

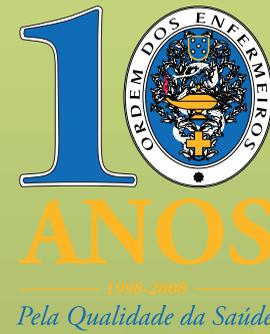
A EDITAR EM BREVE

SÉRIE I

GUIA DE BOA PRÁTICA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM  
À PESSOA COM TRAUMATISMO VERTEBRO-MEDULAR



Edição  
Ordem dos Enfermeiros



CADERNOS OE | SÉRIE I | NÚMERO 1 | GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA | DOR

# DOR

GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA  
CADERNOS OE | SÉRIE I | NÚMERO 1

# **DOR**

## **GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA**



Ordem dos Enfermeiros, 2008

## **FICHA TÉCNICA**

Título: DOR - Guia Orientador de Boa Prática

Trabalho desenvolvido por: Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem

Redactores: Grupo de Trabalho «O Enfermeiro na Prevenção e Controlo da Dor» – activo entre Fevereiro de 2005 a Dezembro de 2007

Enfermeiras:

Ana Maria Lopes Mateus (coordenadora do grupo)

Bebiana Maria Antunes Ferreira

Elizabete Maria Murcho Monforte

Filomena Maria Bravo Ferreira

Margarida Isabel Cardoso dos Santos Freitas Alvarenga

Maria de Fátima Vieira Silva

Maria Júlia Trigo da Ponte Tavares Leite

Colaboração dos peritos: Enfermeiros

Ana Leonor Alves Ribeiro

Ananda Maria Fernandes

Henrique José de Oliveira Dias

José Manuel Rodrigues Paulo

Luís Manuel Cunha Batalha

Edição: Ordem dos Enfermeiros – Junho de 2008

Revisão: Ordem dos Enfermeiros

Capa, paginação e impressão: DPI Cromotipo

Depósito Legal: 277637/08

ISBN: 978-972-99646-9-5

## SUMÁRIO

<b>MENSAGEM</b> .....	5
<b>PREFÁCIO</b> .....	7
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>1. FUNDAMENTAÇÃO</b> .....	11
<b>2. PRINCÍPIOS DA AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR</b> .....	13
<b>3. RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL</b> .....	15
<b>3.1 Prestação de cuidados</b> .....	15
3.1.1 Avaliação da dor.....	15
3.1.2 Controlo da dor.....	17
3.1.3 Ensino à pessoa / cuidador principal / família.....	18
3.1.4 Documentação.....	18
<b>3.2 Formação</b> .....	19
<b>3.3 Políticas Organizacionais</b> .....	20
<b>4. ALGORITMO PARA O CONTROLO DA DOR</b> .....	23
<b>GLOSSÁRIO</b> .....	25
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	27
<b>ANEXOS</b> .....	29
<b>Anexo I – História de Dor</b> .....	31
<b>Anexo II – Instrumentos de Avaliação da Dor</b> .....	35
<b>Anexo III – Características e Efeitos Colaterais da Terapêutica Analgésica</b> .....	41
<b>Anexo IV – Intervenções Não-Farmacológicas</b> .....	47
<b>Anexo V – Mitos, Crenças e Preconceitos</b> .....	51



## MENSAGEM

Caros leitores,

É com muita satisfação e especial orgulho que a Ordem dos Enfermeiros (OE) dá início à I série de «**Cadernos OE**» com a publicação da primeira obra – «**DOR – Guia Orientador de Boa Prática**».

Ao lançar esta iniciativa, o Conselho Directivo da OE tem como objectivo divulgar, junto dos membros e de todos aqueles que se interessam por temas de Saúde e por cuidados de Enfermagem, trabalhos que se entendam como instrumentos de suporte à promoção da qualidade dos cuidados de Enfermagem e que a OE vai produzindo, no quadro das suas atribuições.

