

Estratégia para a implementação de um Serviço de Tratamento da Dor no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás *

Strategy to implement a Pain Management Service in the Clinicas Hospital, Federal University of Goiás.

Frederico Roriz Bressan¹, Onofre Alves Neto², Marciano de Sousa Nóbrega³, Nelson Tribbis Júnior⁴

* Recebido da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Apesar do sintoma dor ser considerado o 5º sinal vital e seu controle influenciar positivamente na boa evolução dos pacientes, o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás não dispõe de um serviço de tratamento das síndromes algícas. O objetivo deste estudo foi por meio de um projeto piloto estruturar o Serviço de Dor neste hospital, por meio de palestras educativas, bem como orientar os médicos residentes no diagnóstico e tratamento das síndromes algícas.

MÉTODO: O projeto se desenvolveu em três etapas: educação, avaliação dos pacientes selecionados e análise dos dados. Foram realizadas cinco aulas para os médicos residentes e antes do início da aula eles responderam um questionário confidencial sobre conhecimentos básicos, avaliação e tratamento da dor. Na segunda etapa, uma equipe de dois médicos residentes de Anestesiologia e dois anesthesiologistas com formação complementar em dor foi estruturada para atender e orientar o tratamento do paciente com dor. Na terceira etapa foram analisadas as fichas e os resultados foram estratificados e analisados, sendo os resultados apresentados em percentuais.

RESULTADOS: Apenas 37% dos residentes referiram possuir algum estágio ou formação em terapêutica da dor, 68,9% referiram que usavam rotineiramente algum método de avaliação da dor e apenas 3,4% deles não conheciam a escala analógica visual, sendo que a dor como 5º sinal pela ainda não é rotina e, respectivamente, 70% e 81% dos médicos prescrevem rotineiramente opioides e anti-inflamatórios não esteroides (AINES) de horário. Todos concordaram que o tratamento da dor é fundamental para a boa evolução dos pacientes.

CONCLUSÃO: O projeto mostrou a necessidade de educação sobre a fisiopatologia e terapêutica da dor e da estruturação do Serviço de Dor no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

Descritores: Dor, educação, serviço hospitalar, tratamento multimodal.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Although pain being considered the fifth vital sign and controlling it influences positive evolution of patients, Clinicas Hospital, Federal University of Goiás does not have a service to manage painful syndromes. This study aimed at structuring a Pain Service in this hospital through a pilot project, educational presentations as well as at orienting resident physicians on how to diagnose and manage painful syndromes.

METHOD: The project was developed in three stages: education, evaluation of selected patients and data analysis. Five classes were ministered to resident physicians and before beginning of the class they have answered a confidential questionnaire about basic pain knowledge, evaluation and management. In the second stage, a team of two Anesthesiology resident physicians and two anesthesiologists with additional qualification in pain was structured to assist and orient the treatment of painful patients. In the third stage records were analyzed, results

1. Médico Residente em Anestesiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.
2. Anesthesiologista. Especialista em Dor. Responsável pelo Centro de Ensino e Treinamento em Anestesiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.
3. Anesthesiologista. Co-Responsável pelo Centro de Ensino e Treinamento em Anestesiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.
4. Médico Residente em Anestesiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

Endereço para correspondência:

Dr. Onofre Alves Neto
Rua T-61 nº 305 – Apto. 301 – Setor Bueno
74223-170 Goiânia, GO.
E-mail: onofre@terra.com.br

were stratified and analyzed and results were presented in percentages.

RESULTS: Only 37% of residents have referred some training or qualification in pain therapy, 68.9% have referred routine use of some pain evaluation method and only 3.4% of them were not familiar with the visual analog scale. Pain as the fifth vital sign is still not routine and, respectively, 70% and 81% of physicians routinely prescribe opioids and time non steroid anti-inflammatory drugs (NSAIDS). All agreed that pain management is paramount for the positive evolution of patients.

CONCLUSION: The project has unveiled the need for education on pain pathophysiology and therapy and for the structuring of the Pain Service in the Clinicas Hospital, Federal University of Goiás.

Keywords: Education, inpatient service, multimodal treatment, pain.

INTRODUÇÃO

A dor é rotina no cotidiano da população nosocomial, afetando sensivelmente a qualidade de vida e a recuperação dos pacientes, sendo considerada atualmente como o 5º sinal vital, ao lado da pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura¹⁻³.

