálamo, a comunicação é dispersa para áreas corticais superiores, por mecanismos que não são claramente entendidos neste momento.

A terceira fase, a **percepção**, indica a percepção consciente de uma sensação dolorosa. Estruturas corticais, como o sistema límbico, são responsáveis pela resposta emocional à dor; as áreas somatossensoriais podem caracterizar a sensação. Somente quando os estímulos nocivos são interpretados nessas estruturas corticais superiores, a sensação pode ser identificada como "dor".

Por fim, a comunicação de dor é inibida durante a fase de **modulação**. Felizmente, nossos corpos têm um sistema interno que acaba por desacelerar e interromper o processamento de

um estímulo doloroso. Se não, continuaríamos a experimentar a dor dos ferimentos da infância e além dela. As vias descendentes do tronco encefálico à medula espinal produzem um terceiro conjunto de neurotransmissores que retardam ou impedem o impulso da dor, produzindo um efeito analgésico. Esses neurotransmissores incluem a serotonina, a noradrenalina, a neurotensina, o ácido γ -aminobutírico (GABA) e os nossos próprios opioides endógenos – β -endorfinas, encefalinas e dinorfinas.

Este tipo de processamento nociceptivo é protetor.¹⁰ É um sinal de alerta de que a lesão está ocorrendo ou está prestes a ocorrer. Nós aprendemos rapidamente a mover a mão para longe de uma labareda de fogo. Outros exemplos de dor nociceptiva incluem um joelho com escoriações, litíase renal, cólicas menstruais, tensão muscular, punção venosa ou dor nas articulações. A dor nociceptiva normalmente é previsível e seu tempo de duração é determinado pela extensão da lesão.

DOR NEUROPÁTICA

A dor neuropática é a dor que não adere às fases típicas e bastante previsíveis da dor nociceptiva. Na dor neuropática são produzidos padrões anormais de comunicação interneuronal na periferia, nos quais um neurônio modifica a atividade de neurônios adjacentes, por um dano ao tecido nervoso. Esse tipo de dor é mais difícil de avaliar e tratar. A dor muitas vezes é percebida algum tempo depois de o local da lesão ter cicatrizado e pode começar de dois a três anos após uma lesão inicial.

Estamos aprendendo que o padrão nociceptivo pode mudar para um padrão neuropático ao longo do tempo quando a dor é mal controlada. Por causa da irritação constante e inflamação causada pelo estímulo de dor, a forma da célula nervosa se altera, tornando-a mais sensível a qualquer estímulo. A irritação constante também diminui o número de receptores opioides.

As condições que podem causar neuropatia incluem o diabetes melito, o herpes zóster, o HIV/AIDS, a dor isquiática, a neuralgia do trigêmeo, a dor do membro fantasma e a quimioterapia. Outros exemplos são as lesões do SNC, como o acidente vascular encefálico, a esclerose múltipla e o tumor. A dor é sustentada em um nível neuroquímico, que não pode ser identificado em radiografias, tomografia computadorizada axial (TCA) ou ressonância magnética (RMN); são necessários estudos de eletromiografia e de condução nervosa.^{6,39}

O processamento anormal do impulso da dor neuropática pode ser perpetuado pelo sistema nervoso periférico ou central. Os mecanismos exatos não são claros até o momento. Um mecanismo proposto é que a lesão dos neurônios periféricos pode resultar em disparo espontâneo e repetitivo das fibras nervosas, quase parecido com uma convulsão em atividade (Fig. 10-3). A dor neuropática pode ser sustentada centralmente por um fenômeno conhecido como "wind-up" neuronal. Dentro do corno dorsal da medula espinal, acredita-se que os neurônios sejam levados a um estado de hiperexcitabilidade, e um estímulo mínimo pode, por fim, levar a um efeito doloroso muito maior.

FONTES DA DOR

As fontes da dor são baseadas em sua origem. A dor visceral se origina dos órgãos internos maiores (*i.e.*, rim, estômago, intestino,

vesícula, pâncreas). A dor pode ser decorrente de uma lesão direta a um órgão ou por um tumor em um órgão, isquemia, distensão ou contração severa. Exemplos de dor visceral incluem a cólica ureteral, a apendicite aguda, a dor de úlcera e a colecistite. O impulso da dor é transmitido por fibras nervosas ascendentes, juntamente com as fibras nervosas do sistema nervoso autônomo. É por isso que a dor visceral muitas vezes ocorre em conjunto com respostas autonômicas, como vômitos, náuseas, sudorese e palidez.

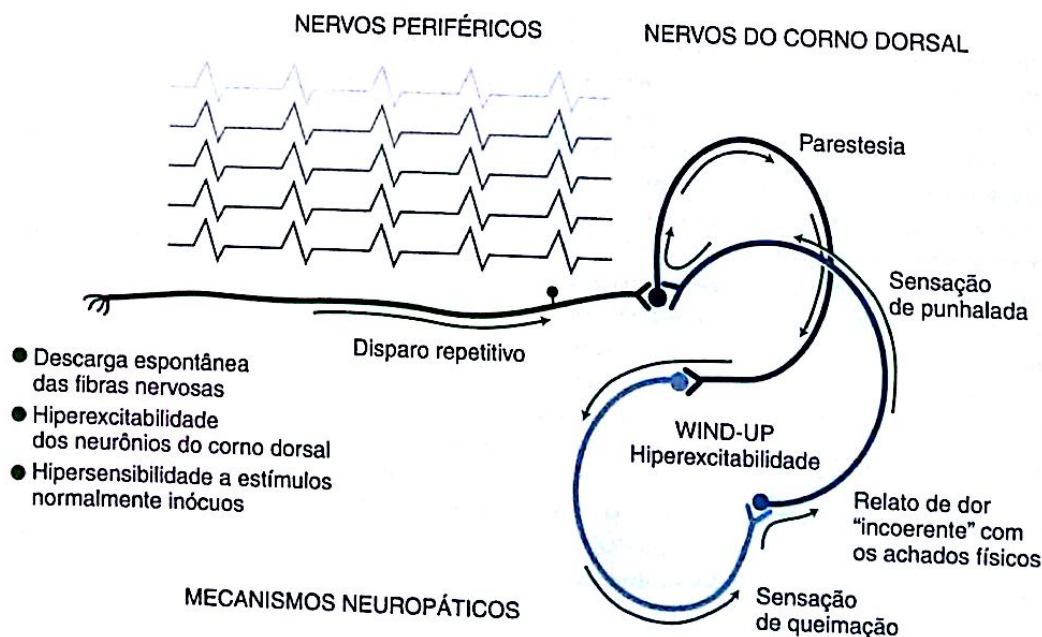
A **dor somática profunda** vem de fontes como os vasos sanguíneos, articulações, tendões, músculos e ossos. A lesão pode ser resultado de pressão, trauma ou isquemia. A **dor cutânea** é derivada da superfície da pele e dos tecidos subcutâneos. A lesão é superficial, com uma sensação bem definida e em queimação.

Na literatura antiga, você pode ter se deparado com o termo *dor psicogênica*. Esse termo foi atribuído à dor sem causa física conhecida e assumiu-se como sendo de causa psiquiátrica ou emocional. Muitas vezes foi utilizada como um rótulo depreciativo. *Psicogênica* é um termo obsoleto e não é aceito pela International Association for the Study of Pain (Associação Internacional para o Estudo da Dor). Ligar a dor a um transtorno mental nega o relato de dor do indivíduo. A falta de sensibilidade e compreensão da dor neuropática de um médico pode contribuir para esse rótulo.