Assim, e na perspectiva da diversidade das matérias, decorrente da sua natureza e finalidade, a divulgação do «**Cadernos OE**» tomará a forma de séries, o que facilitará a identificação por parte dos seus utilizadores.

A que agora se inicia – Série I – corresponderá sempre a guias orientadores de boas práticas.

Estou certa de que esta obra, como outras que se seguirão, se tornarão suportes para que, no seu quotidiano, os enfermeiros reforcem a sua capacidade de decisão clínica nas respostas em cuidados de Enfermagem àqueles que nos confiam o seu cuidado, dando sentido à imprescindibilidade da sua intervenção nos cuidados de saúde.

Por isso, acredito que este novo instrumento que a OE disponibiliza é também um meio de suporte ao desenvolvimento científico da profissão, à gestão dos cuidados e das organizações.

A concretização desta linha de intervenção da OE só é possível porque colegas disponibilizam o seu saber e o seu tempo, para com dedicação e esforço, podermos todos usufruir do trabalho construído.

Assim sendo, aqui expresso, em nome do Conselho Directivo da OE, o nosso muito obrigada àqueles que, no mandato anterior – Conselho de Enfermagem e Grupo de Trabalho «O Enfermeiro na Prevenção e Controlo da Dor» –, souberam, com persistência e rigor, tornar possível a publicação deste guia.

Para todos e cada um, o maior agradecimento virá, seguramente, da utilização que cada um de nós fará do que agora está ao nosso dispor.

Maria Augusta Sousa  
Bastonária da Ordem Enfermeiros



## PREFÁCIO

A publicação deste Guia de Boas Práticas tornou-se possível pela iniciativa do Conselho de Enfermagem do mandato 2004-2007 e pelo investimento por parte dos enfermeiros do Grupo de Trabalho «O Enfermeiro na Prevenção e Controlo da Dor» que, generosamente, disponibilizaram o seu tempo, pesquisaram e construíram o Guia e para ele congregaram as opiniões dos peritos consultados. Em 2008, apresentar o Guia no Dia Nacional de Luta Contra a Dor (14 de Junho), pretende assinalar a importância da valorização, da avaliação e do alívio da dor como elementos vitais no contributo para o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas.

Partindo da premissa que a prestação de cuidados de Enfermagem às pessoas – e em concreto às pessoas com sofrimento, como é o caso particular das pessoas com dor –, tem como finalidade a promoção do bem-estar, cabe ao enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias, ajuizando dos resultados. Trata-se, então, de conhecer e seguir os princípios científicos que relevam hoje o envolvimento da pessoa na avaliação e no tratamento da sua dor, bem como a finalidade do cuidado. Sendo claro que as intervenções de Enfermagem podem ter carácter autónomo ou interdependente, destacamos as autónomas, prescritas pelo enfermeiro, e, das interdependentes, a existência de protocolos cuja execução fica ligada à tomada de decisão casuística e concreta, adequada à pessoa singular, pelo enfermeiro.

A relação da dor com o sofrimento merece uma referência particular. Sabemos que a negação ou a desvalorização da dor do Outro é um erro ético no confronto com o sofrimento e a dor, bem como uma falha na excelência do exercício profissional. Sendo sintoma subjectivo, a dor corre o risco de estar colocada num quadro de análise que a considera «necessária» ou «inevitável» – e se sofrimento é o consentimento humano à finitude, a dor pode e deve ser avaliada, atenuada, mitigada. Ademais, seja o que for que se diga do sofrimento, ficará ainda muito distante do sofrimento vivido e da sua experiência, pois que é indizível. Assim, e com o que hoje sabemos do fenómeno da dor e dos factores que a influenciam, ao longo do ciclo vital, na diversidade de cada um, seja neonato ou idoso, em processo agudo, crónico ou paliativo, o que mais releva

e é realmente importante, é valorizar a dor, tomá-la verdadeiramente como «5.º sinal vital», avaliar e respeitar a avaliação que o Outro faz quando pode (pois que a intensidade da dor é a que a pessoa diz que é) e a que enfermeiro realiza por ele, quando o próprio não pode.

