

Prevalência de dor e adequação da terapêutica analgésica em pacientes internados em um hospital universitário

Prevalence of Pain. and analgesic therapy adequacy in patients hospitalized in a university hospital

Rilva Lopes de Sousa-Muñoz¹, Geyhsy Elayne Silva Rocha²; Bruno Braz Garcia², Anne Diniz Maia²

RESUMO

Objetivos: Avaliar a prevalência de dor e a adequação da terapêutica analgésica administrada aos pacientes de um hospital universitário, assim como aferir a concordância entre o auto-relato alérgico e os dados registrados nos prontuários em relação à manifestação dolorosa. **Métodos:** Estudo observacional e transversal, a partir de entrevistas estruturadas com pacientes adultos que manifestavam queixa de dor até 24 horas anteriores à admissão hospitalar ou em qualquer momento após a internação no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). Foram avaliadas características sócio-demográficas e clínicas dos pacientes, tipo de analgésicos, esquemas de tratamento, intensidade e características da dor. Os registros médicos sobre uso de medicamentos foram colhidos através das anotações nos prontuários e listas de prescrições. A dor foi avaliada através de escala visual analógica (EVA) e pela Escala Multidimensional da Dor (EMADOR). Para avaliar a adequação da analgesia utilizou-se o Índice de Manejo da Dor (IMD). A Escala Analgésica da Organização Mundial da Saúde foi usada na avaliação das prescrições. **Resultados:** No período de realização do estudo, internaram-se 480 pacientes com 18 anos ou mais nas enfermarias de adultos do HULW. Destes, 115 (24%) apresentavam queixa de dor e foram incluídos na amostra. A idade dos 115 participantes variou entre 18 e 90 anos, com média de 48,7 ($\pm 17,7$). Verificou-se que 60 (52,2%) apresentavam dor intensa e 39 (33,9%), dor moderada. A avaliação de concordância entre o auto-relato alérgico e os dados registrados nos prontuários em relação à dor demonstrou que em apenas 45 (39,1%) e 42 (36,1%) dos prontuários, nos momentos de admissão e na evolução hospitalar, respectivamente, foi registrada a informação sobre dor. Em relação à adequação da terapêutica analgésica, encontrou-se IMD negativo em 85 (82,6%) dos pacientes. Observou-se prescrição inadequada em 78,3% dos pacientes. Prevaleceu o emprego da monoterapia, com uso de analgésicos não opióides (dipirona/paracetamol) e anti-inflamatórios não hormonais em 87,8% dos pacientes, enquanto os opiáceos foram utilizados

1. Docente de Semiologia Médica do Departamento de Medicina Interna – Centro de Ciências Médicas – Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa – Paraíba, Brasil.
2. Graduando do Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa – Paraíba, Brasil.

Correspondencia
Rilva Lopes de Sousa-Muñoz
Departamento de Medicina Interna,
Centro de Ciências Médicas - Campus I,
CEP: 58050-000. - João Pessoa, PB, Brasil
E-mail: rilva@ccm.ufpb.br

Artigo recebido em 15/04/2014
Aprovado para publicação em 31/03/2015

em apenas 14,7%. **Conclusões:** As suposições iniciais desta pesquisa foram parcialmente corroboradas. A prevalência de dor em pacientes internados não foi alta como se presumiu, mas a adequação analgésica foi insatisfatória. Por outro lado, não houve concordância entre o auto-relato de dor e os dados registrados nos prontuários, indicando que possivelmente os médicos não se preocupam em questionar sobre este sintoma ou em registrá-lo nos prontuários. Demonstrou-se insuficiência dos esquemas terapêuticos e necessidade de maior conhecimento sobre o uso de analgésicos no tratamento da dor no HULW.

Palavras-Chave: Dor. Analgesia. Medição da Dor. Hospital. Registros Médicos.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the prevalence of Pain, and adequacy of analgesic therapy administered to patients at a university hospital, as well to assess the agreement between the painful self-reporting and data from medical records regarding Pain, manifestation. **Methods:** Observational and cross-sectional study, from structured interviews with adult patients who expressed a complaint of Pain, up to 24 hours prior to hospital admission or at any time after admission to the Lauro Wanderley University Hospital (LWUH) interviews. Socio-demographic and clinical characteristics of patients, type of analgesics, treatment regimens, intensity and characteristics of Pain, were evaluated. The medical records of medication use were collected through the notes in the medical report and lists of prescriptions. Pain, was assessed by visual analogue scale (VAS) and the Multidimensional Pain, Scale (EMADOR). To assess the adequacy of analgesia used the Index of Pain, Management (IMD). The Analgesic Ladder of the World Health Organization was used in evaluating requirements. **Results:** In the period of the study, 480 patients admitted up to 18 years or more wards for adults of the LWUH. Of these, 115 (24%) complained of Pain, and were included in the sample. The age of the 115 participants ranged from 18 to 90 years, with a mean of 48,7 (\pm 17,7). It was found that 60 (52,2 %) had severe Pain, and 39 (33,9%) had moderate pain. The assessment of agreement between the painful self-reporting and data from medical records regarding Pain, showed that only 45 (39,1%) and 42 (36,1%) of the times of admission and in the hospital course respectively, were recorded information about pain. Concerning the adequacy of analgesic therapy, it was found negative IMD in 85 (82,6%) patients. There was inappropriate prescribing in 78,3% of patients. The use of monotherapy use of non-opioid analgesics (dipyrone / acetaminophen) and nonsteroidal anti-inflammatory drugs in 87,8% of patients was predominant, while opiates were used in only 14,7% of patients. **Conclusions:** The initial assumptions of this research were partially supported. The prevalence of Pain, in hospitalized patients was not high as assumed, but the analgesic adequacy was unsatisfactory. Moreover, there was no agreement between self-reported Pain, and records data, indicating that doctors do not to ask about this symptom or register it in the records. It has been shown inadequate treatment regimens and the need for greater knowledge of the analgesics use in Pain, therapy in the LWUH.