A dor que é sentida em um local específico mas que se origina de outro local é conhecida como **dor referida**. Ambos os locais são inervados pelo mesmo nervo espinal e é difícil para o cérebro diferenciar o ponto de origem. A dor referida pode se originar de estruturas viscerais ou somáticas. Várias estruturas mantêm uma mesma inervação embrionária. Por exemplo, um apêndice inflamado no quadrante inferior direito do abdome pode gerar uma dor referida na região periumbilical. É útil ter um conhecimento das áreas de dor referida para fins diagnósticos (Tabela 21-2, Localizações Comuns de Dores Abdominais, p. 559).

TIPOS DE DOR

A dor pode ser classificada pela sua duração em aguda ou crônica (a *crônica* agora é mais comumente chamada de *persistente*, porque



carrega uma conotação menos negativa). A duração fornece informações sobre possíveis mecanismos e decisões de tratamento.

A **dor aguda** é de curta duração e autolimitada; muitas vezes segue uma trajetória previsível e se dissipa depois que a lesão cicatriza. Exemplos de dor aguda incluem a dor por cirurgia, trauma e litíase renal. A dor aguda tem como finalidade a autoproteção; adverte o indivíduo de um dano tecidual real ou potencial. A **dor incidental** é um tipo de dor aguda que ocorre de maneira previsível, quando certos movimentos são realizados. Exemplos incluem a dor na região lombar ao levantar ou a dor no ombro quando os braços são levantados.

Em contraste, a **dor persistente** (ou **crônica**) é diagnosticada quando a dor persiste por seis meses ou mais. Pode durar 5, 15, 20 anos ou mais. A dor persistente pode ser dividida em *maligna* (relacionada ao câncer) e *não maligna*. A dor maligna muitas vezes ocorre em paralelo à doença criada pelas células do tumor. É induzida por necrose tecidual ou estiramento de um órgão pelo tumor em crescimento. A dor varia no curso da doença. A dor crônica não oncológica é frequentemente associada a condições musculoesqueléticas, como artrite, dor lombar ou fibromialgia.

A dor crônica não se interrompe quando o ferimento cicatriza. Persiste após a trajetória prevista. A dor crônica tem como finalidade a proteção; o nível de intensidade da dor não corresponde aos achados físicos. Infelizmente, muitos indivíduos com dor crônica são desacreditados e frequentemente são rotulados como simuladores de doença, pessoas que precisam de atenção e que querem fármacos, e assim por diante. A dor crônica tem origem no processamento anormal das fibras de dor de locais periféricos ou centrais. Uma vez que a dor é transmitida em um nível celular, a nossa tecnologia atual não pode detectar esse processo. Portanto, o indicador mais importante e confiável para a dor é o autorrelato da pessoa.

Por fim, a **dor irruptiva** é a dor que começa de novo ou aumenta antes da próxima dose de analgésicos. A dor ocorre quando se espera que esteja controlada por analgésicos.^{21,26}

CUIDADOS AO LONGO DO DESENVOLVIMENTO

Crianças

As crianças têm a mesma capacidade de sentir dor que os adultos. Por volta de 20 semanas de gestação, as fibras ascendentes, os neurotransmissores e o córtex cerebral estão desenvolvidos e em funcionamento, de modo que o feto é capaz de sentir dor.^{29,30} No entanto, os neurotransmissores inibitórios estão em oferta insuficiente até o nascimento a termo. Portanto, o prematuro é mais sensível a estímulos dolorosos.

As crianças que ainda não falam apresentam alto risco de subtratamento para dor, por causa de mitos persistentes e crenças de que as crianças não se lembram da dor. Na verdade, novas pesquisas indicam que a dor repetitiva e mal controlada em crianças (p. ex., punções venosas diárias) pode resultar em consequências adversas ao longo da vida, como problemas no desenvolvimento neurológico, baixo ganho de peso, dificuldades de aprendizagem, distúrbios psiquiátricos e alcoolismo.²⁸

O Idoso

Não existem evidências que sugiram que os idosos percebem a dor em menor grau ou que sua sensibilidade seja diminuída. Embora a dor seja uma experiência comum entre os indivíduos acima de 65 anos, não é um processo normal do envelhecimento. A dor indica doença ou lesão. A dor nunca deve ser considerada como algo a ser tolerado ou aceito nos anos mais avançados da vida.

Infelizmente, muitos médicos e idosos erroneamente afirmam que é esperado que haja dor com o envelhecimento, o que leva a um tratamento menos agressivo. Os idosos têm outros medos a respeito de tornarem-se dependentes, serem submetidos a procedimentos invasivos, receberem medicamentos para a dor e terem um encargo financeiro. As condições que mais comumente produzem dor em idosos incluem doenças como a osteoartrite, artrite reumatoide, osteoporose, doença vascular periférica, câncer, neuropatias periféricas, angina e constipação crônica.

Os indivíduos com demência sentem dor. O córtex somatossensorial geralmente é afetado pela demência da doença de Alzheimer. A discriminação sensitiva é preservada em adultos cognitivamente intactos ou com prejuízo cognitivo.¹ Uma vez que o sistema límbico é afetado pela doença de Alzheimer, as pesquisas atuais se concentram em como o indivíduo interpreta e relata essa mensagem de dor.²⁴ Ver a discussão sobre a avaliação da dor na demência, na página 170.

Diferenças de Gênero

As diferenças entre os sexos são influenciadas por expectativas sociais, hormonais e composição genética. Tradicionalmente, os homens foram criados para ser mais austeros em relação à dor, e demonstrações mais afetivas ou emocionais da dor são aceitas para as mulheres. Encontrou-se que as alterações hormonais têm forte influência sobre a sensibilidade à dor nas mulheres. As mulheres têm duas a três vezes mais probabilidade de sofrer de enxaquecas durante a idade fértil, são mais sensíveis à dor durante o período pré-menstrual e têm probabilidade seis vezes maior de desenvolver fibromialgia.¹⁸ Com as descobertas recentes do Projeto Genoma Humano, as diferenças genéticas entre ambos os sexos pode explicar as diferenças na percepção da dor.¹⁹ Existe um gene para a dor, o que ajuda a explicar por que alguns indivíduos sentem mais/menos dor, mesmo com o mesmo estímulo. Esforços são realizados para adequar os agentes farmacológicos com base no sequenciamento genético, a fim de melhorar o tratamento da dor.



CULTURA E GENÉTICA

Por favor, reveja as variações culturais no Capítulo 2. Como profissional de saúde, adote o hábito de perguntar a todo indivíduo como ele normalmente se comporta quando está com dor.

A maioria das pesquisas realizadas sobre as diferenças raciais e a dor tem foco na disparidade no tratamento da dor para os vários grupos raciais – comparando o tratamento da dor para os indivíduos de cor negra (p. ex., negros, hispânicos) ao tratamento padrão para todos os indivíduos com lesões ou doenças similares. Vários estudos descrevem como os negros e hispânicos frequentemente recebem menos prescrições para dor e recebem menos administração de analgésicos do que os brancos, embora a maioria dessas diferenças seja muito pequena.¹⁶

DADOS SUBJETIVOS

A dor é definida como uma “experiência sensitiva e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal dano. A dor é sempre subjetiva.”²²

O relato subjetivo é o indicador mais confiável de dor. Considerando que a dor ocorre em um nível neuroquímico, o diagnóstico de dor não pode ser feito exclusivamente pelo exame físico, embora esses achados possam fornecer apoio.

Justificativa

Pergunta do Examinador

AVALIAÇÃO INICIAL DA DOR

1. Você tem dor? Desconforto ou irritabilidade? Dói?
2. Onde dói? Fale-me de *todos* os lugares onde você sente dor.
3. Quando a dor começou?
4. Com o que se parece a sua dor?
 - Em queimação, lancinante, incômoda
 - Pulsante, semelhante a fogo, em compressão
 - Cólicas, bem definida, prurido, em formigamento
 - Lancinante, esmagadora, bem definida, vaga
5. Qual a intensidade da dor que você está sentindo agora?
6. O que torna a sua dor melhor ou pior? (Incluir intervenções comportamentais, farmacológicas e não farmacológicas.)
7. Como a dor limita a sua função ou as suas atividades? O que a dor impede que você faça?
8. Como você costuma reagir quando está com dor? Como os outros notam que você está com dor?
9. O que essa dor significa para você? Por que você acha que está com dor?