Votos que este Guia seja usado, apropriado, discutido, e que o desenvolvimento do conhecimento e da *praxis* conduzam à melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados.

Lucília Nunes  
Presidente do Conselho de Enfermagem

## INTRODUÇÃO

A Ordem dos Enfermeiros tem como desígnio fundamental promover a defesa da qualidade dos cuidados prestados à população, bem como desenvolver, controlar e regular o exercício profissional<sup>1</sup>. Neste âmbito, reconhece que os Guias Orientadores de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem constituem um contributo importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros<sup>2</sup>.

As boas práticas advêm da aplicação de linhas orientadoras baseadas na evidência científica disponível e na opinião de peritos. O objectivo é obter as melhores respostas na resolução de problemas de saúde específicos dos clientes, reflectindo um compromisso para partilhar a excelência a nível local e nacional<sup>3</sup>. Este Guia Orientador de Boa Prática toma como foco de atenção a dor, apresentando recomendações transversais para os cuidados à pessoa, cuidador principal e família, nas diversas fases do ciclo vital, qualquer que seja o ambiente em que estão inseridos. Cuidados específicos para o controlo da dor em função da idade, do tipo de dor, da situação clínica e do contexto de cuidados devem ser acrescentados a estas recomendações.

O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. Por esta razão, a Direcção-Geral da Saúde institui a dor como 5.º sinal vital, determinando como norma de boa prática que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas. O sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes<sup>4</sup>.

A Ordem dos Enfermeiros reconhece a necessidade de ampliar as boas práticas e uniformizar os cuidados à pessoa com dor, estabelecendo em 2005 uma parceria com a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor no âmbito da formação. Com a missão de promover a intervenção do enfermeiro no controlo da dor, é constituído o grupo de trabalho «O Enfermeiro na Prevenção e Controlo da Dor» que, entre outras iniciativas, realiza em Dezembro de 2006 um *workshop* nacional reunindo 45 enfermeiros de diferentes regiões do país, com experiência reconhecida na área da dor ao nível do ensino, investigação e prática.

O grupo de trabalho, em colaboração com um conjunto de peritos, fez uma análise das conclusões do *workshop*, suportada por pesquisa bibliográfica, da qual resulta o presente documento. As recomendações nele contidas baseiam-se em estudos descritivos não experimentais, na opinião consensual de peritos e nas evidências apresentadas em documentos nacionais e internacionais publicados por diversas autoridades de saúde e associações profissionais.

Este documento pretende contribuir para a qualidade do desempenho profissional dos enfermeiros através de uma prática orientada e sistemática e está organizado em quatro capítulos. Neles consta uma abordagem ao conceito de dor e ao papel do enfermeiro, os princípios centrais orientadores da prática de cuidados à pessoa com dor, cuidador principal e família, as recomendações para a prática profissional na área da prestação de cuidados, da formação e das políticas organizacionais e um algoritmo de actuação de Enfermagem no controlo da dor. Informação complementar útil para a compreensão das recomendações encontra-se em anexo.

## 1. FUNDAMENTAÇÃO

Dor é uma *experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão*<sup>5</sup>.

Nos últimos anos, a dor tem sido contextualizada como uma experiência individual subjectiva e multidimensional. Factores fisiológicos, sensoriais, afectivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais intervêm e contribuem para a sua subjectividade.

O interesse da comunidade científica por esta área é crescente, permitindo avanços na sua prevenção e tratamento, que colocam novos desafios à prática de cuidados.

A dor, *sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de auto-protecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, comportamento de distracção, inquietação e perda de apetite, compromisso do processo de pensamento*<sup>6</sup>, perturba e interfere na qualidade de vida da pessoa, pelo que o seu controlo é um objectivo prioritário. São múltiplas as barreiras ao controlo da dor que se colocam à pessoa ao longo do ciclo vital, em particular aos grupos mais vulneráveis. Apesar dos avanços, persistem mitos, falsos conceitos e informação desadequada em todos os intervenientes – doentes, profissionais e instituições.