Estudos comprovam que em hospitais com serviços de tratamento de dor aguda mais bem estruturados ocorre redução das taxas de morbimortalidade, principalmente em pacientes cirúrgicos⁴. Entretanto, ainda é baixa a prevalência de Serviços de Tratamento da Dor nos hospitais, mesmo em países desenvolvidos, em que alguns programas de especialização em Anestesiologia só são autorizados quando o hospital tem Serviço de Tratamento da Dor^{5,6}.

O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás é reconhecidamente um centro de referência no tratamento das mais diversas doenças, bem como, centro de treinamento das várias áreas de atuação na saúde, entretanto, não dispunha de protocolos ou rotinas para o tratamento da dor, fosse ela aguda ou crônica.

Os objetivos do presente estudo foram, por meio de ações educativas, aprimorar o tratamento da dor e paralelamente estruturar um Serviço de Tratamento da Dor, no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

MÉTODO

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, o projeto foi realizado em três etapas: educação,

avaliação dos pacientes selecionados e análise dos dados. Na primeira etapa foram realizadas palestras direcionadas aos residentes da Obstetrícia e Ginecologia, Clínica Cirúrgica, Ortopedia, Mastologia e Clínica Médica respectivamente, em que noções de fisiopatologia, semiologia e tratamento da dor foram desenvolvidas em aula elaborada pelos autores.

Antes do início da aula, foi respondido pelos médicos, um questionário confidencial sobre conhecimentos básicos, avaliação e tratamento da dor, que incluía as seguintes perguntas: a especialidade médica; o tempo de formação em Medicina; formação ou estágio em tratamento da dor, durante a graduação ou pós-graduação; conhecimento de algum método de mensuração da dor; uso rotineiro de algum método de avaliação da intensidade de dor; conhecimento da escala analógica visual (EAV) de avaliação da dor; avaliação da dor como 5º sinal de dor pela equipe de enfermagem; prescrição rotineira de analgésicos anti-inflamatórios não esteroides (AINES) de horário; prescrição rotineira de opioides de horário; via de preferência na prescrição de analgésicos; uso de fármaco adjuvante no tratamento da dor; conhecimento ou uso de alguma técnica adjuvante no tratamento da dor; conhecimento e utilização da escada analgésica da Organização Mundial da Saúde (OMS) e se considera o tratamento da dor fundamental para a boa evolução do paciente. A análise dos dados do questionário visava identificar condutas e práticas no tratamento dos pacientes com síndromes dolorosas, agudas ou crônicas, com o objetivo de avaliar se houve mudança na qualidade da assistência ao paciente após a implantação do Serviço de Tratamento da Dor. Foram excluídos os questionários rasurados, incompletos ou ilegíveis.

Na segunda etapa, uma equipe de dois médicos residentes de Anestesiologia e dois anesthesiologistas com formação complementar em dor foi estruturada para atender e orientar o tratamento do paciente com dor. A equipe era acionada por requisição em ficha própria ou por telefone, o paciente era admitido, a evolução e a conduta eram registradas em prontuário e em ficha específica pelos médicos residentes sob orientação a distância dos anesthesiologistas. Os pacientes eram avaliados pela equipe diariamente até a alta. Os critérios de alta eram: controle da intensidade da dor de acordo com a escala numérica visual (ENV) menor ou igual a 3, sedação do paciente para introduzir ventilação controlada mecânica ou óbito.

Na terceira etapa foram analisadas as fichas sendo considerados os dados antropométricos, a doença principal,

o tipo de síndrome dolorosa, os fármacos prescritos e a evolução, os resultados foram estratificados e analisados, sendo os resultados apresentados em percentuais.

RESULTADOS

Primeira etapa: educação dos médicos residentes sobre a fisiopatologia e tratamento da dor

De maio a setembro de 2009 foram realizados cinco seminários direcionados aos médicos residentes de Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia, Ortopedia, Mastologia e Clínica Médica. As aulas foram projetadas em multimídia, em horário e local de acordo com a conveniência de cada clínica. Antes do início das aulas, os questionários eram passados aos médicos residentes e recolhidos ao final da aula, quando dúvidas e sugestões sobre o tema eram discutidas.

Foram obtidos 29 questionários, dos quais dois foram excluídos. Dos questionários válidos, 74% dos médicos residentes tinham tempo de formação entre um e cinco anos, como mostra o gráfico 1. Apenas 37% dos residentes referiram possuir algum estágio ou formação em terapêutica da dor, 68,9% referiram que usavam rotineiramente algum método de avaliação da dor no atendimento de seus pacientes e apenas 3,4% não conheciam EAV.