Key-Words: Pain. Analgesia. Pain. Measurement. Hospital. Medical Records.

Introdução

A prevalência de dor entre pacientes internados, que pode chegar a 80%, é um importante indicador da qualidade do atendimento em serviços de saúde.^{1,2} O controle da dor é essencial para a assistência integral ao paciente, assim como uma responsabilidade e um compromisso do profissional da área de saúde. Além disso, o alívio da dor é um dos itens a serem avaliados na acreditação hospitalar pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação, que representa a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization*, JCAHO.³

Grande ênfase tem sido atribuída à melhoria da qualidade da assistência ao paciente que sofre com dor nas instituições hospitalares. Com foco nessa melhoria, indicadores e medidas que buscam avaliar a qualidade dos serviços prestados vêm se desenvolvendo, como a avaliação e o gerenciamento da dor. A avaliação da dor e o registro sistemático e periódico de sua intensidade são fundamentais para que se acompanhe adequadamente a evolução dos pacientes e realizem-se os ajustes necessários no tratamento.

Por outro lado, embora a dor seja um sintoma frequente no ambiente hospitalar, esta manifestação clínica é subtratada, devido à falta de conhecimento a

respeito de doses eficazes, do tempo de ação dos analgésicos, das técnicas analgésicas disponíveis, dos riscos quanto ao risco de uma possível depressão respiratória, ou dependência, entre outros fatores. Ainda que o uso de analgésicos seja altamente frequente no contexto hospitalar, a adesão aos princípios e recomendações de diretrizes clínicas de dor é considerada baixa, e os pacientes sob tratamento analgésico ainda referem dor clinicamente relevante.⁴

Assim, supõe-se que há uma alta prevalência de dor em pacientes internados em hospitais e que a sua adequação analgésica é insatisfatória. Os objetivos deste estudo foram avaliar a prevalência de dor e a adequação da terapêutica analgésica administrada aos pacientes de um hospital universitário, assim como aferir a concordância entre o auto-relato alérgico e os dados registrados nos prontuários médicos em relação à manifestação dolorosa.

Métodos

A pesquisa seguiu um delineamento observacional e transversal, a partir de entrevistas estruturadas com pacientes adultos (acima de 18 anos) que manifestavam queixa de dor, em plenas condições de comunicação e que aceitaram participar da pesquisa mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB (Parecer 398/11, CAAE 0184.0.126.000-11).

O processo de amostragem foi do tipo não probabilístico acidental, incluindo os pacientes adultos consecutivamente internados há pelo menos 24 horas nas enfermarias de clínica médica, clínica cirúrgica e de doenças infectocontagiosas do HULW/UFPB. Os critérios de inclusão foram: presença de dor auto-relatada; idade igual ou superior a 18 anos; duração da internação superior a 24 horas. Excluíram-se os pacientes com dificuldades de comunicação verbal.

Foram avaliadas as características sócio-demográficas e clínicas dos participantes, intensidade, localização e descrição da qualidade da dor, tipo de analgésicos em uso, esquemas de tratamento. Os registros médicos sobre uso de medicamentos foram colhidos através das anotações nos prontuários e listas de prescrições.

Foi considerada dor crônica aquela com duração igual ou superior a seis meses, mas de caráter

contínuo ou recorrente, conforme preconizado pela Associação Internacional de Estudos da Dor - IASP.⁵ A variável primária foi o auto-relato de dor cujo episódio atual tenha se iniciado pelo menos no período de 24 horas anteriores à admissão hospitalar ou em qualquer momento após a internação. A dor foi avaliada através de escala visual analógica (EVA) e pela Escala Multidimensional da Dor (EMADOR).⁶ Esta última é um instrumento multidimensional validado no Brasil e utilizado em pesquisas com pacientes adultos de várias faixas etárias e portadores de dor aguda ou crônica, contendo dez descritores para que o paciente escolha o que melhor caracteriza a sua dor e para que defina a localização desta através de um diagrama corporal.⁷ As opções de descritores da dor foram lidas com suas conceituações para os pacientes e eles escolheram, dentro de cada categoria aguda ou crônica, ao menos um que representasse a dor que ele estava sentindo ou que sentiu.