Um compromisso de equipa na abordagem da dor é fundamental para a sua avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento, devendo incluir a participação da pessoa que sente dor, do cuidador principal e família enquanto parceiros de cuidados.

Estratégias de educação, formação e ensino de todos os intervenientes são essenciais para o desenvolvimento de boas práticas nos diversos contextos de intervenção profissional.

No âmbito das suas competências nos domínios da *prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional*<sup>7</sup>, o enfermeiro toma por foco de atenção a dor contribuindo para a *satisfação do cliente, o bem-estar e o auto-cuidado*<sup>2</sup>. Enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor.



## 2. PRINCÍPIOS DA AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR

1. Toda a pessoa tem direito ao melhor controlo da dor<sup>8,9</sup>;
2. A dor é uma experiência subjectiva, multidimensional, única e dinâmica<sup>5</sup>;
3. A dor pode existir mesmo na ausência de causas identificadas<sup>5</sup>;
4. A percepção e a expressão da dor variam na mesma pessoa e de pessoa para pessoa, de acordo com as características individuais, a história de vida, o processo de saúde / doença e o contexto onde se encontra inserida<sup>5</sup>;
5. A competência para avaliação e controlo da dor exige formação contínua<sup>9</sup>;
6. A avaliação da dor pressupõe a utilização de instrumentos de avaliação<sup>4</sup>;
7. O controlo da dor requer uma abordagem multidisciplinar coordenada<sup>10</sup>;
8. Os cuidadores principais e a família são parceiros activos no controlo da dor<sup>11</sup>;
9. A tomada de decisão sobre o controlo da dor requer a colaboração da pessoa, dos cuidadores e da família<sup>9</sup>;
10. A dor não controlada tem consequências imediatas e a longo prazo pelo que deve ser prevenida<sup>9</sup>;
11. Os enfermeiros têm o dever ético e legal de advogar uma mudança do plano de tratamento quando o alívio da dor é inadequado<sup>12</sup>;
12. Os enfermeiros devem participar na avaliação formal do processo e dos resultados no controlo da dor ao nível organizacional<sup>9,13</sup>;
13. Os enfermeiros têm a responsabilidade de se articular com outros profissionais de saúde na proposta de mudanças organizacionais que facilitem a melhoria das práticas de controlo da dor<sup>9,12</sup>;
14. Os enfermeiros devem defender a mudança das políticas e alocação de recursos que sustentem o controlo efectivo da dor<sup>9</sup>.



### 3. RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

As recomendações para a prática profissional dos enfermeiros dizem respeito à prestação de cuidados, à formação e às políticas organizacionais.

#### 3.1 Prestação de Cuidados

A prestação de cuidados de Enfermagem engloba dois tipos de intervenções: autónomas e interdependentes. As intervenções autónomas são de *exclusiva iniciativa e responsabilidade do enfermeiro*<sup>14</sup> isto é, o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua prescrição, execução e avaliação. As intervenções interdependentes são de complementaridade e iniciam-se na prescrição elaborada por outro técnico da equipa de saúde<sup>14</sup>. É o caso das prescrições farmacológicas, em que a responsabilidade pela prescrição é do médico, cabendo ao enfermeiro a responsabilidade de assegurar a sua execução e monitorizar os seus efeitos.

A prestação de cuidados à pessoa com dor inclui a avaliação, o controlo e o ensino, devendo todas as intervenções ser documentadas.

##### 3.1.1 Avaliação da dor

A avaliação é fundamental para o controlo da dor. Margo McCaffery<sup>15</sup> salienta o carácter pessoal e subjectivo da experiência de dor dando relevância ao auto-relato, ao afirmar que dor é *aquilo que a pessoa que a experiencia diz que é, existindo sempre que ela diz que existe*.