Quanto à avaliação da dor como 5º sinal pela equipe de enfermagem verificou-se que 92% informaram que este conceito ainda não é rotina nos serviços em que exercem sua atividade. Quanto aos fármacos prescritos para o tratamento da dor, 81% dos médicos prescrevem rotineiramente AINES de horário, sendo a dipirona o analgésico desse grupo mais prescrito (Gráfico 2). Quanto ao uso de opioides, 70% dos médicos entrevistados os prescrevem de rotina (Gráfico 3). Confirmaram o uso de algum fármaco adjuvante no tratamento da dor 75,8% dos médicos entrevistados, sendo mais utilizados os antidepressivos tricíclicos (81%), os anticonvulsivantes (33%) e os anestésicos locais (15%), sendo que 65,5% dos médicos responderam conhecer ou utilizar algum tratamento adjuvante da dor. Todos concordaram que o tratamento da dor é fundamental para a boa evolução dos pacientes.

Segunda etapa: estruturação da equipe para atender e orientar o tratamento do paciente com dor

Todos os pacientes admitidos pelo serviço de dor foram avaliados e acompanhados diariamente até a alta, sendo os dados e a prescrição anotados no prontuário e em ficha específica, desenvolvida pela equipe. As condutas tomadas pelos residentes eram discutidas com os médicos anesthesiologistas, especialistas em tratamento da dor.

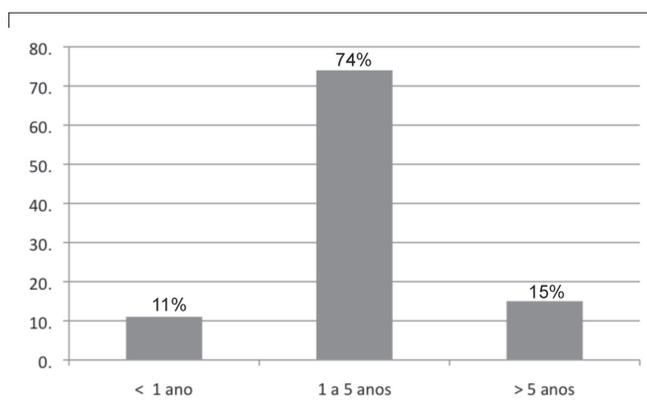


Gráfico 1 – Tempo de graduação em medicina

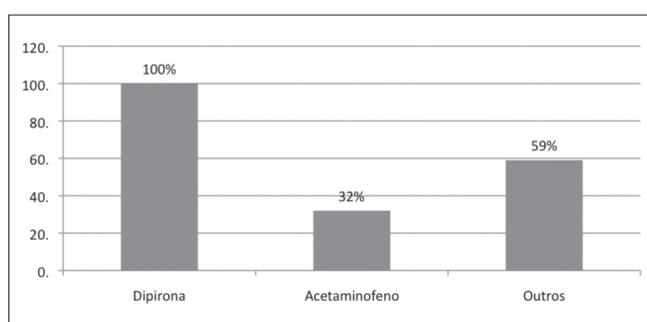


Gráfico 2 – Anti-inflamatórios não esteroides prescritos de horário

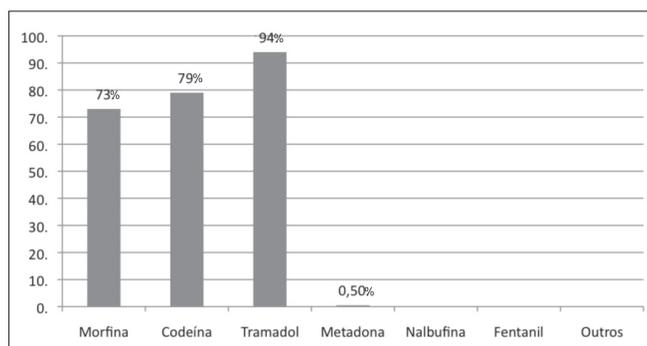


Gráfico 3 – Opioides prescritos de horário

Terceira etapa: análise das fichas dos pacientes atendidos pela equipe de controle da dor

Todos os pacientes admitidos já usavam alguma medicação analgésica. O tempo médio de atendimento foi de 11 dias, sendo o menor tempo de atendimento um dia e o maior 33 dias. A avaliação da intensidade da dor foi feita com a ENV, sendo mostrada ao paciente uma régua com zero em uma extremidade e 10 na outra, sendo explicado que o zero seria ausência de dor, e seria 10 a pior dor possível. A média de intensidade da dor foi de 7,12 na admissão e de 3,12 na alta.