A avaliação de concordância entre o auto-relato alérgico e os dados registrados nos prontuários em relação à manifestação dolorosa foi feita pela confrontação entre os registros médicos e os resultados da aplicação das escalas EMADOR e EVA. A Escada Analgésica da Organização Mundial da Saúde (OMS), que sugere a padronização do tratamento analgésico da dor baseado em uma escada de três degraus de acordo com a intensidade de dor, foi usada na avaliação das prescrições dos participantes.⁸

Os dados foram coletados em entrevista individual e única por dois alunos de graduação em Medicina instruídos a perguntar inicialmente, de forma simples e direta, se o participante sentia dor naquele momento ou se tinha sentido dor recorrente que persistiu nas 24 horas após a admissão hospitalar, ou que passou a ocorrer após esta. A presença de dor foi definida como qualquer tipo de sensação descrita pelo entrevistado como dor física em alguma parte do corpo. Os indivíduos que relataram a presença de dor foram selecionados para participarem da amostra. Para aplicação dos instrumentos de coleta de dados, os itens foram lidos em voz alta pelos entrevistadores e os participantes acompanharam a leitura por meio de cópia que lhe foi entregue.

Para avaliar a adequação da analgesia utilizou-se o Índice de Manejo da Dor (IMD), criado por Cleeland et al. para determinar a potência analgésica frente à intensidade da dor referida pelos participantes.⁹ Os analgésicos foram classificados segundo sua potência (PA) em: 0-ausência de medicamento anal-

gésico; 1- analgésico antiinflamatório não-hormonal (AINH); 2- opióide fraco (codeína, tramadol); e 3- opióide forte (morfina, meperidina). Em relação à adequação analgésica, a intensidade da dor (ID) foi classificada, a partir da escala numérica, em: 1- dor leve (1-4); 2- dor moderada (5-7); 3- dor intensa (8-10). O IMD foi obtido subtraindo-se da potência do analgésico (PA) a intensidade da dor (ID), isto é, $IMD = PA - ID$. O escore do IMD varia de -3 a +3 e as pontuações negativas indicam inadequação analgésica, enquanto os escores positivos e o zero, indicam adequação.

Os dados foram submetidos à análise descritiva e inferencial usando-se o pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 17.0 para *Windows*. Para a comparação das variáveis analisadas entre os dois grupos (registros médicos e dados do formulário), foram usados testes não-paramétricos: teste de Mann-Whitney para dados ordinais e intervalares; teste exato de Fisher para dados categóricos; teste Kappa para avaliar concordância. Para análise de correlação bivariada foi empregado o teste de Spearman. O nível de significância (p) adotado foi de 5%.

Resultados

No período de realização do estudo, internaram-se 480 pessoas com 18 anos ou mais nas enfermarias de adultos do Hospital Universitário Lauro Wanderley. Destas, 115 (24%) apresentavam queixa de dor e foram incluídos na amostra. Todos os resultados apresentados referem-se aos 115 participantes com queixa de dor. A idade dos participantes variou entre 18 e 90 anos, com média de 48,7 ($\pm 17,7$), 70 (60,9%) acima de 45 anos, com predomínio do sexo feminino (71/61,7%).

O tempo médio de duração do quadro doloroso foi de 8,8 meses. A presença de dor aguda foi observada em 58 pacientes (50,4%), com predomínio do sexo feminino tanto nos que apresentavam dor aguda (65,5%) quanto crônica (57,9%). Em 28 participantes (24,3%), a dor foi relatada como a queixa principal que motivou a hospitalização.

A distribuição dos participantes quanto ao sexo, faixa etária, intensidade da dor, localização da dor, medicamentos usados e Índice de Manejo da Dor e tipo de comorbidade presente não diferiu em relação à presença de dor aguda ou crônica (**Tabela 1**).

Os descritores da Escala Multidimensional da Dor (EMADOR) mais frequentemente mais usados pelos participantes para expressar sua queixa algica foram “insuportável”, “prejudicial” e “profunda” (**Tabela 2**). Estas foram as palavras mais frequentemente escolhidas para descrever como a dor era percebida.

Em relação à intensidade, predominaram relatos de níveis mais intensos de dor. Verificou-se que 60 (52,2%) apresentavam dor intensa e 39 (33,9%), dor de moderada intensidade. A intensidade média da dor foi de 7,3 ($\pm 2,5$). O número de segmentos corporais afetados foi, em média, de 1,5 ($\pm 0,7$) locais diferentes mencionados por paciente. As regiões abdominal (34,8%) e pélvica (33%) foram os locais onde a dor foi mais frequentemente localizada, tanto nos casos de dor aguda quanto crônica.