Alguns indivíduos relatam dor somente quando ela é intensa. Tente diversos termos diferentes.

A dor pode ser localizada ou ocorrer em *múltiplos* locais.

Identifique o início e a duração. A dor crônica persiste após cicatrizada a lesão; é a dor que ocorre por seis meses ou mais.

Identifique a qualidade da dor e ajude a diferenciar entre os mecanismos de dor nociceptiva e neuropática.

A dor neuropática é descrita como em queimadura, lancinante e em formigamento. A dor nociceptiva proveniente de vísceras é descrita como incômoda se localizada e em cólicas se for mal localizada; se vier de locais somáticos, é descrita como latejante/incômoda.

Identifique a intensidade (utilize diferentes escalas de intensidade).

Identifique fatores agravantes e de alívio. Avalie a eficácia do tratamento atual.

Identifique o grau de comprometimento e qualidade de vida.

Os comportamentos não verbais são extremamente variáveis, especialmente para síndromes de dor crônica. Ajude na detecção e avaliação.

Pode identificar mitos, preconceitos e crenças, como “Estou ficando velho”, “É um castigo de Deus”.

FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO DA DOR

A dor é de alcance multidimensional, abrangendo os domínios físico, afetivo e funcional. Várias ferramentas foram desenvolvidas para captar os aspectos unidimensionais (como, por exemplo, a intensidade) ou os componentes multidimensionais.

Selecione a ferramenta de avaliação da dor com base em sua finalidade, tempo envolvido na administração e a capacidade do indivíduo em compreender e completar a ferramenta. Em primeiro lugar, ensine a pessoa como utilizar cada ferramenta, treinando para melhorar a validade e a confiabilidade da resposta. Amplie o tamanho das letras

do questionário quando usado em indivíduos com déficit visual. O idioma deve ser traduzido para a língua nativa do indivíduo avaliado. Peça a ele que classifique e avalie todos os locais de dor. Alguns questionários permitem apenas um escore final, por isso certifique-se de adicioná-lo à sua documentação. Por fim, use a ferramenta de avaliação da dor de forma consistente, antes e após o tratamento, para verificar se este foi eficaz.

Os instrumentos padronizados de avaliação geral da dor são mais úteis para condições de dor crônica ou casos de dor

aguda particularmente problemáticos. Alguns exemplos incluem a Avaliação Inicial da Dor (*Initial Pain Assessment*), o Breve Inventário de Dor (*Brief Pain Inventory*) e o Questionário de Dor de McGill.

Na Avaliação Inicial da Dor,³¹ o profissional de saúde pede à pessoa que responda a perguntas sobre a localização, a duração, o tipo, o início, a intensidade e os fatores agravantes/atenuantes. Além disso, o profissional de saúde acrescenta perguntas sobre a maneira de expressar a dor e os efeitos da dor que prejudicam a qualidade de vida do indivíduo (Fig. 10-4).

Ferramenta Avaliação Inicial da Dor

Nome do Paciente _____ Idade _____ Data _____
 Diagnóstico _____ Médico _____ Quarto _____
 Enfermeiro _____

1. LOCALIZAÇÃO: O indivíduo ou o enfermeiro marcam no desenho os locais correspondentes à dor do indivíduo.

2. INTENSIDADE: O paciente quantifica sua dor. Escala utilizada: _____
 Atual: _____
 A dor piora quando: _____
 A dor melhora quando: _____
 Nível aceitável de dor: _____

3. TIPO: (Use as próprias palavras do indivíduo, como, por exemplo, em punhalada, incômoda, em queimação, pulsante, rasgante, bem definida.) _____

4. INÍCIO, DURAÇÃO, VARIAÇÃO, RITMO: _____

5. MANEIRA DE EXPRESSAR A DOR: _____

6. O QUE ALIVIA A DOR? _____

7. O QUE DESENCADEIA OU AUMENTA A DOR? _____

8. EFEITOS DA DOR: (Observe se há diminuição na função, perda da qualidade de vida.)
 Sintomas acompanhantes (p. ex., náuseas) _____
 Sono _____
 Apetite _____
 Atividade física _____
 Relação com os outros (p. ex., irritabilidade) _____
 Emoções (p. ex., raiva, ideação suicida, choro) _____
 Concentração _____
 Outros _____

9. OUTROS COMENTÁRIOS: _____

10. PLANO: _____

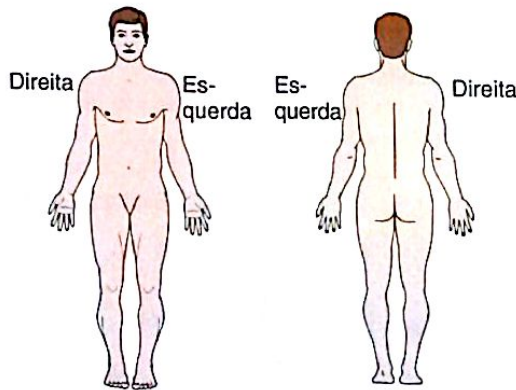
O **Breve Inventário de Dor**¹⁵ pede à pessoa que gradue a dor nas últimas 24 horas usando escalas graduadas (0 a 10), no que diz respeito ao seu impacto em áreas como humor, capacidade de caminhar e dormir (Fig. 10-5). A **forma curta do Questionário de Dor de McGill**¹³ (não ilustrada) pede ao indivíduo que faça um *ranking* com uma lista de descritores em termos de intensidade e dê uma classificação global da intensidade de sua dor.

As **escalas de avaliação da dor** são unidimensionais e destinam-se a analisar a intensidade da dor. Adotam várias formas. As escalas de avaliação da dor podem indicar uma intensidade de base, acompanhar as mudanças e fornecer algum grau de avaliação de uma modalidade de tratamento. As **escalas de avaliação numérica** pedem ao indivíduo que escolha um número que classifique seu nível de dor em cada ponto doloroso, sendo que zero indica a ausência de dor e 10 indica a pior dor

Breve Inventário de Dor (Brief Pain Inventory)

Data: ___/___/___ Hora: _____
 Nome: _____
 Sobrenome Primeiro nome Nome do meio

- Ao longo de nossas vidas, a maioria de nós tem dor de vez em quando (como leves dores de cabeça, entorses e dores de dente). Você tem tido algum outro tipo de dor além dessas dores comuns?
 1. Sim 2. Não
- No diagrama a seguir, circule as áreas onde você sente dor. Ponha um X no local que mais dói.



- Por favor, classifique a sua dor circulando o número que melhor descreve a sua **pio**r dor nas últimas 24 horas.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor						Dor tão forte quanto você pode imaginar				

- Por favor, classifique a sua dor circulando o número que melhor descreve a sua **menor** dor nas últimas 24 horas.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor						Dor tão forte quanto você pode imaginar				

- Por favor, classifique a sua dor circulando o número que melhor descreve a sua dor **em média**.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor						Dor tão forte quanto você pode imaginar				

- Por favor, classifique a sua dor circulando o número que melhor descreve a dor que você está sentindo **neste exato momento**.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor						Dor tão forte quanto você pode imaginar				

- Que tratamentos ou medicamentos você está recebendo para a sua dor?

