

UMA REVISÃO SOBRE A DOR: ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS, ASSISTENCIAIS E PERCEPÇÕES PESSOAIS:

*Maria Luísa Ávila Pilagatti ***

RESUMO: Revisão sobre a dor, com ênfase a lombalgia, seus aspectos fisiopatológicos, consequências, fatores que têm influência neste sintoma, tratamento, aspectos psicossócio-espirituais e assistência de enfermagem relacionada ao problema.

1. INTRODUÇÃO

A dor como uma sensação percebida pela maioria das pessoas, independente de estarem doentes, é um fator de desconforto e de empecilho a algumas atividades, ou no mínimo para que sejam desempenhadas eficientemente.

A lombalgia, ou seja a dor lombar, é uma das grandes causas de incapacitação para o trabalho e acomete grande parte da população hoje em dia.

Foi proposto, neste trabalho, uma explanação sobre a dor em geral, como ela ocorre, os vários tipos de dor descritos pelos autores suas consequências e fatores que têm influência sobre ela. Após este, deu-se um enfoque específico a dor lombar, sua etiopatogenia, quadro clínico, caracterização e tratamento. Por fim, são enfocados alguns aspectos sociológicos, psicológicos e espirituais em relação a dor em geral e a assistência de enfermagem relacionada ao problema.

2. CONCEITO

"A dor é na maioria das vezes um mecanismo de proteção que avisa ao indivíduo de que seus tecidos estão sendo agredidos ou prestes a sê-lo." DU GAS⁵.

* Trabalho apresentado a disciplina de Assistência de Enfermagem ao Adulto I, sob a orientação da prof.^a Vera Regina Waldow.

** Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

"É uma sensação subjetiva e, ao mesmo tempo, como um padrão de respostas a um estímulo doloroso. A dor é incomunicável, é uma experiência única, pessoal, impossível de ser compreendida por quem não a está experimentando." ARDILA².

A dor é uma das manifestações mais comuns entre os indivíduos acometidos por alguma doença, bem como a expressão de medo a ela. Além de ser uma percepção sensorial desagradável, este sintoma tem um componente psíquico e constitui-se em um sinal de alerta; útil na medida em que o indivíduo busca ajuda para o seu alívio e, conseqüentemente para determinar a origem da mesma. BELAND³.

3. ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS

O estímulo da terminação nervosa sensitiva, localizada na parte superior do corpo ou em estruturas mais profundas, é o que dá início à dor. Ela parece ser causada por estimulação intensa de todos os receptores sensoriais. Algumas terminações nervosas sensoriais são mais sensíveis do que outras; da mesma forma, algumas áreas do corpo são mais ricas em terminações nervosas à estimulação dolorosa, enquanto outras não o são. DU GAS⁵.

O impulso doloroso, motivado pelos estímulos do receptor sensorial, é transmitido via primeiro nível do sensorio, aos cordões laterais do feixe espinotalâmico da medula espinhal e daí, para o tálamo. Neste, os impulsos dolorosos são transmitidos pelo terceiro nível neuronal aos centros superiores no cérebro. Nem todas as impressões sensoriais alcançam o córtex; um indivíduo só consegue focalizar sua atenção num número limitado de estímulos ao mesmo tempo. É possível que o sistema reticular tenha função de avaliar essas impressões, pois elas são recebidas no tálamo e transmitidas somente as que são importantes e mereçam atenção. Quando o córtex é atingido, a pessoa toma consciência da dor, então é disparado uma ação motora contrária ao estímulo que a provocou. DU GAS⁵.

Quando o estímulo é intenso, a resposta é iniciada a nível medular. Algumas vezes a dor é sentida em um determinado local do corpo, apesar de ter sido produzida em outro. DU GAS⁵.