Quanto aos fármacos usados no tratamento, os mais utilizados foram os opioides e AINES (Gráfico 4). A morfina o opioide mais prescrito, com doses de até 60 mg/dia por

via venosa e 120 mg/dia por via oral. A codeína (90 mg/dia) por via oral foi adequada para obter o controle efetivo em pacientes com dores de menor intensidade, tendo sido o fármaco analgésico prescrito por ocasião da alta em paciente que apresentava de forte intensidade controlada inicialmente com morfina. O fentanil transdérmico de 0,25 mg foi prescrito para paciente com dor crônica.

O adjuvante mais prescrito foi a amitriptilina, seguido da carbamazepina. A estimulação elétrica transcutânea não foi usada por não haver disponibilidade do equipa-

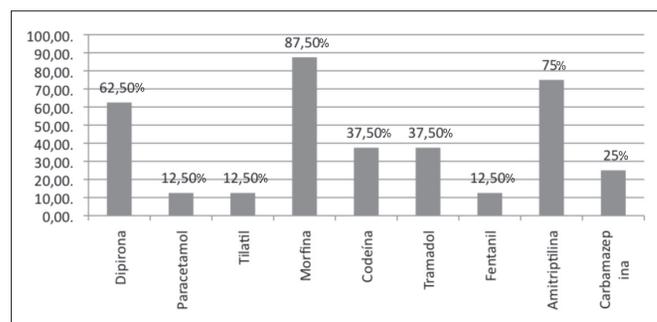


Gráfico 4 – Analgésicos prescritos pelo Serviço de Tratamento da Dor

mento no hospital e a tunelização de cateter de peridural embora indicada, não foi utilizada pelas alterações de coagulação do paciente.

DISCUSSÃO

A dor é sintoma complexo, devido a sua fisiopatologia complicada, intrincada ainda não completamente elucidada dependente de substâncias fisiologicamente ativas no seu processamento^{5,6}, que sofre influência de condições socioculturais, psicológicas e econômicas e a evolução da doença depende quase sempre do correto tratamento desse sintoma. Está bem estabelecido pela comunidade científica internacional que o tratamento inadequado da dor causa prejuízos para a recuperação do paciente, com alterações psicológicas e aumento do número de casos de dor crônica, de difícil tratamento^{7,8}. A organização de serviços de dor em hospitais é algo relativamente recente, dependente de fatores econômicos, políticos, sociais, culturais e estruturais⁷⁻⁹. Desde que a dor foi considerada o 5º sinal vital, e a Organização Mundial da Saúde (OMS) alertou a comunidade internacional para a importância de seu controle como obstáculo na obtenção de um conceito amplo de saúde, estudos sobre a fisiopatologia e terapêutica da dor têm sido realizados, normas publicadas, escalas de avaliação da intensidade da dor sistematizadas e serviços especializados no tratamento destes sintomas organizados. Porém,

somente uma parte ainda pequena da população mundial tem acesso a esse avanço, denotando a necessidade de mais investimentos na educação das equipes de saúde sobre a fisiopatologia e tratamento da dor⁹⁻¹³.

O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás não dispunha de uma equipe especializada no tratamento da dor, que na maior parte das vezes, era tratada por médicos residentes, e o presente estudo mostrou que a maioria deles não havia recebido durante o curso de medicina e durante o programa de especialização lato senso formação ou orientação adequada para o tratamento da dor, apesar de muitos utilizarem algum método para a avaliação da intensidade da dor, e rotineiramente prescreverem os opioides mais comuns como a morfina e codeína e os AINES, especialmente a dipirona, concordarem que o controle da dor é necessário e fundamental para a boa evolução dos pacientes. Os resultados mostram que a inclusão do estudo da fisiopatologia e terapêutica da dor nas grades curriculares dos programas de Residência do Hospital é essencial para uma boa formação dos médicos e consequentemente implementar um melhora na qualidade da assistência aos pacientes^{14,15}.

Outro dado identificado é a percepção dos médicos residentes da ausência de uma rotina de avaliação sistematizada da intensidade da dor nos pacientes pela equipe de enfermagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. Esse fato é preocupante, pois o enfermeiro trabalha em contato direto com o paciente durante o dia inteiro, sendo responsáveis pela avaliação dos sinais vitais dos mesmos, tendo então a maior facilidade para analisar a intensidade da dor e anotar esse dado juntamente com os sinais vitais, permitindo então ao médico que ao avaliar clinicamente seu doente tenha uma visão panorâmica da intensidade da dor do paciente e da resposta do mesmo à terapêutica analgésica instituída. Faz-se então necessário uma maior integração das equipes de enfermagem e médica em benefício do paciente, no sentido da conscientização de todos da importância do estudo da fisiopatologia e tratamento da dor, para a boa evolução do paciente e para a humanização do tratamento hospitalar^{2,5,7,8}.