- Nas últimas 24 horas, qual foi a intensidade do **alívio** que você sentiu com as medicações ou tratamentos fornecidos para a dor? Por favor, circule o número abaixo que representa a porcentagem que melhor descreve a intensidade do alívio que você sentiu.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
Nenhum alívio										Alívio completo

- Circule o número que melhor descreve como, durante as últimas 24 horas, a dor **interferiu** em:

A: Suas atividades gerais

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu						Interferiu totalmente				

B: Seu humor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu						Interferiu totalmente				

C: Sua capacidade de caminhar

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu						Interferiu totalmente				

D: Seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa quanto o trabalho doméstico)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu						Interferiu totalmente				

E: Seus relacionamentos com outras pessoas

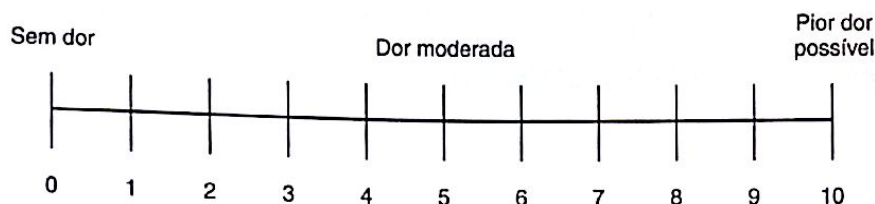
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu						Interferiu totalmente				

F: Seu sono

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu						Interferiu totalmente				

G: Seu prazer com a vida

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu						Interferiu totalmente				



10-6

já experimentada. Pode ser administrada oral ou visualmente, ao longo de uma linha vertical ou horizontal (Fig. 10-6).

Em geral, os idosos acham a escala numérica de classificação muito abstrata e têm dificuldades em responder, especialmente em caso de uma experiência de dor crônica flutuante. Uma alternativa é uma **escala de descritores** simples, que lista as palavras que descrevem diferentes níveis de intensidade da dor, como *nenhuma dor*, *dor leve*, *dor moderada* e *dor intensa*. Muitas vezes, os idosos respondem às escalas em que se oferecem palavras para serem escolhidas. Novamente, é essencial ensinar o indivíduo a usar a escala para melhorar a precisão.

LACTENTES E CRIANÇAS

Quando as crianças ainda não falam e são incapazes de autorrelato, a avaliação da dor depende de pistas comportamentais e fisiológicas. Consulte a seção Dados Objetivos. É importante ressaltar o entendimento de que os lactentes sentem dor.

As crianças de dois anos podem relatar dor e apontar a sua localização. Não são capazes de avaliar a intensidade da dor nesse nível de desenvolvimento. É útil perguntar ao pai/mãe ou cuidador quais palavras a criança utiliza para relatar a dor

(p. ex., “boo”, “qui”). Esteja ciente de que algumas crianças vão tentar ser “grandes e corajosas” e, muitas vezes, negam a dor na presença de um estranho ou se elas estão com medo de receber uma “picada” (injeção).

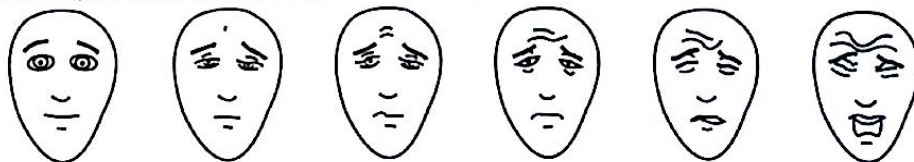
As escalas de avaliação podem ser introduzidas entre os quatro e cinco anos de idade. A Escala de Faces de Dor – Revisada (FPS-R) apresenta seis desenhos de faces que mostram a intensidade da dor, de “nenhuma dor” à esquerda (0 ponto) a “muita dor” à direita (10 pontos) (Fig. 10-7). Os números não são mostrados à criança, mas a pontuação numérica torna esta ferramenta compatível e amplamente utilizada como a escala numérica de dor de 0 a 10.²³ Esse desenho revisado tem expressões faciais mais realistas, com uma testa franzida e uma boca horizontalizada para estabelecer um *ranking* da dor. Evita sorrisos ou lágrimas, de modo que as crianças não confundam a intensidade da dor com felicidade ou tristeza.

Da mesma forma, a Escala Oucher⁷ mostra seis fotografias de rostos de meninos com diferentes expressões de dor, classificadas em uma escala de 0 a 5 em intensidade crescente. Solicita-se à criança que aponte para o rosto que melhor corresponde à sua dor/sofrimento. Você pode usar variações da Escala Oucher com meninas e diversos grupos étnicos.

Escala de Faces de Dor — Revisada (FPS-R)

Nas instruções a seguir, use o termo “dor” ou “sofrimento”, o que parecer mais adequado a essa criança em particular.

“Esses rostos mostram o quanto algo pode provocar dor. Esta face [aponte para a face mais à esquerda] não expressa dor alguma. As faces mostram cada vez mais dor [aponte para cada uma, da esquerda para a direita] até esta [aponte para a face mais à direita] — esta expressa muita dor. Aponte para a face que expressa quanta dor você sente [neste momento].”



Pontue a face escolhida em 0, 2, 4, 6, 8 ou 10, contando da esquerda para a direita, de modo que '0' = 'sem dor' e '10' = 'muita dor'. Não use palavras como “feliz” e “triste”. Essa escala é concebida para medir como as crianças se sentem por dentro, e não com o que a sua face parece.

Permissão para o uso. Os direitos autorais sobre a FPS-R são mantidos pela International Association for the Study of Pain (IASP) © 2001. Este material pode ser fotocopiado para uso clínico não comercial e em pesquisas. Para solicitar a permissão do IASP para reproduzir a FPS-R em uma publicação, ou para qualquer uso comercial, envie um e-mail para iaspdesk@iasp-pain.org. Para todas as outras informações sobre a FPS-R, contate Tilina.Jaaniste@sesiahs.health.nsw.gov.au (Pain Medicine Unit, Sydney Children's Hospital, Randwick, NSW 2031, Austrália).

Fontes. Hicks CL, von Baeyer CL, Spafford P, van Korlaar I, Goodenough B. The Faces Pain Scale — Revised: Toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain* 2001; 93: 173-183. Bieri D, Reeve R, Champion GD, Addicoot L, Ziegler J. The Faces Pain Scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: Development, initial validation and preliminary investigation for ratio scale properties. *Pain* 1990; 41: 139-150.

10-7

DADOS OBJETIVOS

PREPARO

O exame físico pode ajudar a compreender a natureza da dor. Considere se esta é uma condição aguda ou crônica. Lembre-se de que os achados físicos nem sempre são condizentes com as queixas de dor do indivíduo, particularmente para as síndromes de dor crônica. A dor não deve ser desconsiderada quando não forem encontradas evidências físicas objetivas. Com base no relato de dor da pessoa, faça todos os esforços para reduzir ou eliminar a dor com analgésicos e intervenções não farmacológicas apropriadas. De acordo com a American Pain Society²:

Nos casos em que a causa da dor aguda é incerta, o estabelecimento de um diagnóstico é uma prioridade, mas deve-se realizar o tratamento sintomático da dor enquanto a investigação prossegue. Com exceções ocasionais (p. ex., exame inicial do indivíduo com uma condição aguda do abdome), raramente justifica-se o adiamento da analgesia até que o diagnóstico seja feito. Na verdade, uma pessoa confortável tem maior capacidade de cooperar com os procedimentos de diagnóstico. (p. 3)

Padrões de Normalidade

ARTICULAÇÕES

Observe o tamanho e o contorno da articulação. Realize a mensuração da articulação envolvida para comparação com os valores de base. Verifique a amplitude de movimento ativa ou passiva (consulte a discussão da técnica completa, iniciando na página 578 do Capítulo 22). Em condições normais, o movimento articular não causa sensibilidade, dor ou crepitação.

MÚSCULOS E PELE

Inspecione a coloração, edema e qualquer massa ou deformidade na pele e nos tecidos.

Para avaliar as alterações na sensibilidade, peça ao indivíduo que feche os olhos. Teste a capacidade de sensibilidade do indivíduo. Quebre um abaixador de língua longitudinalmente em dois pedaços. Pressione levemente a ponta afiada e romba na pele de forma aleatória e peça à pessoa que identifique a sensação como sendo vaga ou bem definida (Fig. 23-23). Esse teste vai ajudá-lo a identificar a localização e a extensão da alteração de sensibilidade.