Os impulsos da dor são transmitidos por dois conjuntos de fibras nervosas; um conhecido como fibra delta-A, tem diâmetro de 6-8m. Estas fibras são grandes, mielinizadas e conduzem impulsos rapidamente, bem como alertam o indivíduo sobre a presença da dor e a localizam. As fibras delta-A passam, mais ou menos diretamente, para o tálamo e áreas sensoriais do córtex cerebral. O outro conjunto de fibras

nervosas é formado pelas fibras C, tem diâmetro de 2-4m, são menores que as anteriores, tem baixa velocidade de condução. Estas fibras não são mielinizadas e conduzem os impulsos lentamente, provocando o sofrimento da dor. O sistema colateral faz conexão com a formação reticular e propicia uma condução mais lenta do que a via principal. Além disso, ele tem muitas conexões difusas com vários centros no cérebro. A função dos colaterais é a de integrar informações de muitas fontes e modificam a reação do indivíduo à dor. Foram identificadas fibras que saem do cérebro para vias nervosas transmissoras de mensagens; estas modificam impulsos que chegam à medula através de fibras sensoriais. Como resultado, os impulsos podem ser suprimidos e não chegar além do nível da medula, ou serem alterados, de forma que a mensagem entregue é diferente daquela que originou o estímulo. Uma parte do impulso que entra na medula ou no tronco cerebral, atravessa uma densa rede de neurônios internúcleares de interconexão. Acredita-se que este pode ser o ponto em que a memória, os pensamentos e a emoção modifiquem as mensagens sensoriais após uma lesão, apesar de não existirem provas. BELAND³, ADAMS¹.

Para a produção da dor foram formuladas três teorias: teoria da especificidade, teoria do padrão espaço-temporal e teoria da porta de controle. ARDILA².

a) Teoria da especificidade — é afirmado que existem receptores específicos para a dor (terminações nervosas livres), fibras da dor chamadas de delta-A e C, tratos (espinotalâmico lateral) que projetam os centros específicos para a dor (os núcleos do tálamo). A atividade que vai da periferia ao centro, passando por estas vias, resulta na sensação e resposta à dor. Esta teoria é considerada basicamente certa, mas há duas objeções: não é verdade que esta atividade sempre resulta em dor e, tampouco é certo que a dor seja sempre consequência desta atividade. Contudo, a maior parte das afirmações são verdadeiras. ARDILA²

b) Teoria do padrão espaço temporal de impulsos — esta refere que só a organização de impulsos distingue a dor de outras sensações. Não existe especificidade de receptores a nível periférico, nem a nível central. ARDILA².

c) Teoria da porta de controle — nesta hipótese foi relatada que o mecanismo neural, localizado na substância gelatinosa dos cornos dorsais da medula espinhal, atua como uma porta que controla terminais que chegam. Além disso, pode aumentar ou diminuir o fluxo do impulso proveniente das fibras periféricas para os outros centros cerebrais superiores. ARDILA².

Qualquer tipo de sensação necessita de vias para a condução de impulsos e de centros de interpretação e integração, bem como de receptores sensíveis a estímulos de dor. BELAND³.

Há necessidade que os mecanismos sensoriais estejam íntegros para que seja possível a percepção da dor, além de ser necessário ao aprendizado de proteção a lesões. BELAND³.

A dor é dividida em superficial, profunda, visceral, originada nas estruturas musculoesqueléticas, referida e central. ADAMS¹, DU GAS⁵, BELAND³.

a) Dor superficial — é conseqüente de um agente agressor da pele (descrito como queimadura ou como espatadela). Decorre da estimulação dos receptores da pele e das membranas mucosas. O indivíduo é capaz de localizar a dor superficial de modo mais preciso, face ao maior número de terminações nervosas livres existentes na superfície corporal.

Na dor superficial severa são mobilizados certos mecanismos de defesa do organismo. Há um aumento na atividade do Sistema Nervoso Simpático e na produção de adrenalina, com uma conseqüente taquicardia e vasoconstrição periférica.

b) Dor profunda — é resultante do acometimento de estruturas, mais internas, como músculos, tendões, articulações e facies. É persistente, localizada (como câimbra, mordedura) ou incomodativa. Os músculos e os tendões são particularmente sensíveis a dor e podem dar origem a uma sensação de considerável intensidade. Este tipo de dor pode ocorrer nos ossos (surda e localizada) e vísceras (surda e difusa) e geralmente são transmitidas por nervos que conduzem sensações de várias áreas da pele ou de outras vísceras.