A avaliação de concordância entre o auto-retrato algico e os dados registrados nos prontuários em relação à manifestação dolorosa, feita pela confrontação entre os registros médicos e os resultados da aplicação das escalas EMADOR e EVA, demonstrou que em apenas 45 (39,1%) e 42 (36,1%) dos prontuários, nos momentos de admissão e na evolução hospitalar, respectivamente, foi registrada a informação sobre dor.

Observou-se que a intensidade da dor relacionou-se negativamente com o escore do IMD ($r=-0,67$, $p=0,001$), e este também apresentou correlação negativa ($r=-0,40$, $p=0,000$) com o número de descritores empregados pelos pacientes, porém houve fraca correlação do controle da dor com o número de segmentos afetados ($r=0,20$, $p=0,02$) (**Figura 1**). Entretanto, idade e número de medicamentos analgésicos em uso não se correlacionaram com o controle da dor.

Em relação à adequação da terapêutica analgésica, encontrou-se IMD negativo em 85 (82,6%) dos pacientes. Utilizando-se como parâmetro de adequação a escada analgésica da OMS, observou-se prescrição inadequada em 78,3% dos pacientes. Observou-se que 13 (12,6%) dos esquemas terapêuticos foram adequados para a dor leve, 9 (8,7%) para a dor moderada, e 2 (1,9%) para a dor intensa.

Verificou-se associação de analgésicos em 13,9% dos pacientes e associação elaborada em 12,2%. Prevaleceu o emprego da monoterapia, com uso de analgésicos não opióides (dipirona/paracetamol) e antiinflamatórios não-hormonais (diclofenaco/cetoprofeno/tenoxicam) em 87,8% dos pacientes, enquanto os opióides foram utilizados em apenas 14,7%.

Tabela 1: Distribuição dos participantes quanto ao sexo, faixa etária, intensidade da dor, localização da dor, medicamentos usados, Índice de Manejo da Dor e comorbidades em relação à dor aguda e crônica, Hospital Universitário Lauro Wanderley, João Pessoa- PB, 2011-2012 (n=115)

Variáveis	Aguda		Crônica		p
	f	%	f	%	
Sexo					0,11
Masculino	20	35,5	24	42,1	
Feminino	38	65,5	33	57,9	
Faixa etária					0,11
< 20	2	3,3	2	3,6	
20- 29	11	19,0	6	10,5	
30- 39	11	19,0	6	10,5	
40- 49	8	13,8	13	22,8	
50- 59	11	19,0	13	22,8	
> 60	15	25,9	17	29,8	
Intensidade					0,58
Leve	5	8,6	11	19,4	
Moderada	23	39,7	16	28,0	
Intensa	30	51,7	30	52,6	
Localização					0,67
Abdome	19	22,4	21	25,3	
Pelve	19	22,4	19	22,9	
MMII	16	18,8	11	13,3	
Tórax	12	14,1	13	15,7	
Lombossacral	11	12,8	10	12,0	
Cabeça e face	2	2,4	4	4,8	
MMSS e ombros	4	4,7	2	2,4	
Pescoço	2	2,4	3	3,6	
Analgésico					0,07
Nenhum	6	7,9	8	11,6	
Não-opióide	51	67,1	48	69,6	
Opióide fraco	7	9,2	8	11,6	
Opióide forte	1	1,3	1	1,4	
Adjuvante	11	14,5	4	5,8	
IMD					0,44
≥ 0	10	17,2	10	17,5	
< 0	48	82,8	47	82,5	
Comorbidade					0,06
HAS	10	17,2	18	31,6	
DM	11	19,0	12	21,0	
IRC	2	3,4	1	1,8	
HP	3	5,2	0	0	

MMII- membros inferiores; MMSS- membros superiores; IMD- índice de manejo da dor; HAS- hipertensão arterial sistêmica; DM- diabetes melito; IRA- insuficiência renal aguda; IRC- insuficiência renal crônica; HP- hipertensão pulmonar.
 p: nível de significância estatística de 5%.

Tabela 2: Descritores da Escala Multidimensional da Dor (EMADOR) mais usados pelos participantes internados no Hospital Universitário Lauro Wanderley, João Pessoa- PB, 2011-2012 (n=115)

Descritores EMADOR	Frequências	
	f	%
Insuportável	48	41,7
Prejudicial	43	37,4
Profunda	43	37,4
Desconfortável	42	36,5
Intolerável	41	35,7
Angustiante	40	34,8
Deprimente	40	34,8
Terrível	33	28,7
Intensa	31	27,0
Cruel	30	26,1
Intolerável	27	23,5
Desesperada	23	20,0
Dolorosa	23	20,0
Fulminante	22	19,1
Persistente	22	19,1