ABDOME

Observe o contorno e a simetria. Palpe buscando por reação de defesa muscular e para determinar o tamanho de órgãos (consulte a discussão da técnica completa, iniciando na página 545 do Capítulo 21). Observe quaisquer áreas de dor referida (Tabela 21-2).

A Tabela 10-1 lista as alterações fisiológicas decorrentes da dor mal controlada.

COMPORTAMENTOS NÃO VERBAIS INDICATIVOS DE DOR

Quando o indivíduo não é capaz de comunicar verbalmente a dor, você pode identificar a dor (de forma limitada) usando pistas comportamentais. Lembre-se de que os indivíduos reagem a estímulos dolorosos com uma grande variedade de comportamentos. Os comportamentos são influenciados por múltiplos fatores, incluindo a natureza da dor (aguda *versus* crônica), a idade e as expectativas culturais e de gênero.

EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

Fita métrica para medir a circunferência das articulações ou membros edemaciados
Abaixador de língua

Achados Anormais

Inflamação, edema, lesão, deformidade, diminuição da amplitude de movimento, aumento da dor à palpação.

A crepitação é um estalido audível e palpável que acompanha o movimento.

Contusões, lesões, feridas, dano tecidual, atrofia, abaulamento, mudança na distribuição de pelos.

Ausência de sensação de dor (analgesia); aumento na sensação de dor (hiperalgesia); ou se uma sensação de dor é evocada com um estímulo que normalmente não provoca dor (p. ex., pela extremidade romba do abaixador de língua; algodão; roupa) (alodinia).

Edema, abaulamento, herniação, inflamação, alargamento de órgãos

Comportamentos Decorrentes da Dor Aguda

Uma vez que a dor aguda envolve respostas autonômicas e tem a finalidade de proteção, os indivíduos que experimentam níveis moderados a intensos de dor *podem* apresentar os seguintes comportamentos: reação de defesa, caretas, vocalizações como gemidos, agitação, inquietação, quietude, diaforese ou alteração nos sinais vitais. Essa lista de comportamentos não é completa, porque esses fatores não devem ser utilizados isoladamente para excluir ou confirmar a presença de dor. Por exemplo, em uma pessoa no pós-operatório, o pulso e a pressão arterial podem ser alterados pelo volume de líquidos, medicamentos e perda de sangue.

TABELA 10-1 Alterações Fisiológicas da Dor Mal Controlada

A dor não é um sintoma benigno. A dor aguda mal controlada e a dor crônica têm um impacto negativo sobre os sistemas fisiológicos.

Sistema Fisiológico	Respostas da Dor Aguda
Cardíaco	Taquicardia Elevação da pressão arterial Aumento do consumo de oxigênio do miocárdio
Pulmonar	Aumento do débito cardíaco Hipoventilação Hipóxia Redução da tosse Atelectasia
Gastrointestinal	Náuseas Vômitos Íleo paralítico
Renal	Oligúria Retenção urinária
Musculoesquelético	Espasmo muscular Rigidez articular
Endócrino	Atividade adrenérgica aumentada
Sistema nervoso central	Medo Ansiedade Fadiga
Imunológico	Imunidade celular comprometida Cicatrização prejudicada
Dor crônica mal controlada	Depressão Isolamento Mobilidade e função limitada Confusão mental Sofrimento da família Diminuição da qualidade de vida

Comportamentos Decorrentes da Dor Persistente (Crônica)

Os indivíduos com dor persistente muitas vezes convivem com a experiência por meses e anos. Não se pode funcionar bem do ponto de vista fisiológico e seguir com a vida em um estado repetitivo de comportamentos como caretas, diaforese e reação de defesa. O indivíduo se adapta ao longo do tempo e os profissionais de saúde não podem procurar por ou prever que haverá os mesmos comportamentos decorrentes da dor aguda a fim de confirmar o diagnóstico de dor.

Os comportamentos relacionados à dor crônica têm uma maior variabilidade de comportamentos que a dor aguda. Os indivíduos com dor crônica em geral tentam dar pouca indicação de que estão com dor e, portanto, estão em maior risco de subdetecção (Fig. 10-8). Os comportamentos que têm sido associados à dor crônica incluem utilizar imobilizações, esfregar-se, diminuir as atividades, suspirar e ter alteração no apetite. Sempre que possível, o melhor é perguntar ao indivíduo como ele age ou se comporta quando está com dor. Os comportamentos associados à dor crônica, como estar com outras pessoas, movimentar-se, fazer exercício, orar, dormir ou ficar sem fazer nada, ressaltam as maneiras mais sutis e menos previsíveis de como os indivíduos se comportam quando estão com dor crônica. Dormir é uma forma de comportamento em resposta à dor crônica, a fim de se autodistrair. Infelizmente, a equipe de saúde pode, inadvertidamente, interpretar esse comportamento como "conforto" e não utilizar uma intervenção farmacológica adequada.

CUIDADOS AO LONGO DO DESENVOLVIMENTO

Crianças

A maioria das pesquisas da dor em recém-nascidos está focada na dor aguda em procedimentos. Nós temos uma compreensão limitada de como avaliar a dor crônica na criança. Neste momento, nenhuma ferramenta de avaliação identifica de forma adequada a dor na criança. Incentiva-se uma abordagem multidimensional para a criança como um todo. As alterações na atividade facial e movimentos corporais podem ajudar a avaliar a dor. Muito esforço e tempo é gasto na decodificação das expressões faciais (p. ex., língua tensa, testa saliente, fechamento dos olhos), o que pode ser difícil para o clínico geral identificar na prática clínica agitada.

Uma ferramenta que foi desenvolvida para a dor pós-operatória em recém-nascidos prematuros e a termo é o escore CRIES, desenvolvido por Krechel e Bildner.²⁷ A ferramenta mede os indicadores fisiológicos e comportamentais em uma escala de 3 pontos (Fig. 10-9).

Uma vez que sistema nervoso simpático está envolvido especialmente nos episódios agudos de dor, ocorrem alterações fisiológicas que podem indicar a presença de dor. Estas incluem sudorese, aumento da pressão arterial e frequência cardíaca, náuseas, vômitos e alterações na saturação de oxigênio. No entanto, como no adulto, essas alterações fisiológicas não podem ser utilizadas isoladamente para confirmar ou descartar a dor por causa de outros fatores, como estresse, medicamentos e mudanças de líquidos.

Observe que essas medidas abordam a dor aguda. Não foram identificados marcadores biológicos da dor crônica de longo prazo em recém-nascidos ou crianças. Portanto, avalie a criança como um todo. Observe as mudanças no temperamento, atividade e expressão. Se já é sabido que um procedimento ou uma doença provoca dor em adultos (p. ex., circuncisão, cirurgia, doença falciforme, câncer), o mesmo *provocará* dor no lactente ou na criança.



10-8

Escala de Dor Neonatal Pós-operatória "CRIES"

	0	1	2
Choro	Não	Agudo	Inconsolável
Necessidade de O ₂ para manter sat > 95 %	Não	< 30%	> 30%
Incremento dos sinais vitais	FC e PA = ou < que condição pré-operatória	FC e PA ↑ < 20 % que condição pré-operatória	FC e PA ↑ > 20 % que condição pré-operatória
Expressão facial	Nenhuma	Faz caretas	Caretas/grunhidos
Insônia	Não	Acorda em intervalos frequentes	Constantemente acordado

DICAS PARA USAR A CODIFICAÇÃO "CRIES"

Choro

O choro característico de dor é *agudo*.
 Se não chorar ou se o choro não for agudo, pontuação 0.
 Se choro for agudo, mas criança for facilmente consolada, pontuação 1.
 Se choro for agudo e a criança estiver inconsolável, pontuação 2.