A diferença entre dor superficial e profunda é que a segunda tem maior probabilidade de provocar uma falha nos mecanismos homeostáticos de defesa; são comuns a debilidade, hipotensão e palidez.

c) Dor visceral — é tida como dor profunda (onde estão incluídas as estruturas viscerais e esqueléticas) tem basicamente a qualidade de dolorimento em continuidade, mas se intensa, pode ser aguda e penetrante (facada). Ocasionalmente há um tipo de dor em queimação, como a pirose da irritação esofágica, e raramente na angina pectoris. A dor é sentida como sendo profunda em relação a superfície corporal.

d) Dor originada nas estruturas musculoesqueléticas — este tipo não pode ser localizado com maior exatidão do que 2 ou 3 segmentos sensitivos (ex. a dor devido a doença miocárdica é sentida originando-se dentro do 1º até o 4º segmentos torácicos). A dor nas vísceras é mais difícil de ser localizada, devido ao menor número de terminações nervosas que aí existem, se comparada com a dor na pele e nas membranas mucosas.

e) Dor referida — é composta por dores profundas, viscerais e somáticas. Tendem sempre a ser surdas superficialmente às estruturas, dentro de um determinado segmento raquidiano que tem as mais extensas ramificações nervosas e, portanto, a mais ampla representação cerebral (há mais nervos sensitivos no tegumento que nas vísceras, daí o motivo pelo qual a dor visceral ser projetada à superfície corporal).

f) Dor central — é também designada como fantasma. Dor percebida na mente do paciente e para a qual não há causa periférica aparente. Como exemplo, pode-se citar a que o paciente sente em seus artelhos após ter seu membro amputado. Parece dever-se a persistência da sensação dolorosa ou "memória dolorosa", depois que a causa foi removida.

4. CONSEQUÊNCIAS

Após a leitura da bibliografia disponível, conclui-se que quando a dor é muito intensa pode haver elevação ou depressão da pressão sanguínea e uma alteração no pulso e frequência respiratória.

Este sintoma, produz aumento na irritabilidade, falta de apetite, fadiga, sono perturbado e perda da estabilidade emocional, predispondo desta forma para o aparecimento de anomalias ou transtornos mentais. A permanência da dor por um período prolongado contribui para a debilidade do paciente.

Por estas razões, para dar início ao tratamento adequado é necessário uma definição das causas da dor, que devem ser investigadas com seriedade.

5. FATORES QUE INFLUENCIAM O PROBLEMA

Sentimentos dolorosos ou experiências emocionais, tais como mágoa e luto, temor, angústia e culpa, podem estar inclusos na sensibilidade à dor. BRUNNER⁴.

A reação de um indivíduo a dor vai depender do seu estado físico e emocional, e a forma pela qual condicionou sua resposta a ela. Uma pessoa cansada ou fisicamente debilitada pode ter o controle sobre suas reações e sua resistência diminuídos. Pode reagir a estimulação mínima com uma resposta exagerada, isto é, fora de proporção do estímulo. DU GAS⁵.

O estado emocional também modifica a reação a dor. A ansiedade e o medo podem agravá-la. Já em uma resposta emocional forte pode deixar o enfermo inconsciente da sensação dolorosa. DU GAS⁵.

Emoções agradáveis tendem a anular a dor, de modo que o indivíduo feliz e de bom humor parece, em geral, não sentir a mesma sensação que seria normal em uma pessoa aborrecida. WOLAMIN^{1 1}.

As situações ameaçadoras, para uma pessoa idosa com recursos reduzidos, podem parecer maiores do que realmente o são. Poderá haver falhas nos mecanismos de defesa, que em anos passados agiam rapidamente. WOLAMIN^{1 1}.

O autor acima refere que a dor mental é representada quando, por exemplo, certas pessoas idosas usam a dor, por menor que seja como meio de obter o reconhecimento que lhes é negado.

O mesmo autor refere que a dor nos velhos assume outras características. A idéia de que os idosos não a sentem com a mesma intensidade que a pessoa mais jovem, pode ser falsa; sabe-se que eles suportam a dor sentados ou deitados, até mesmo de fratura de ossos, com uma calma que merece estudo.

Inúmeras vezes os idosos aceitam muita dor desnecessária, por crerem que ela é própria de quem envelhece. WOLAMIN^{1 1}.

A cultura influencia na forma com que as pessoas encaram os vários eventos da vida, bem como tem influência sobre o que o indivíduo considera como doloroso e como ele reage à dor. DU GAS⁵.

O comportamento do paciente com dor é, em parte, atribuído a cultura e instrução. Precocemente, na infância, a pessoa começa a tomar conhecimento do que aqueles que a cercam esperam e aceitam dela com relação à dor. Partindo de todas as suas experiências sensoriais ela inicia o aprendizado com terceiros sobre quais os estímulos, que são esperados como dolorosos e que tipos de respostas comportamentais deve manifestar. Em muitas famílias é permitido às meninas chorar, mas aos rapazes lhes é dito que homem não chora, frente a qualquer situação de dor. BELAND³, BRUNNER⁴.