EMADOR: Escala Multidimensional da Dor

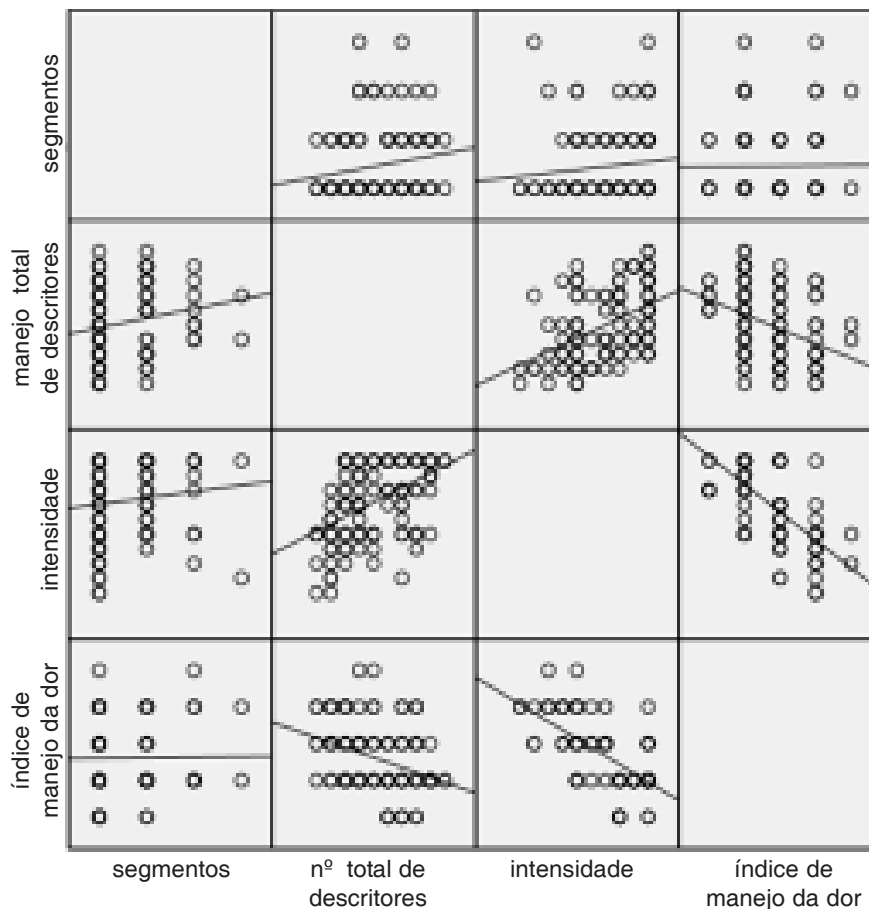


Figura 1- Matriz de correlação entre índice de manejo da dor, intensidade, número de segmentos afetados e número de descritores empregados. Hospital Universitário Lauro Wanderley, João Pessoa- PB, 2011-2012 (n=115)

Discussão

As suposições iniciais desta pesquisa foram corroboradas parcialmente pelos resultados: a prevalência de dor em pacientes internados não foi alta como se presumiu, mas a adequação analgésica revelou-se insatisfatória. Por outro lado, não houve concordância entre o auto-relato de dor e os dados registrados nos prontuários em relação à manifestação algica, indicando que os médicos residentes e internos não se preocupam em questionar sobre este sintoma ou em registrá-lo nos prontuários. Em estudo que analisou os registros de enfermagem de pacientes hospitalizados, evidenciou-se ausência do registro da dor em 23,7% e em 5,2% deles o sintoma não foi questionado ao paciente, embora todos relatasse aos pesquisadores sintomatologia dolorosa.¹⁰ Os achados da pesquisa corroboraram resultados de outros trabalhos, nos quais se verificou que o registro da queixa algica era escassa.

Quanto à magnitude da prevalência do relato de dor, em estudo observacional e transversal realizado em hospital de ensino em Minas Gerais, observou-se que 31,8% dos pacientes internados nas enfermarias clínicas e cirúrgicas apresentavam queixa de dor,¹¹ taxa acima da que foi observada no presente estudo (24%). A prevalência de dor no momento da entrevista em um hospital universitário da Itália foi de 38%, mas de 52% nas 24 horas anteriores,¹² enquanto em outro estudo no mesmo país, prevalência foi de 50,9%.¹² Contudo, a prevalência de dor entre pacientes internados pode chegar a 80% em serviços de saúde.^{1,2}

A dor aguda foi mais frequentemente observada e as mulheres predominaram entre os pacientes que relataram dor, corroborando achados de estudos anteriores.^{5,12,13} Em revisão sobre a prevalência de dor crônica, Verhaak et al. fazem observação semelhante, demonstrando que na maioria dos estudos, a dor foi mais frequente nas mulheres.¹⁴ Considera-se que há interferência do papel social na experiência dolorosa, resultando em uma maior percepção da dor pelas mulheres, o que pode explicar, em parte, esta discrepância.¹⁵

Em relação à intensidade, como no presente estudo, relatos de dor intensa também foram constatados em outros trabalhos realizados em hospitais.^{2,16}¹⁸ Pimenta et al. encontraram um valor médio de 5,6 e 1,8 para as médias de intensidade algica e do número de segmentos acometidos, respectivamente, valores

semelhantes aos encontrados no nosso estudo.¹⁸ A intensidade dolorosa é componente de grande importância da experiência dolorosa e o mais medido na prática clínica e de pesquisa, sendo imprescindível para o planejamento da terapia analgésica e a verificação da adequação do esquema proposto.¹⁹