Necessidade de O₂ para manter sat > 95 %

Procure por *alterações* na oxigenação. As crianças experimentando dor manifestam diminuição na oxigenação medida pelo dióxido de carbono total ou saturação de oxigênio.
 Se o oxigênio não for necessário, pontuação 0. (Considere outras causas de alterações na oxigenação, como atelectasias, pneumotórax, sedação excessiva.)
 Se for necessário O₂ > 30 %, pontuação 1.
 Se for necessário O₂ > 30 %, pontuação 2.

Avaliação dos sinais vitais

OBSERVAÇÃO: A pressão arterial é medida por último porque pode acordar o lactente, causando dificuldades em avaliar os outros parâmetros.
 Use os parâmetros pré-operatórios de base de um período em que a criança não estava estressada. Multiplique a frequência cardíaca de base (FC) × 0,2; em seguida, adicione à FC de base para determinar a FC que está 20% acima do valor inicial.
 Faça o mesmo com a pressão arterial (PA). Use a PA média.
 Se a FC e PA estiverem inalteradas ou inferiores aos valores de base, pontuação 0.
 Se a FC ou a PA estiver aumentada, mas o aumento for < 20 % do valor de base, pontuação 1.
 Caso um dos dois parâmetros estiver aumentado > 20% do valor inicial, pontuação 2.

Expressão facial

A expressão facial mais frequentemente associada à dor é uma careta. Isto pode ser caracterizado por contração da testa, olhos apertados, aprofundamento do sulco nasolabial, lábios e boca abertos.
 Se não houver presença de careta, pontuação 0.
 Se houver presença somente de careta, pontuação 1.
 Se houver presença de careta e vocalização de grunhido sem choro, pontuação 2.

Insônia

Este parâmetro é baseado no estado do bebê durante a hora anterior a esta pontuação ser utilizada.
 Se a criança tiver dormido continuamente, pontuação 0.
 Se ela tiver despertado em intervalos frequentes, escore 1.
 Se ela tiver permanecido acordada constantemente, escore 2.

10-9

O Idoso

Embora a dor não deva ser considerada como uma parte "normal" do envelhecimento, sua prevalência é alta. Quando o idoso relata uma história de condições como osteoartrite, doença vascular periférica, câncer, osteoporose, angina ou constipação crônica, esteja alerta e antecipe um problema relacionado à dor. Muitas vezes, os idosos negam ter dor por medo da dependência, exames adicionais ou procedimentos invasivos, custo e medo de tomar analgésicos ou de se tornarem viciados em fármacos. Durante a anamnese, você deve estabelecer uma relação empática e carinhosa para ganhar a confiança do idoso.

Quando você observa as pistas comportamentais, procure por alterações no estado funcional. Observe mudanças no vestir, ao andar, ir ao banheiro ou o envolvimento em atividades. Podem-se desenvolver lentidão e rigidez, e pode ocorrer fadiga. Procure por um início súbito de confusão mental, o que pode indicar dor mal controlada. Entretanto, você vai precisar descartar outras explicações concorrentes, como infecção ou reação adversa a medicamentos.

Os indivíduos com demência tornam-se menos capazes de identificar e descrever a dor ao longo do tempo, embora a dor ainda esteja presente e seja devastadora. A forma como as pessoas com demência comunicam que estão com dor é por meio de seu comportamento. Agitação, andar de um lado para outro e gritar repetidamente podem indicar dor, não um agravamento da demência. Os indivíduos que estão confortáveis não gritam, choram, gemem, batem ou chutam. Então, quando esses comportamentos ocorrem, considere a dor como principal explicação.

Quando perguntados se eles estão com dor, os indivíduos com demência podem dizer "não", quando na verdade estão com muito desconforto. As palavras perderam seu significado. Use a escala PAINAD (Fig. 10-10), que avalia cinco comportamentos comuns de padrão respiratório, vocalização negativa, expressão facial, linguagem corporal e necessidade de consolo. Os comportamentos específicos nessas categorias são quantificados em 0 a 2, com uma pontuação total variando de 0 a 10. Isto é consistente com a escala métrica de 0 a 10, comumente utilizada em outras ferramentas de avaliação da dor. Para a PAINAD, uma pontuação de 4 ou mais indica a necessidade de medidas de controle da dor.

Escala de Avaliação da Dor na Demência Avançada
(PAINAD – Pain Assessment In Advanced Dementia)

	0	1	2	Score
Padrão Respiratório Independente de Vocalização	Normal	Respiração difícil ocasional, período curto de hiperventilação	Respiração ruidosa difícil, longo período de hiperventilação, respirações de Cheyne-Stokes	
Vocalização Negativa	Nenhuma	Gemido ou grunhido ocasional, baixo nível de fala com uma qualidade negativa ou desaprovadora	Chama repetidas vezes, geme ou grunhe alto, chora	
Expressão Facial	Sorrindo ou inexpressivo	Triste, assustado, com medo	Caretas	
Linguagem Corporal	Descontraído	Tenso, caminhando aflito de um lado para outro, inquieto	Rígido, punhos cerrados, puxa joelhos para cima, puxa ou empurra, bate	
Necessidade de Consolo	Não há necessidade de consolo	Distraído ou tranquilizado por voz ou toque	Incapaz de ser consolado, distraído ou tranquilizado	
			TOTAL	

10-10

Uma pontuação de 4 ou mais deve ser comunicada ao enfermeiro para tratamento da dor

DOCUMENTAÇÃO E RACIOCÍNIO CRÍTICO

Exemplo

DADOS SUBJETIVOS

Nas últimas duas semanas, refere dor epigástrica intensa dentro de meia hora após comer alimentos gordurosos e oleosos. A dor é lancinante e em compressão, irradiando para a escápula direita. A dor é avaliada em 10 em uma escala de 0 a 10. Náuseas acompanham a dor. Toma antiácidos com alívio mínimo. A dor diminui depois de levar os joelhos até o peito e "não se mover" por um período de uma hora.

DADOS OBJETIVOS

Encontra-se diaforético, fazendo caretas e com dificuldades de concentração. Perde o fôlego durante a coleta da história. Os braços protegem a área abdominal superior. Abdome distendido. Sensibilidade intensa à palpação do quadrante superior esquerdo e região epigástrica. Ruídos intestinais hiperativos em todos os quatro quadrantes.

AVALIAÇÃO

Dor episódica aguda.

Avaliação Focada: Estudo de Caso Clínico 1

R.M. é um afro-americano de 20 anos, diagnosticado com crise de anemia falciforme. Admitido no pronto-socorro.

DADOS SUBJETIVOS

Nas últimas 48 horas, R.M. relata dor progressiva nas articulações dos membros superiores e inferiores e edema no joelho direito. Relata "mal-estar estomacal" uma semana antes, com períodos de vômitos e diarreia. A dor é incômoda e de natureza constante. A dor é classificada como 10 em uma escala de 0 a 10. Relata dificuldades para caminhar e subir escadas. Toma ibuprofeno, dois comprimidos a cada quatro horas, e usa compressas de gelo sem alívio.

DADOS OBJETIVOS

Necessita de assistência para se sentar na mesa de exame. Incapaz de estender a perna direita. Embotamento afetivo, aperta a mandíbula durante as mudanças de posição. Sensibilidade localizada nas articulações do cotovelo, punho, dedos e joelhos. Amplitude de movimento reduzida em punhos e joelhos (perimetria do joelho direito, 36 cm; joelho esquerdo, 30 cm). Joelho direito quente ao toque e edemaciado.



AVALIAÇÃO

Dor aguda.

Avaliação Focada: Estudo de Caso Clínico 2

A.G. é uma mulher irlandesa-americana de 85 anos, com 20 anos de história de osteoartrite.