"O aprendizado das expectativas culturais sobre a dor ocorre durante toda a vida da pessoa e raramente é contestado mediante uma exposição a valores opostos de outras culturas. Em consequência, a pessoa tende a crescer acreditando que sua maneira de perceber a dor e suas reações a ela são as únicas corretas e normais." BRUNNER⁴.

6. LOMBALGIA

A dor lombar é uma dor frequentemente evidenciada entre os indivíduos, há dificuldade em conceituá-la ou defini-la. Etmologicamente significa dor na região lombar, cujos limites amplos incluem a região dorsal baixa e o sacro no sentido céfalo-caudal, alcançando lateralmente as linhas axilares posteriores. PINTO^{1 0}.

Após a leitura do autor citado anteriormente, sintetiza-se alguns aspectos sobre a dor lombar.

A presença de lombalgia incapacita seus inúmeros portadores para o trabalho, e até para a grande maioria das atividades da vida diária. A faixa etária mais atingida é entre os 40 e 50 anos de idade.

Pode ter início insidioso ou abrupto, geralmente após um esforço físico exagerado ou múltiplos movimentos de flexo-extensão da coluna, ou pode ser branda e persistente, devido a manutenção de uma posição anormal (ocupacional, muitas vezes).

Podem ser citados, também como fatores etiopatogênicos, os processos inflamatórios (piogênicos específicos); as neoplasias benígnas ou malignas, os processos degenerativos (espondilose); variações anatómicas (estenose do canal medular), anomalias congênitas (espondilose, displasias espôndilo-epifisárias); processos de auto-regressão (artrite reumatóide); seqüelas de traumas (fraturas e luxações) e até doenças vasculares (do plexo de Butson).

O autor mencionado refere que existe uma certa dificuldade em obter-se uma classificação precisa em razão dos enfoques que pode ter. Ele cita a classificação de Brow de lombalgia em:

- Espondilogenéticas: osteoartríticas.
- Neurogênicas: isquemia neural, estenose vertebral.
- Osteogênicas: metabólicas, inflamatórias.
- Iatrogênicas: pseudoartrose, estenose vertebral.
- Psicogênicas: reação histérica de conversão, desordens de caráter.
- Sociogênicas: simulação.
- Vasculares: aneurismas.
- Viscerogênicas: pleurais, peritoniais.

Este mesmo autor destaca quando se refere ao quadro clínico, que a queixa principal é a dor lombar, sendo o aparecimento gradual quando relacionado a esforço físico ou movimentos repetidos, ou a postura ou ainda permanência prolongada em posição inadequada. Esta dor tem característica e intensidade diversas, podendo ser localizada em um determinado ponto ou abranger toda a região lombar. Pode-se apresentar como uma sensação de desconforto permanente ou ter característica aguda, referida como "queimação", pontada, contínua ou não, exarcebando-se com os movimentos.

Algumas pessoas queixam-se da dor lombar sem que nenhuma doença orgânica justifique esta queixa. Nos estágios prodômicos de inúmeros processos febris e infecciosos a dor lombar aparece acompanhada de dores generalizadas (artralgias).

A dor lombar pode ser dividida em local, referida, radicular resultante da contratura muscular e sem origem determinada.

a) Lombalgia local — é causada por qualquer processo patológico que colida ou irrite terminações sensitivas. Algumas vezes é constante, outras é intermitente, ou do tipo vago, e bastante difusa, mas é sempre sentida na parte afetada da coluna ou próximo a ela.

b) Dor lombar referida — pode ser projetada da coluna para regiões localizadas dentro dos dermatônos lombares. Tende a ser profunda, do tipo vago e difusa, projetada das vísceras pélvicas e abdominais para a coluna. É sentida dentro do abdome ou nos flancos e pode ser modificada pelo estado da atividade das vísceras.

c) Lombalgia radicular — possui algumas características da dor referida, mas diferencia-se em sua intensidade (é maior). Tem irradiação distal e circunscrição ao território de uma raiz. É aguda, não raro intensa, e quase sempre se irradia de uma posição central próxima a coluna para alguma parte da extremidade inferior.

d) Lombalgia resultante da contratura muscular — é mencionada, usualmente, em relação a dor local. Contratura muscular é associada com a maioria das condições que produzem dor local. Os músculos quando em estado de tensão permanente dão origem a uma dor vaga.

e) Lombalgia sem origem determinada — é descrita pelo paciente como dor lombar crônica. Caracteriza-se por repuxamento, câimbras, ou dores em pontada, efeitos de queimação ou frieza nas pernas.

