

# Variação da escala visual analógica na consulta (dor crónica) no nordeste transmontano

## Autores:

Paula Perdigoto | ULSNE | pabperdigoto@gmail.com  
Ana P. Monte | ESTIG, IPB | UNIAG\_apmonte@ipb.pt  
Matilde Martins | ESSA, IPB | matildemartins@ipb.pt

## Resumo

A OMS estima que cerca de 30% da população mundial apresenta dor crónica. A DGS refere a “Dor como 5º Sinal Vital”, pelo que o seu controlo é um direito dos doentes e um dever dos profissionais de saúde. Sendo de boa prática o seu registo sistémico, através do Instrumento de Auto-avaliação de Dor - Escala Visual Analógica (EVA).



Fig. 1 – Escala Analógica Visual - EVA

## Objectivo

Pretende-se com este estudo avaliar a variação da escala EVA em doentes seguidos na Consulta da Dor Crónica da Unidade Local de Saúde do Nordeste.

## Metodologia

É um estudo descritivo e transversal, com recurso aos dados registados, no processo clínico, pelo Médico Anestesiologista entre 2014-2017.

## Apresentação e discussão dos Resultados

❖ Obteve-se uma amostra de 271 doentes, num total de 995 consultas.

❖ A média de idade dos participantes do estudo é 64,4 anos (desvio padrão de 15,6 anos), com um mínimo de 17 e máximo de 97 anos.

❖ Maioritariamente do género feminino (N=198;73%), pois recorrem mais frequentemente a cuidados de saúde.

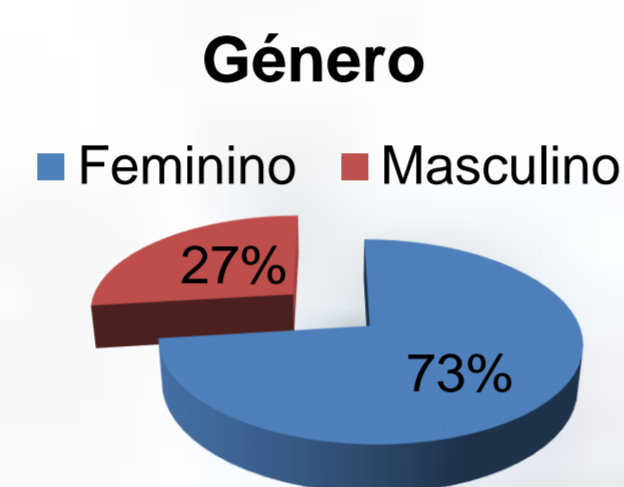


Fig. 2 – Distribuição de género por doente em consulta

❖ A maioria dos doentes realizaram até 4 consultas, com predomínio de uma a duas por doente (N=122; 45%). Explica-se pelo controlo da situação em causa, pelas desistências ou por causas ainda não identificadas.

Tab. 1- Evolução da escala EVA segundo as consultas

Consulta	Média	Desvio Padrão
Início	5,98	2,12
2ª	4,09	1,69
3ª	3,64	1,67
4ª	3,70	0,98
Final	2,11	0,98

❖ Provenientes do Concelho de Macedo de Cavaleiros (N=73;27%). Seguidos de Bragança (N=62; 23%). Devido à sua proximidade com o local de consulta (MC) e porque são os concelhos mais populosos como indicaram os censos 2011.

❖ Distribuição em Médias para a escala EVA durante as consultas. Tivemos presente a Hipótese de que a Dor na primeira consulta seria a mesma que na última (Hipótese de Diferença = zero), a qual foi rejeitada.

Tab. 2 - Distribuição de médias da escala EVA durante as consultas de Dor Crónica

Escala EVA	Média	Desvio Padrão	Mediana	Teste T	Valor de Prova
Início	6	2,10	4,4	18,6	<0,001
Final	1,95	0,95	0,89		

❖ Observou-se que a Dor Crónica Mista (N=119;44%) foi a mais frequente. Cardoso (2014) refere que esta é a mais descrita, como sendo a mais comum na prática clínica.

❖ Os opióides Buprenorfina/Fentanil (N=195;49%/N=71;18%) como terapia medicamentosa foram os mais utilizados no controlo da Dor Crónica. Seguindo-se os analgésicos/anti-inflamatórios, é de destacar o Vimovo (Naproxeno/Esomeprazol) com (N=70;45%).

❖ Realizadas técnicas invasivas pelo anestesista em 116 doentes com intuito de tratamento e melhoria nas causas da dor crónica, sendo só um tipo de Infiltração (N=116; 80%) a mais frequente.

❖ A Acupuntura/Tratamento Termal foram a terapia adjuvante (N=118;44%/N=115;42%) mais recomendada/efectuada.

## Conclusão

Em resumo, os doentes seguidos na consulta de dor crónica são maioritariamente idosos, do género feminino e com dor crónica mista, necessitando para controlo da dor de intervenções associadas, farmacológica e coadjuvantes. Existe uma variação da escala consoante o número das consultas, o tipo de dor e a terapêutica medicamentosa/adjuvante. Observa-se uma predominância de uma ou duas consultas por doente, num total de 995 consultas. A média da escala EVA na primeira avaliação foi de 6 valores com desvio padrão de 2, e na final foi distinto o teste t student demonstrou existir diferenças significativas na variação da dor entre a primeira e a última avaliação. Sugerimos o encaminhamento precoce destes doentes para a consulta de dor e a realização de outros estudos que sustentam a eficácia das terapêuticas no alívio da dor.

## Bibliografia

CARDOSO, Ana (2014). Controlo da dor em pacientes oncológicos. Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal. Disponível em: [https://sigarra.up.pt/flup/pt/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_gdoc\\_id=613382.pdf](https://sigarra.up.pt/flup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=613382.pdf) (consultado em outubro de 2017)

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE [DGS] (2003). A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Circular Normativa nº 09/DGCG de 04/06/2003, Lisboa.

MARTINEZ, José, GRASSI Daphine; MARQUES, Laura (2011). Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação da dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP, Brasil. [Revista Brasileira de Reumatologia](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042011000400002#end) ISSN 0482-5004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0482-50042011000400002#end](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042011000400002#end) (consultado em novembro de 2017)

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria SAS, (2012). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dor Crónica. Portaria SAS/MS nº 1083, de 02 de outubro de 2012 (Retificada em 27 de novembro de 2015), Lisboa, Portugal.