DADOS SUBJETIVOS

A.G. relata aumento da dor e rigidez no pescoço, nos braços e na parte inferior das costas no mês passado. Nega irradiação da dor. Nega parestesia ou dormência nos membros superiores ou inferiores. Refere dificuldades para entrar e sair da banheira e vestir-se. Descreve a dor como incômoda, com dias bons e dias ruins. Fica frustrada quando solicitada a classificar a intensidade da sua dor. Responde: "Eu não sei que número dar; dói muito, dentro e fora." Toma acetaminofeno, o mais forte, dois comprimidos, quando a dor "realmente me tira do sério", com algum grau de alívio. Não comparece aos "passeios no campo" oferecidos pelo lar de terceira idade em que vive, porque "dói muito".

DADOS OBJETIVOS

Sensibilidade localizada na palpação de C3 e C4; incapaz de tocar o queixo no tórax. Observa-se crepitação em ambas as articulações do ombro. Não é observado edema. Força muscular diminuída e simétrica em membros superiores. Região lombar sensível à palpação moderada. Esfrega a região lombar com frequência; flexão limitada na cintura. Marcha lenta e instável. Expressão facial estoica.

AVALIAÇÃO

Dor crônica.

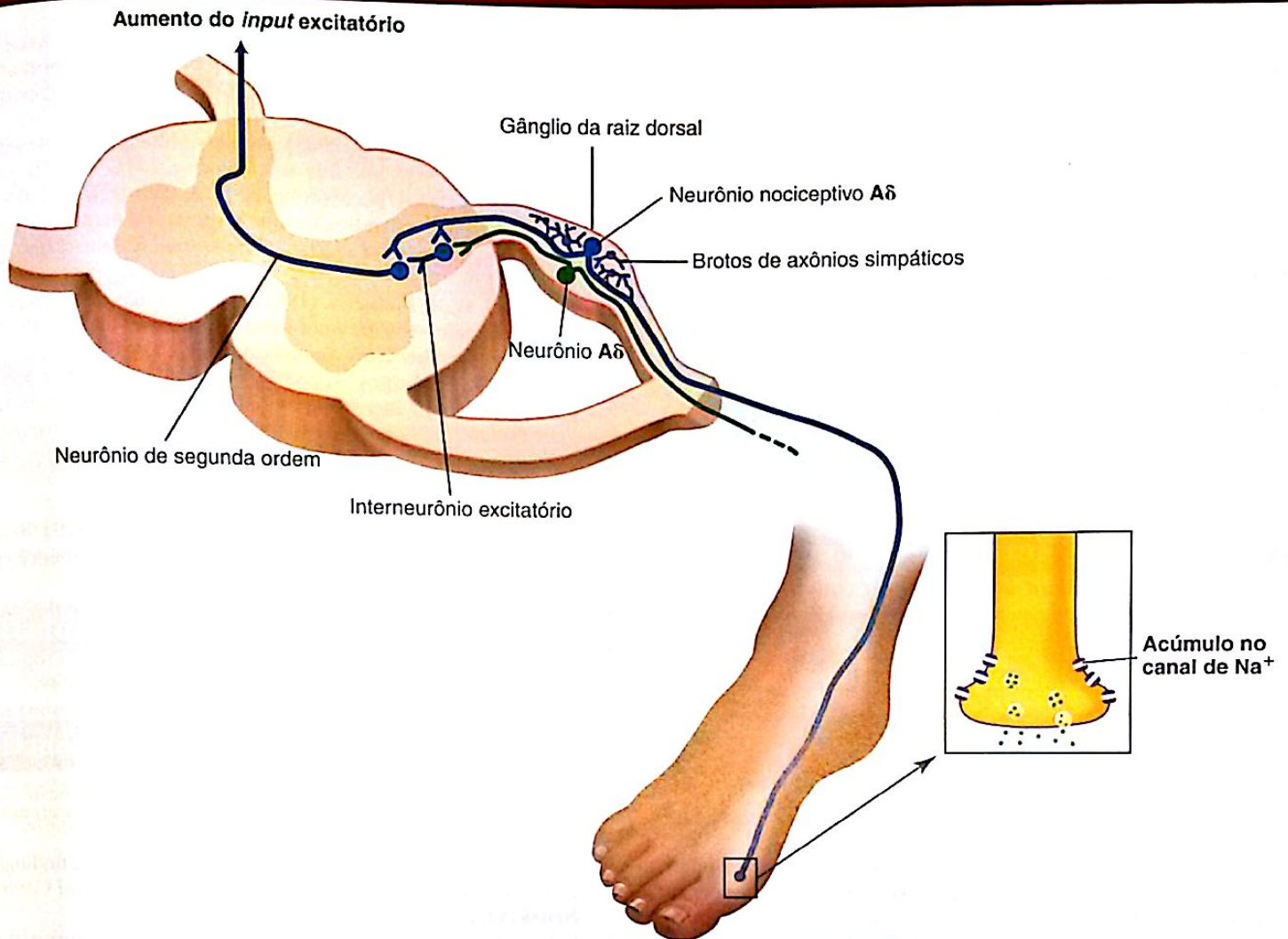
ACHADOS ANORMAIS

TABELA 10-2 Resumo dos Tipos de Dor

Tipos de Dor	Etiologia	Descritores de Dor	Distúrbios Associados	Opções de Tratamento
Nociceptiva (somática ou visceral)	Atividade dos nociceptores no tecido cutâneo e musculoesquelético profundo em resposta aos estímulos nocivos aos tecidos Inflamação	Somáticos: Vaga Incômoda Bem localizada Noturna Viscerais: Pressão profunda esmagadora Sensibilidade local e referida Mal localizada	Somáticos: Dor pós-operatória Metástases ósseas Artrite Ferimento desportivo Dor mecânica nas costas Viscerais: Metástases hepáticas Câncer de pâncreas	Tratar a causa subjacente Fármacos anti-inflamatórios não esteroides (AINE) Opioides Relaxante muscular Corticosteroide Bisfosfonato
Neuropática	Lesão primária (neuroma) ou disfunção no sistema nervoso, provocando alterações ectópicas dentro do sistema nervoso	Dor vaga constante Em queimação Em pontada Em pressão intensa Parecida com choque elétrico Entorpecimento Formigamento Alodinia Hiperalgisia Hiperpatia	Polineuropatia distal (diabetes, HIV) Dor pós-AVE central Herpes zóster Neuralgia do trigêmeo Dor neuropática nas costas Síndrome dolorosa complexa regional	Antidepressivos tricíclicos (TCA) Anticonvulsivante Antidepressivo Antineuroléptico Anestésico local Bisfosfonato Corticosteroide Opioides Técnicas intervencionistas
Dor de câncer	Infiltração de lesão Lesão de nervo na periferia, ou do sistema nervoso central	Dependente da doença subjacente	Neuropatia por metástases ósseas	Controle sintomático – qualquer um dos citados anteriormente

Dados de Miller-Saultz, D. (2008). Identifying chronic pain: Awareness important. *Nurse Practitioner* 33(9):7.

TABELA 10-3 Distrofia Simpático-Reflexa



DISTROFIA SIMPÁTICO-REFLEXA (DSR) OU SÍNDROME DOLOROSA COMPLEXA REGIONAL (SDCR)

A DSR/SDCR é uma condição crônica e progressiva do nervo, que se caracteriza por dor em queimação, edema, rigidez e descoloração da extremidade afetada. Afeta tanto homens quanto mulheres, geralmente em torno de 40 a 60 anos de idade; ocorre semanas ou meses após uma lesão do nervo (p. ex., síndrome do túnel do carpo, fratura em membro inferior, lesões cerebrais). A fisiopatologia envolve uma complexa interação de nervos motores, sensitivos e autônomos, bem como o sistema imunológico. A lesão do nervo pode modificar o caminho da dor usual, causando um "wind-up" neuropático ou um mecanismo de "curto-circuito".