Há uma certa dificuldade na interpretação de muitas afecções dolorosas nas costas e que são provenientes de lesão ocorrida durante o trabalho ou acidente. Deve-se sempre levar em conta a possibilidade de exagero ou prolongamento da dor, por motivos pessoais, ou mesmo a histeria ou a simulação.

7. ASPECTOS BIOLÓGICOS

Os aspectos biológicos podem ser observados através do diagnóstico e tratamento. Quando o paciente se encontra com lombalgia, o diagnóstico pode ser feito por meio de exames radiológicos, bioquímicos, biópsia e testes psicológicos. PINTO¹⁰.

Nos exames radiológicos utiliza-se a mielografia (rádio contrastada); flebografia (mais fidedigna que a anterior); plenigrafia (localiza as alturas nos planos sagital e frontal) e cintilografia óssea. PINTO¹⁰.

O autor acima refere que:

Para a realização dos exames bioquímicos ⁴ utilizado o líquor do sangue (citológico do líquor do sangue).

Pode ser executada biópsia, pela punção a céu aberto.

Alguns testes psicológicos poderão ajudar na verificação da influência de componentes emocionais.

Na maioria das vezes o exame clínico rigoroso é o suficiente para auxiliar no diagnóstico.

Para ajudar no diagnóstico é interessante levar-se em conta dados subjetivos, tais como: qualidade da dor (termos que a referem, localização, intensidade, a postura, a inatividade e a perspiração abundante. A fase crítica de sofrimento é caracterizada por sobrancheiras franzidas, músculos faciais tensos, palidez e fechamento dos punhos. DU GAS⁵.

O tratamento pode ser medicamentoso, por meio de emprego de substâncias analgésicas, em processo inflamatório com o uso de anti-inflamatório não corticóides. A associação de miorelaxantes constitui uma ajuda para vencer a espasticidade muscular. As drogas possuem formas distintas de atuar na dor. Elas podem remover sua causa, reduzir a consciência, diminuir a condução de impulsos pelas fibras da dor, diminuir o limiar de percepção desta ou reduzir a capacidade de avaliar seu significado. DU GAS⁵, BELAND³.

A fisioterapia como recurso coadjuvante, é extremamente útil. A termoterapia, é normalmente usada na fase aguda. Esta consiste em aplicação de frio ou calor, manipulação e/ou tração contínua. O uso da energia elétrica é fundamentado pelo fato de existirem fibras eferentes especializadas que inibem a chegada de mensagem de dor ao cérebro. Estas fibras, quando estimuladas, interrompem um mecanismo de passagem hipotética na medula, que transmite sinais de dor para o cérebro e os modifica, de acordo com mensagens que voltam desses cantos superiores. BELAND³.

A cinesioterapia serve-se de exercícios isométricos para a correção de posturas viciosas, fortalece a musculatura do dorso e parede abdominal. DU GAS⁵.

Para o paciente que apresenta dor sem substrato orgânico, mas o faz de maneira inconsciente não simulada, deve-se procurar, através de uma história psicológica, saber o que ele pretende comunicar com a dor. BELAND³.

Para o emprego de medidas psicológicas faz-se uma análise comportamental, que pode ser desenvolvida por meio da observação atual do indivíduo; personalidade; padrões reforçadores da aprendizagem social, bem como padrão de consumo de medicamentos. BELAND³.

8. ASPECTOS PSICOSSÓCIO-ESPIRITUAIS

Acerca dos aspectos psicossócio-espirituais pondera-se que a sociabilização do indivíduo com dor pode ficar interrompida, pelo fato das pessoas terem tendências a isolar aquela que se encontra com dor, talvez por estas sentirem medo de um dia se encontrarem na mesma situação e também pelo valor que é dado aos que suportam a dor em silêncio.

