

A IASP (International Association for the Study of Pain), baseada em estudos sobre dor publicados no último século, definiu que dor "é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal dano". A percepção e a resposta do corpo à dor, é denominada nocicepção, para qual o organismo possui um complexo sistema nervoso.

As definições de dor apresentaram muitas variações quando consideradas dentro da perspectiva histórica e cultural dos povos. Aristóteles diferenciou os cinco sentidos (visão, audição, tato, paladar e olfato). No entanto, acreditava que o cérebro não tinha função direta nos processos sensitivos. Galeno definiu três classes de nervos, sendo uma relacionada às funções sensoriais, outra às funções motoras e a terceira classe relacionada com a sensação de dor.

No Renascimento, Leonardo da Vinci atribuiu ao sistema nervoso central o papel fundamental no mecanismo das sensações. Descartes observou que a estimulação sensorial era transmitida ao cérebro por meio de terminações nervosas. Logo, a anatomia e a fisiologia do sistema nervoso central e simpático vieram a ser definidas, orientando assim novos estudos.

A lesão tecidual desencadeia a resposta inflamatória que estimula a liberação de substâncias audiogênicas como principalmente a bradicinina e prostaglandinas que, por sua vez, estimulam as terminações nervosas livres, que ativam neuro-transmissores excitatórios, conduzindo assim os impulsos dolorosos.

Embora a dor causada por uma lesão de pele seja um problema significativo, somente na última década observou-se a expansão do interesse por seu estudo, evidenciado por uma proliferação da literatura abordando esse tema.

Pesquisas publicadas sobre dor em

lesões têm geralmente focado lesões agudas ou queimaduras.

Os estudos sobre lesões tissulares têm demonstrado a evolução tecnológica e se preocupado com várias características do tratamento proposto, entre elas: a diminuição da maceração da ferida e da dor, eliminação do trauma, melhora do conforto do paciente, redução de custos e outros.

AHCPR (Agency for Health Care Policy Research), em 1934 iniciou os estudos sobre a dor em feridas relevando somente os casos de úlceras de pressão. A AHCPH enfatizava três recomendações:

1. Avaliar o relato de dor de todos os pacientes portadores de úlcera de pressão.

2. Manejar a dor para eliminar ou controlar sua etiologia (na troca de curativos, no reposicionamento do paciente no leito, no alívio de áreas de pressão). Providenciar analgésico quando necessário.

3. Prevenir ou manejar a dor associada ao desbridamento de tecido necrótico. Em 1993, a AHCPH incluiu estudos sobre a dor em pacientes portadores de úlceras de perna e da importância da utilização de analgésicos para reduzir a dor durante o desbridamento.

Demonstraram ainda, que a umidade ou o uso de cobertura primária úmida podem reduzir a dor das lesões.

Detectar a dor, avaliar o nível de angústia que esta causa ao paciente e utilizar mecanismos que melhorem o quadro de algia, é tão importante quanto o emprego de coberturas especiais e realização de técnica apropriada para troca de curativos.

Brant sugere que a assistência à dor seja realizada através de cuidados na troca de coberturas primárias, as quais entram em contato direto com terminações nervosas.

Lembramos que terminações nervosas livres são receptores de dor na pele, estes nociceptores polimodais repre-

sentam 95% das unidades sensoriais da pele humana e respondem a estímulos mecânicos, térmicos e químicos, que lhe são nocivos (Guyton, 1996). Logo, Bryant recomenda o uso de coberturas primárias que apresentem baixa aderência no leito da ferida e que seja evitada a utilização de produtos químicos, até mesmo anti-séptico. A limpeza da lesão deverá ser realizada conforme técnica de jato de soro fisiológico. O posicionamento confortável do paciente, durante e após a realização do curativo também deverá ser observado.

Moffatt et al em uma pesquisa sobre a dor e o trauma nas feridas detectou que a remoção dos curativos é considerada a hora de maior dor; retirar curativos secos a produtos adesivos são a maior causa da dor e trauma nas trocas de curativos; produtos traumáticos são freqüentemente usados para prevenir o trauma tecidual; o uso de gaze seca aderente é provavelmente a causa da dor; a falta de uso de instrumentos para avaliar a dor é uma grande deficiência, levando pacientes a fazer uso da linguagem do corpo e da linguagem não verbal.