Uma característica fundamental é que um estímulo normalmente inofensivo (p. ex., chumaço de algodão ou roupa) pode criar uma resposta dolorosa grave e intensa. Outros dados subjetivos incluem dor em queimação, muitas vezes desproporcionais ao grau de lesão, e dor nas articulações durante o movimento. Dados objetivos incluem edema, desaparecimento das rugas da pele, temperatura fria da pele, descoloração, unhas quebradiças e, por fim, alterações atróficas (pele seca, pálida e atrofia muscular). O tratamento está além do escopo deste texto, mas inicialmente inclui medicação por via oral para diminuir os sintomas e fisioterapia para recuperar a função do membro.

Imagem © Pat Thomas, 2010.

BIBLIOGRAFIA

1. American Geriatrics Society. (2009). Pharmacological management of persistent pain in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57 (8), 1331-1346.
2. American Pain Society, (APS). (1992). *Principles of analgesic use in the treatment of acute and cancer pain*. (3rd ed.). Glenview, IL: Author.
3. Anand, K. J. S. (1993). The applied physiology of pain. In K. J. S. Anand, & R. J. McGrath (Eds.), *Pain in neonates*. Amsterdam: Elsevier.
4. Anand, K. J. S. (2000). Effects of perinatal pain and stress. *Progress in Brain Research*, 122, 117-119.
5. Anderson, K. O., Green, C. R., & Payne, R. (2009). Racial and ethnic disparities in pain: causes and consequences of unequal care. *The Journal of Pain*, 10 (12), 1187-1204.
6. Balasubramanyan, S., & Smith, P. (2007). Cellular changes in the superficial dorsal horn in nerve-injury models of neuropathic pain. *Journal of Neuropathic Pain & Symptom Palliation*, 2 (2), 9-42.
7. Beyer, J. E. (1983). *The Oucher: a user's manual and technical report*. Evanston, IL: Judson.
8. Bird, G., Han, J., Fu, Y., et al. (2006). Pain-related synaptic plasticity in spinal dorsal horn neurons: role of CGRP. *Molecular Pain*, 2, 31. Retrieved February 2010 from www.molecularpain.com/content/2/1/31.
9. Buffum, M. D., Miaskowski, C., Sands, L., & Brod, M. (2001). A pilot study of the relationship between discomfort and agitation in patients with dementia. *Geriatric Nursing*, 22 (2), 80-85.
10. Cervero, F. (2009). Pain: friend or foe? A neurobiologic perspective — the 2008 Bonica award lecture. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 34 (6), 569-574.
11. Chen, Y., & Kelly, J. (2007). Reflex sympathetic dystrophy: a case of total body pain. *The Nurse Practitioner*, 32 (9), 8-10.
12. Cruccu, G., & Truini, A. (2009). Tools for assessing neuropathic pain. *PLoS Medicine*, 6 (4), e1000045. doi:10.1371/journal.pmed.1000045.
13. D'Arcy, Y. (2005). Field guide to pain. Part 1. Screening for pain in primary care. *The Nurse Practitioner*, 30 (9), 46-48.
14. D'Arcy, Y. (2008). Pain in the older adult. *The Nurse Practitioner*, 33 (3), 18-24.
15. Daut, R. L., & Cleeland, C. S. (1982). The prevalence and severity of pain in cancer. *Cancer*, 50, 1913-1918.
16. Ezenwa, M. O., Ameringer, S., Ward, S. E., et al. (2006). Racial and ethnic disparities in pain management in the United States. *Journal of Nursing Scholarship*, 38 (3), 225-233.
17. Fillingim, R. B. (2000). *Sex gender and pain*. Seattle: IASP Press.
18. Fillingim, R. B., Wallace, M. R., Herbstman, D. M., et al. (2008). Genetic contributions to pain: a review of findings in humans. *Oral Diseases*, 14 (8), 673-682.
19. Fillingim, R. B., King, C. D., Ribeiro-Dasilva, M. C., et al. (2009). Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. *The Journal of Pain*, 10 (5), 447-485.
20. Flaherty, E. (2008). Using pain-rating scales with older adults. *The American Journal of Nursing*, 108 (6), 40-48.
21. Helms, J. E., & Barone, C. P. (2008). Physiology and treatment of pain. *Critical Care Nurse*, 28 (6), 38-50.
22. Herr, K., Coyne, P. J., Tonya, K., et al. (2006). Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 7 (2), 44-52.
23. Hicks, C. L., von Baeyer, C. L., Spafford, P., et al. (2001). The Faces pain scale — revised: toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain*, 93, 173-183.
24. Horgas, A., Elliott, A., & Marsiske, M. (2009). Pain assessment in persons with dementia: relationship between self-report and behavioral observation. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57 (1), 126-132.
25. Horgas, A., & Miller, L. (2008). Pain assessment in people with dementia. *The American Journal of Nursing*, 108 (7), 62-71.
26. Karp, J. F., Shega, J. W., Morone, N. E., & Weiner, D. K. (2008). Advances in understanding the mechanisms and management of persistent pain in older adults. *British Journal of Anaesthesia*, 101 (1), 111-120.
27. Krechel, S. W., & Bildner, J. (1995). CRIES: a new neonatal postoperative pain measurement score — initial testing of validity and reliability. *Paediatric Anaesthesia*, 5 (1), 53-61.
28. LaPrairie, J., & Murphy, A. (2009). Neonatal injury alters adult pain sensitivity by increasing opioid tone in the periaqueductal gray. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 3, 31.
29. Loizzo, A., Loizzo, S., & Capasso, A. (2009). Neurobiology of pain in children: an overview. *The Open Biochemistry Journal*, 3, 18-25.
30. Lowery, C. L., Hardman, M. P., Manning, N., et al. (2007). Neurodevelopmental changes of fetal pain. *Seminars in Perinatology*, 31, 275-282.
31. McCaffery, M., & Pasero, C. (1999). *Pain: clinical manual*. (2nd ed.). St. Louis: Mosby.
32. McCarberg, B., & D'Arcy, Y. (2007). Target pain with topical peripheral analgesics. *The Nurse Practitioner*, 32 (7), 44-49.
33. Melzack, R. (1987). The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain*, 30, 191-197.
34. Mendell, J. R., & Sahenk, Z. (2003). Painful sensory neuropathy. *The New England Journal of Medicine*, 348 (13), 1243-1255.
35. Miller-Saultz, D. (2008). Identifying chronic pain: awareness important. *The Nurse Practitioner*, 33 (9), 6-9.
36. Mogil, J. S. (2002). Pain genetics: pre- and post-genomic findings. *International Association for the Study of Pain Technical Corner Newsletter*, 2, 3-6.
37. Polomano, R. C., & Farrar, J. T. (2006). Pain and neuropathy in cancer survivors. *The American Journal of Nursing*, 106 (3), 39-47.
38. Rosenblum, A., Marsch, L., Herman, J., & Portenoy, R. (2008). Opioids and the treatment of chronic pain: controversies, current status, and future directions. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 16 (5), 405-416.
39. Schestatsky, P., & Nascimento, O. J. (2009). What do general neurologists need to know about neuropathic pain? *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 67 (3-A), 741-749.
40. Solano, J. P., Gomes, B., & Higginson, I. J. (2006). A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31 (1), 58-69.
41. Spagrud, L. J., Piira, T., & von Baeyer, C. L. (2003). Children's self-report of pain intensity. *The American Journal of Nursing*, 103 (12), 62-64.
42. Turk D. C., & Melzack R. (Eds.). (1992). *Handbook of pain assessment*. New York: Guilford Press.
43. Vreeling, F. W., Houx, P. J., Jolles, J., & Verhey, F. R. (1995). Primitive reflexes in Alzheimer's disease and vascular dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 8 (2), 111-117.

Sites de Interesse

International Association for the Study of Pain (IASP): www.IASP.org