Pensa-se que o referido sintoma possa ser um motivo para o afastamento do trabalho, pois quando este é muito intenso a pessoa fica irritada, com falta de atenção, fica com a capacidade de trabalho diminuída e tensa.

Há necessidade de levar-se em conta o fator econômico, quando nos deparamos com um paciente com dor, pois há casos que exigem tratamentos complexos baseados em sedativos. Para as pessoas com dificuldades financeiras seria interessante encontrarmos medidas que proporcionassem efeito aproximado ao dos sedativos.

Pode-se dizer que os aspectos psicossócio-espirituais estejam muito relacionados com o que a pessoa pensa sobre a sua dor e o que faz em relação a ela. Há variações de indivíduo para indivíduo ou mesmo da própria pessoa em diferentes ocasiões.

As pessoas sentem-se ameaçadas pelo desconforto da dor (daqui-lo que poderão sentir) e da solidão que este sintoma proporciona.

Pacientes religiosos tendem a suportar dores sem demonstrar nada, isto talvez deva-se ao significado que a fé religiosa tem para eles, pois acreditam não estar sofrendo em vão. BELAND³.

O sofrimento da dor pode causar no paciente a sensação de que ele não tem domínio sobre ela. BELAND³.

9. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Após ter sido feita a leitura de BRUNNER⁴, DU GAS⁵, BELAND³, KNOPLICH^{6,7,8,9} pode-se estabelecer certos pontos importantes e que devem ser considerados para a instituição da assistência de enfermagem.

Para que possa ser implementada uma assistência de enfermagem personalizada junto ao paciente, é imprescindível que seja feita uma investigação quanto a situação do paciente em relação ao problema, ou seja, pesquisar a ocorrência da dor, o tipo de dor, intensidade, período em que ela ocorre e o que faz ou já fez para aliviá-la.

A enfermeira deve ver o paciente como uma pessoa total, acreditando no que ele diz estar sentindo e respeitar as suas reações e atitudes quanto à dor. O paciente deve ser esclarecido a respeito deste sintoma, através da utilização de modalidades sensoriais com o propósito de trazer-lhe informações acerca da sensação que ele experimenta.

O repouso e o relaxamento devem ser promovidos, por meio de técnicas que auxiliem a evitar a fadiga e a obter o relaxamento de musculatura esquelética.

Se possível os fatores que influenciam a sensação da dor e os que a intensificam devem ser eliminados. Pode-se citar alguns desses fatores: a ansiedade e o meio.

Quando for necessário a enfermeira deve permanecer junto ao paciente, tendo como objetivo a distração deste por meio de conversa, atividades que poderão interessar a ele ou simplesmente permanecer a seu lado. Além de se constituir em uma forma de apoio, permite uma maior confiança e possibilita o atendimento de outras necessidades do paciente.

Ao ser administrado algum fármaco deve-se sempre explicar a utilidade deste, bem como todos os procedimentos a serem executados e que não são do conhecimento do indivíduo que está necessitando dos cuidados.

É importante proporcionar conforto ao paciente com dor, como por exemplo, mudança de decúbito, isto fará com que haja um alívio da tensão muscular e evita a pressão mantida sob determinada região do corpo por muito tempo; massagens, as quais propiciam relaxamento e alívio da tensão muscular, além de aumentar a circulação na parte do corpo sobre a qual está sendo aplicada, acelerando a remoção dos excretas metabólicos. O banho morno também auxilia na manutenção do conforto, pois ele diminui a tensão muscular, assim como aumenta a circulação na região em que está sendo aplicado.

Há necessidade de uma reeducação postural do paciente pois, na maioria das vezes, a causa principal da lombalgia é a execução das tarefas cotidianas de maneira errada, resultando em danos às estruturas de suporte do corpo (ossos e músculos).

O paciente deve ser alertado quanto a idéia de que trabalhar sentado é menos cansativo, pois isto não corresponde às realidades anatômicas, biomecânicas e fisiológicas das estruturas corporais. Na primeira ocorrem alterações na coluna lombar; no estudo biomecânico percebe-se que a pressão intradiscal é maior quando a pessoa permanece sentada; fisiologicamente nota-se que para a coluna vertebral o ato de sentar é o

mais adequado, pois mantém a coluna ereta, mas para os músculos esta posição é incômoda, pelo fato deles passarem a trabalhar contraídos.

É importante incutir no paciente portador de lombalgia crônica, quer seja dona-de-casa ou operário, que se for necessário levantar peso sozinho, o faça tendo conhecimento do dano que poderia causar à coluna.