A localização da dor diferiu nos estudos que enfocam esta variável. A dor também foi mais prevalente no abdome em outros estudos realizados em hospitais.^{19,20} Dellaroza et al., no entanto, evidenciaram a região dorsal (21,7%) e a de membros inferiores (21,5%) como os principais segmentos da sintomatologia algica.⁵ Por outro lado, em outros estudos relatou-se que os principais segmentos acometidos foram cabeça, face e boca, região lombar, sacrococcígea e membros inferiores.^{15,18} A discrepância desses resultados pode ser atribuída ao fato de, embora estas pesquisas tenham envolvido igualmente amostras de hospitais universitários, os pacientes eram portadores de diferentes doenças de base.

Os resultados mostram que os descritores usados pelos pacientes foram principalmente aqueles relacionados por Sousa et al. à dor aguda.⁷ Os descritores apresentados indicaram que a linguagem utilizada para expressar a dor relacionou-se tanto à dimensão sensitiva (intensa, profunda, insuportável), quanto à dimensão afetiva (angustiante, deprimente, terrível) e à avaliativa (intolerável, desconfortável).²² A dimensão sensorial inclui palavras que descrevem a qualidade da experiência de dor em termos de propriedades temporais, espaciais, pressão, termica e outras similares, enquanto a dimensão afetiva inclui palavras que descrevem a qualidade da dor em termos de tensão, medo e temor. A experiência dolorosa resulta da interpretação do aspecto físico-químico do estímulo nocivo e da interação deste com a personalidade, significado simbólico atribuído ao fenômeno sensitivo, aspectos culturais e afetivos dos indivíduos.¹⁸ O grande desafio do combate à dor inicia-se com sua mensuração pelo auto-relato, já que se trata de uma experiência subjetiva, variada e particular, dependendo de componentes sensitivos, emocionais e cognitivos. A necessidade de se conhecerem e compararem quadros dolorosos entre populações diferentes e de quantificar a resposta ao tratamento analgésico permite a reconhecer a noção de que há uma linguagem universal sobre a experiência dolorosa, e que existe uma constelação própria de palavras para descrever diferentes tipos de dor, indicando suas diferentes dimensões.

Quanto maior a intensidade da dor, menor foi seu controle (IMD), o que está relacionado à própria neurofisiologia da dor. As correlações observadas entre número de segmentos acometidos e número de descritores usados com a variável quantitativa intensidade também são um resultado esperado e corroboram estudos anteriores.^{18,23}

No presente estudo, o percentual de pacientes que apresentaram inadequação analgésica foi expressivamente mais elevado do que se esperava (82,6%), muito superior aos relatados em outras pesquisas brasileiras, em que o IMD também foi negativo, mas em uma porcentagem de 49,1% dos pacientes,¹⁸ e de 42,9%.¹⁹ O IMD negativo indica os pacientes que permanecem com dor, apesar do uso da analgesia. Na mesma pesquisa, verificou-se que 26,7% dos esquemas terapêuticos eram adequados para dor leve; 37,7% para dor moderada e nenhum envolveu o terceiro degrau da escada analgésica da OMS, que prevê o uso de opiáceos fortes para o controle da dor, embora 17,5% dos doentes tenham avaliado a dor como intensa (8 a 10).⁸ Em outro estudo hospitalar, três quartos dos pacientes não receberam medicação analgésica embora estivessem, em sua maioria, com dor de intensidade moderada e intensa.¹⁹ Mesmo para pacientes com dor oncológica, esquemas terapêuticos em que houve associação de analgésicos de diferentes categorias farmacológicas foram empregados em apenas 22,2% dos casos, enquanto que a associação mais elaborada, ou seja, a que consiste na utilização de diferentes classes farmacológicas de analgésicos e drogas adjuvantes foi utilizada apenas por 15,5% dos pacientes.¹⁹ A prescrição de analgésicos observada no presente estudo, demonstra a predominância da oligoanalgesia, que também foi descrita também por outros autores.^{19,21} Houve um grande número de pacientes com queixa de dor moderada ou intensa com prescrição de analgésicos comuns, alguns usando associação entre analgésicos comuns e opioide fracos, mas em nenhum caso associação entre analgésicos comuns e opioides fortes e/ou prescrição de drogas adjuvantes. Apesar de existirem inúmeros meios eficazes e simples de tratamento da dor, até pacientes oncológicos continuam sendo inadequadamente tratados.²² Em uma análise retrospectiva de 110 pacientes consecutivos com câncer terminal internados em um hospital de ensino, a dor foi o sintoma mais comum, mas foi aliviada de forma satisfatória em apenas dois terços destes pacientes.²⁴