Quanto ao resultado do tratamento da dor dos pacientes admitidos pelo Serviço de Tratamento da Dor, verificou-se que foi efetivo, pois houve um decréscimo na intensidade da dor por ocasião da alta, quando comparada com a avaliada no momento da admissão, embora em alguns pacientes não tenha sido obtida intensidade menor que 3 pela EAV, porém os autores ressaltam, que em alguns pacientes o tratamento integral da dor não é obtido, ora por dificuldades estruturais do serviço, ora por deficiência de recursos humanos.

Em relação ao uso de fármacos analgésicos, o estudo mostrou que a morfina e os AINES foram usados de modo relativamente constante nos pacientes, o que está concorde com a literatura para a qual esses fármacos continuam sendo ótima opção na abordagem inicial e no controle da maioria das síndromes dolorosas. Apesar do uso de doses relativamente altas de opioide, poucos foram os efeitos adversos observados, sendo identificados casos de obstipação intestinal, distensão abdominal e sonolência, não tendo ocorrido nenhum caso de depressão respiratória.

As dificuldades mais comuns encontradas durante a instrumentalização da estratégia para implementar o Serviço de Controle da Dor foram conciliar um horário para as aulas com todos os residentes das diversas áreas de especialização, a alteração da prescrição da equipe de controle da dor por outros médicos assistentes, a falta de rigor pela equipe de enfermagem na aplicação das medicações prescritas nos horários indicados nas prescrições, a ausência de opções de fármacos, especialmente opioides, pois não está padronizado na Instituição a metadona, o fentanil transdérmico e a gabapentina.

O presente estudo revela a necessidade da inclusão do ensino da fisiopatologia e terapêutica da dor nos cursos de graduação em medicina e nos programas de pós-graduação *lato senso*. Ressalta ainda a necessidade de organização oficial e efetiva de um Serviço de Dor no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, para dar atendimento aos pacientes com síndromes dolorosas, bem como avaliar a qualidade da assistência prestada aos pacientes pelos médicos residentes.

CONCLUSÃO

O projeto mostra a necessidade de educação sobre a fisiopatologia e terapêutica da dor e da estruturação do Serviço de Dor no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

REFERÊNCIAS

1. American Pain Society. Homepage. Glenview, 1996-2009.
2. Chaves LD. Controle da Dor Pós-operatória, 2001.
3. Pimenta CA, Koizumi MS, Ferreira MT, et al. Pain: its occurrence and evolution in the postoperative period of heart and abdominal surgery. *Rev Paul Enf*, 1992;11:3-10.
4. American Society of Anesthesiologists. Task force on acute pain management. Practice guidelines for acute pain management in the postoperative setting: an update report by the American Society of anesthesiologists task force acute pain management. *Anesthesiology*, 2004;100:1573-1581.
5. Werner MU, Soholm L, Rotboll-Nielsen P, et al. Does an acute pain service improve postoperative outcome? *Anesth Analg*, 2002;95:1361-1372.
6. Tracey I. Imaging pain. *Br J Anaesth*, 2008;101:32-39.
7. Brennan F, Carr DB, Cousins M. Pain management: a fundamental human right. *Anesth Analg*, 2007;105:205-221.
8. Rose DK, Cohen MM, Yee DA. Changing the practice of pain management. *Anesth Analg*, 1997;84:764-772.
9. Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, et al. Assessment of pain. *Br J Anaesth*, 2008;101:17-24.
10. Bardiau F, Taviaux NF, Albert A, et al. An intervention study to enhance postoperative pain management. *Anesth Analg*, 2003;96:179-185.
11. Angst MS, Brose WG, Dyck JB. The relationship between the visual analog pain intensity and pain relief scale changes during analgesic drug studies in chronic pain patients. *Anesthesiology*, 1999;91:34-41.
12. Macrae WA. Chronic post-surgical pain: 10 years on. *Br J Anaesth*, 2008;101:77-86.
13. Dray A. Neuropathic pain: emerging treatments. *Br J Anaesth*, 2008;101:48-58.
14. Stacey BR, Rudy TE, Nellhaus D. Management of patient-controlled analgesia: a comparison of primary surgeons and a dedicated pain service. *Anesth Analg*, 1997;85:130-134.
15. De Kock M. Expanding our horizons: transition of acute postoperative pain to persistent pain and establishment of chronic postsurgical pain services. *Anesthesiology*, 2009;111:461-463.

Apresentado em 12 de janeiro de 2010.
Aceito para publicação em 17 de março de 2010.