O uso de escala visual analógica para a determinação da dor auxilia os profissionais a dimensionar a intensidade deste sintoma. A aplicação é simples e apropriada para pacientes que não verbalizam a dor ou não tem capacidade de responder questionário mais complexo.

O uso de placa de silicone está indicado para diminuir o trauma e a dor, principalmente nas trocas de curativos. A placa de silicone é uma película de poliamida com silicone utilizada como cobertura primária que permite a drenagem do exsudato da ferida para a cobertura secundária. Esta indicada para o tratamento de úlceras superficiais e não compromete o tecido de granulação.

DOR NA REALIZAÇÃO DO CURATIVO: O QUE ELA REPRESENTA?

Gostchall, em estudo realizado em crianças queimadas, com perda parcial de tecido, mostrou que coberturas de silicone diminuíram o risco da infecção da ferida e da diminuição da dor durante as trocas de curativo.

Troshev relata a experiência com placa de silicone em tratamento de queimadura em que observou diminuição da sensibilidade à dor, da secreção e melhora da estética da cicatrização.

Com o objetivo de avaliar a melhora da dor durante o procedimento de troca de curativo, utilizamos placa de silicone associada a ácidos graxos essenciais em 21 pacientes entre 30 e 70 anos, portadores de lesões de pele com perda parcial de tecido, em fase de cicatrização com tecido de granulação em 70% da lesão. Dentre estes, nove eram portadores de úlceras da perna, sete de úlceras diabéticas, dois queimados e três pacientes com lesões traumáticas. Os pacientes, que antes do estudo tinham seus curativos trocados pela técnica convencional, passaram a receber a técnica de jato de soro e foram acompanhados e avaliados durante as trocas segundo protocolo pré-estabelecido.

Aplicamos escala de dor analógica visual no momento das trocas dos curativos a fim de verificar o nível de intensidade da dor nesses pacientes.

No início da pesquisa, verificamos que 100% dos pacientes faziam uso de analgésico que variava de Paracetamol à Morfina. Alguns utilizavam analgésicos somente para a realização do curativo, outros necessitavam do analgésico também para melhorar a dor depois de realizada a troca.

Observamos que a mudança de técnica para a realização dos curativos, ou seja utilizando jato de soro fisiológico aquecido, sem proporcionar fricção no leito da ferida diminuiu a ansiedade dos pacientes.

Um curativo descrito como atraumático e com a proposta de diminuir a dor durante as trocas é aceita de imediato pelos pacientes, com a expectativa de diminuir tanto a dor quanto a utilização de medicamentos.

A maioria dos pacientes prefere usar o analgésico durante as primeiras trocas, até que seja criado com vínculo de confiança entre paciente e profissional. Após cinco trocas, 76,19% dos pacientes concordaram em não fazer uso do analgésico, pois relataram diminuição gradativa da dor. Após sete trocas, os demais pacientes também deixaram de utilizar analgésico.

Em relação à aplicação da escala analógica para avaliação do limite doloroso, averiguamos progressão na diminuição dos índices indicados nos primeiros contatos com os pesquisadores. Pacientes que apontavam um indicador 9-10 nos primeiros curativos passaram a indicar 1-2 com a troca da técnica e da cobertura.

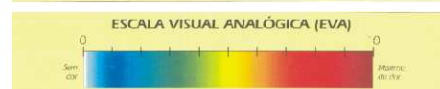
Obtivemos sucesso na redução da dor de todos os pacientes estudados, o que demonstra ser possível a realização de prática mais eficiente e eficaz no tratamento de lesões de pele.

Bibliografia: www.vascularin.com.br

Paciente 1 - M.L.P., 66 anos, diabética, em pós-operatório de amputação de fêmur de MIE. Necessitava da administração de Morfina EV antes das trocas de curativo. O uso da placa de Silicone ajudou a diminuição da analgesia que foi suspensa no terceiro dia de tratamento.



Wong-Baker FACES Pain Rating scale



Dra. Vânia Declair



Dra. Silvana Mara Janning Prazeres

Enfermeira Assessora Técnica e Científica em Estomaterapia e Dermatologia