Considera-se que o receio com a utilização de opiáceos tem persistido ao longo dos anos.²⁵ Tomando-se o estudo de Daudt et al., observou-se o uso fixo de opioide em apenas 13% dos pacientes.²⁶ Muitas vezes observa-se grande presença do esquema “se necessário”, uma vez que o doente só será medicado se verbalizar sua dor, o que não aconteceu com a totalidade dos doentes observados por Roncarati et al.,²³ que demonstraram que 78,4% estavam prescritos em esquema “se necessário” enquanto o restante (21,6%) com analgésicos prescritos com horário fixo. É importante valorizar a dor que o paciente diz sentir, embora nem todos os pacientes encontrem-se em condições de verbalizar sua dor, caso ela esteja presente. O uso dos analgésicos em regime regular permite que a dose seja efetiva antes que a anterior tenha perdido sua eficácia. Previnem-se, deste modo, grandes flutuações nos níveis plasmáticos dos fármacos, o que contribui para melhor controle da sintomatologia algica.¹⁸

No presente estudo, o registro de dor e da resposta à analgesia foi observado em menos de 40% dos casos, tanto à admissão quanto na evolução. Este achado é compatível com o relato de que menos de 50% dos profissionais avaliam a dor.²⁷ A congruência entre o auto-relato de dor pelos pacientes hospital de ensino de Bolonha, Itália, e o registro de enfermeiros, foi de 50%.¹ Em outro estudo, nenhum registro ou observação de dor foi encontrado nos prontuários.²² Walsh e Davis relatam que profissionais de saúde realizam a avaliação e registro da dor de forma suficiente, e menos de 25% dos prontuários de pacientes contêm anotações sobre doses de opiáceos e doses de salvamento.²⁸ Considera-se que avaliações realizadas e registradas sistematicamente podem contribuir para a melhora do manejo do fenômeno doloroso, porém em nosso meio poucos são os serviços que utilizam instrumentos padronizados.²⁹ Pacientes que têm a intensidade da dor avaliada e registrada sistematicamente apresentam considerável redução do quadro doloroso, comparados aos que não são avaliados.²⁸

Entre os desafios a serem vencidos para a implantação de cuidados adequados para o paciente com dor nas instituições, apontam-se a ausência de uma política nacional em alívio de dor, a deficiência na educação de profissionais da saúde e da comunidade, preocupações quanto ao uso da morfina e outros opiáceos, limitações no fornecimento de outras drogas necessárias para o alívio da dor, carência de re-

cursos financeiros para pesquisa e desenvolvimento em cuidados paliativos.²³

O tema dor é geralmente negligenciado pelos profissionais e educadores do setor saúde que elaboram os currículos de formação dos futuros profissionais da área.³⁰ Estudos epidemiológicos sobre a ocorrência e etiologia dos quadros algícos são poucos, e o conhecimento sobre o tema ainda é considerado bastante elementar no Brasil. O tema dor deve ser discutido e esclarecido nos currículos de formação desses profissionais para que haja melhor compreensão e prevenção de sua presença, bem como de seu controle.

Conclusões

Conclui-se que a dor em pacientes internados nas enfermarias clínicas do HULW apresenta prevalência menor que a esperada, mas é pouco avaliada e subtratada. A avaliação dos doentes permitiu delinear o perfil da dor, sendo a aguda mais prevalente, a intensidade de moderada a grave e acometendo os segmentos abdominal e pélvico, havendo discrepância entre o auto-relato de dor e os registros de prontuários. O controle da dor foi inadequado na maioria dos pacientes, o que demonstra a insuficiência dos esquemas terapêuticos implementados e evidencia a necessidade de maior conhecimento farmacológico dos analgésicos e outras drogas adjuvantes utilizadas na terapêutica da sintomatologia dolorosa. Serão necessárias mudanças radicais de atitude em relação à utilização de analgésicos opióides pelas equipes de saúde.