O repouso para o tratamento de lombalgia é importante, pelo fato de que quando a pessoa se encontra deitada em decúbito dorsal a pressão intradiscal é maior, com isso o orifício de conjugação é menos comprimido.

O paciente deve ser orientado quanto a maneira correta de dormir, pois quando se dorme corretamente evita-se dores lombares futuras. A postura correta para dormir é a dorsal, sem o uso de travesseiro. Para as pessoas que sofrem de dores lombares ou cervicais, indica-se o decúbito lateral, com um travesseiro adequado, ou seja, na altura do ombro. As pernas devem ficar dobradas (ao esticar as pernas ocorre torção do quadril).

Quanto ao colchão é aconselhado, os ortopédicos, por serem adequados à coluna, entretanto, tornam-se incômodos para as outras articulações. Sugere-se como ideal, um estrado de madeira inteiriça e sobre este, uma camada de espuma de mais ou menos 15 cm e de densidade nº 45.

Não é aconselhável a posição ventral, pois a cabeça fica rodada por muitas horas e conseqüentemente há danos na coluna.

10. CONCLUSÃO

Sendo a dor algo que atemoriza as pessoas em geral, é importante que se procure, cada vez mais, aperefeioar a assistência prestada ao paciente, além de atribuir um valor maior a interação paciente-enfermeiro; a partir daí poderemos obter um melhor restabelecimento deste paciente além da diminuição de seu sofrimento.

A lombalgia poderia ser evitada, ou pelo menos minimizada, com a utilização de posturas adequadas frente as mais variadas situações. Há um grande número de pessoas acometidas pela dor lombar por falta de orientação postural, por isso é de extrema relevância a atuação do enfermeiro no desenvolvimento de medidas educativas, principalmente com faixas etárias mais jovens, visto que, em geral, a dor lombar surge ou se manifesta com maior intensidade na meia idade, sendo decorrente de posturas inadequadas em épocas anteriores.

SUMMARY: A review of pain, with emphasis on backache, its physiopathologic aspects, consequences, factors of influence in this symptom, treatment, spiritual-psycho-social aspects and nursing care related to the condition.

11. BIBLIOGRAFIA

1. ADAMS, R. D. & RENIK, W. M. Dor. In: HARRISON, I. R. *Medicina Interna*. 7. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1977. Cap. 1 p.11-3.
2. ARDILA, R. El dolor. In:—. *Psicología fisiológica*. 2 ed. México, Trillas, 1976. Cap. 19, p. 269-78.
3. BELAND, I. & PASSOS, J. Enfermagem do paciente com anomalias na regulação. In:—. *Enfermagem Clínica*. São Paulo, E. P. U., 1978. v. 1, Cap. 6, p. 203-14.
4. BRUNNER, L & SUDDARTH, D. A pessoa que sofre dor. In:—. *Enfermagem médico-cirúrgica*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1977. Cap.9, p. 150-62.
5. DU GAS, B. W. Dor. In:—. *Enfermagem prática*. 3 ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1977. Cap. 31, p. 475-89.
6. KNOPLICH, J. Vamos cuidar da postura corporal. 1ª parte. *Senecta*, Sinapse. Rio de Janeiro, 7(1) 1984.
- 7.———. O levantar peso e a coluna. 2ª parte. *Senecta*, Sinapse. Rio de Janeiro, 7(2) 1984.
- 8.———. Sentar-se, a agressão à coluna lombar. 3ª parte. *Senecta*, Sinapse. Rio de Janeiro, 7(3) 1984.
- 9.———. Ato de dormir e a coluna vertebral. 4ª parte. *Senecta*, Sinapse. Rio de Janeiro, 7(4) 1984.
10. PINTO, L. G. & FERREIRA, M. T. R. Temas de lombalgia. *Senecta*, Sinapse: p. 3-8..Rio de Janeiro, 6(1) 1983.
11. WOLAMIN, M. C. Avaliação de Enfermagem. In: BURNSIDE, I. M. *Enfermagem e os idosos*. São Paulo, Organização Andrei, 1979. p.369-70.

Endereço do Autor: Maria Luísa Ávila Pilagatti
Author's Address: Rua Coronel Neves, 602 — Medianeira
90.000 — PORTO ALEGRE (RS) BRASIL