Referências

- 1- Melotti RM, Samolsky Dekel BG, Carosi F, Ricchi E, Chiari P et al. Categories of congruence between inpatient self-reported Pain. and nurses evaluation. *Eur J Pain.* (Lond.). 2009;13:992-1000.
- 2- Visentin M, Zanolin E, Trentin, E, Sartori S, de Marco R. Prevalence and treatment of Pain. in adults admitted to Italian hospitals. *Eur J Pain.* (Lond.). 2005; 9:61-7.
- 3- Fontes KBF, Jaques AE. O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5^o sinal vital. *Cienc Cuid Saúde.* 2007; 6 (supl 2): 481-7.
- 4- Vallano A, Malouf J, Payrulet P, Baños JE, Catalan Research Group for the Study of Pain. in the Hospital. Analgesic use and Pain. in the hospital settings. *Eur J Clin Pharmacol.* 2007; 63:619-26.
- 5- Dellaroza MS, Pimenta C, Matsuo T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. *Cad Saude Publica.* 2007; 23:1151-60.
- 6- Sousa FAEF, Pereira LV, Cardoso R, Hortense P. Escala multidimensional de avaliação de dor (EMADOR). *Rev Latinoam Enferm.* 2010; 18: 03-10.
- 7- Sousa FAEF, Hortense P. Social perception of nursing professional assessed by different scales. *Rev Latinoam Enferm.* 2006; 14:857-62.
- 8- Organización Mundial de la Salud. Alivio del dolor en el cáncer. Ginebra: OMS; 1996. p. 64.
- 9- Cleeland C. Pain. assesment: global use of the Brief Pain. Inventory [review]. *Ann Acad Med Singap.* 1994; 23: 129-38.
- 10- Silva YB, Pimenta CA. Análise dos registros de enfermagem sobre dor e analgesia em doentes hospitalizados. *Rev Esc Enferm USP.* 2003; 37: 109-18.
- 11- Ribeiro SB, Pinto JCP, Ribeiro JBR, Félix MS, Barroso SM, Oliveira, LF et al. Dor nas unidades de internação de um hospital universitário. *Rev Bras Anestesiologia.* 2012; 62:605-11.
- 12- Melotti RM, Samolsky-Dekel BG, Ricchi E, Chiari P, Di Giacinto I, Carosi F, et al. Pain. prevalence and predictors among inpatients in a major Italian teachinghospital. A baseline survey towards a Pain. free hospital. *Eur J Pain.* (Lond.). 2005; 9:485-95.
- 13- Sodo S, Cartoni C, Cerbo R, Lo Russo S, Reale C, Pulimeno A, et al. Prevalence of Pain. in the hospital: results from a survey among inpatients in a teaching hospital. *I Sanita Publica.* 2012; 68:421-34.
- 14- Verhaak PFM, Kerssens JJ, Dekker J, Sorbi MJ, Bensing JM. Prevalence of chronic benign Pain. disorder among adults: a review of the literature. *Pain.* 1998; 77: 231-9.
- 15- Kreling M, Cruz D, Pimenta C. Prevalência de dor crônica em adultos. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59:509-13.
- 16- Martinez J, Macedo A, Pinheiro D. Perfil clínico e demográfico dos pacientes com dor músculo-esquelética crônica acompanhados nos três níveis de atendimento de saúde de Sorocaba. *Acta Fisiatrica.* 2004;11:67-71.
- 17- Yates P, Dewar A, Edwards H, Fentiman B, Najman J, Nash R, et al. The prevalence and perception of Pain. amongst hospital in-patients. *J Clin Nurs.* 1998; 7:521-30.
- 18- Pimenta CA, Koizumi MS, Teixeira MJ. Dor no doente com câncer: características e controle. *Rev. Bras. Cancerol.* 1997. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_43/v01/artigo2.html. Acesso em: 10 fev. 2014.
- 19- Calil AM, Pimenta CAM, Birolini D. The "oligoanalgesia problem" in the emergency care. *Clinics.* 2007;62(5):591-8.
- 20- Almeida ICGB, Sá KN, Silva M, Baptista A; Matos MA, Lessa I. Prevalência de dor lombar crônica na população da cidade de Salvador. *Rev Bras Ortop.* 2008; 43; 96- 102.
- 21- Barreto R, Gomes CZL, Silva RM, Signorelli APF, Oliveira LF, Cavellani CL. Avaliação de dor e do perfil epidemiológico, de pacientes atendidos no pronto-socorro de um hospital universitário. *Rev Dor.* 2012; 13: 213-19.

- 22- Pereira LV, Souza FAEM. Categorização de descritores da dor pós-operatória nas dimensões sensitiva, afetiva e avaliativa da experiência dolorosa. *Rev Latinoam Enferm*. 2007; disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a07.pdf. Acesso em: 10 fev. 2014.
- 23- Roncarati R, Camargo RMP, Rosetto MT. Cuidados paliativos num hospital universitário de assistência terciária: uma necessidade? *Semina Cienc Biol Saude*. 2003; 24: 37-48.
- 24- Chan A, Woodruff R K. Palliative care in a general teaching hospital. 1. Assessment of needs. *Med J Aust*. 1991; 155: 597-9.
- 25- Kipel AGB. Prevalência da dor: mitos, medos, desacertos relacionados ao uso de analgésicos opiáceos. *Texto & contexto enferm*. 2004; 13: 303-8.
- 26- Daudt AW, Hadlich E, Facin MA, Aprato RM, Pereira RP. Opióides no manejo da dor- uso correto ou subestimado? *Rev Assoc Med Bras*. 1998; 44: 106-10.
- 27- Riker RR, Fraser GL. Altering intensive care sedation paradigms to improve patient outcomes. *Crit Care Clin*. 2009; 25:527-38.
- 28- Davis MP, Walsh D. Cancer pain: how to measure the fifth vital sign. *Cleve Clin J Med*. 2004; 71: 625-32.
- 29- Rigotti MA, Ferreira AM. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. *Arq Ciênc Saúde*. 2005; 12: 50-4.
- 30- Pessini L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. *Revista Bioética*. 2010. Disponível em: <http://www.ufpel.tche.br/medicina/bioetica/Humanizacao%20da%20dor.pdf>. [Acesso em: 02 fev. 2014].