Considerada como o 5.º sinal vital<sup>4</sup>, a dor passou a ter expressão formal e regular nos padrões de documentação de cuidados.

Assim, recomenda-se:

1. Reconhecer que a pessoa é o melhor avaliador da sua própria dor;
2. Acreditar sempre na pessoa que sente dor<sup>11</sup>;
3. Privilegiar o auto-relato como fonte de informação da presença de dor na pessoa com capacidades de comunicação e com funções cognitivas mantidas<sup>16</sup>;

4. Avaliar a dor de forma regular e sistemática, desde o primeiro contacto, pelo menos uma vez por turno e / ou de acordo com protocolos instituídos;
5. Colher dados sobre a história de dor considerando os seguintes parâmetros (Anexo I):
  - a) Exame físico;
  - b) Descrição das características da dor: Localização / Qualidade / Intensidade / Duração / Frequência
  - c) Formas de comunicar a dor / expressões de dor;
  - d) Factores de alívio e de agravamento;
  - e) Estratégias de *coping*;
  - f) Implicações da dor nas actividades de vida;
  - g) Conhecimento / entendimento acerca da doença;
  - h) Impacto emocional, sócio-económico e espiritual da dor;
  - i) Sintomas associados;
  - j) Descrição do uso e efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas.
6. Escolher os instrumentos de avaliação de dor atendendo a: tipo de dor; idade; situação clínica; propriedades psicométricas; critérios de interpretação; escala de quantificação comparável\*; facilidade de aplicação; experiência de utilização em outros locais<sup>17</sup>;
7. Avaliar a intensidade da dor privilegiando instrumentos de auto-avaliação, considerando a ordem de prioridade (Anexo II):
  - Escala Visual Analógica (EVA);
  - Escala Numérica (EN);
  - Escala de Faces (EF);
  - Escala Qualitativa (EQ).
8. Assegurar a compreensão das escalas de auto-relato pela pessoa / cuidador principal / família, após ensino;

---

\* No sentido de na mesma instituição se utilizarem preferencialmente escalas com o mesmo intervalo.

9. Avaliar a dor nas crianças pré-verbais e nas pessoas com incapacidade de comunicação verbal e / ou com alterações cognitivas, com base em indicadores fisiológicos e comportamentais, utilizando escalas de hetero-avaliação;
10. Manter a mesma escala de intensidade em todas as avaliações, na mesma pessoa, excepto se a situação clínica justificar a sua mudança;
11. Ensinar a pessoa / cuidador principal / família sobre a utilização de instrumentos de avaliação da dor e sua documentação;
12. Garantir a comunicação dos resultados da avaliação da dor aos membros da equipa multidisciplinar, mesmo que se verifique transferência para outras áreas de intervenção.

### 3.1.2 Controlo da dor

O controlo da dor compreende as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento. Sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa.

Assim, recomenda-se:

13. Colaborar com os restantes elementos da equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenção para o controlo da dor, coerente com os objectivos da pessoa;
14. Contribuir com dados relevantes sobre a individualidade da pessoa para a selecção mais adequada dos analgésicos e das vias de administração;
15. Envolver a pessoa / cuidador principal / família / na definição e reajustamento do plano terapêutico;
16. Ajustar o plano terapêutico de acordo com os resultados da reavaliação e com os recursos disponíveis;
17. Conhecer as indicações, as contra-indicações e os efeitos colaterais dos fármacos utilizados no controlo da dor e as interacções medicamentosas;
18. Prevenir e controlar os efeitos colaterais mais frequentes da terapêutica analgésica (Anexo III);

19. Vigiar a segurança da terapêutica analgésica;
20. Prevenir e tratar a dor decorrente de intervenções de Enfermagem e de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos;
21. Conhecer as indicações, as contra-indicações e os efeitos colaterais das intervenções não farmacológicas (Anexo IV);
22. Utilizar intervenções não farmacológicas em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica;
23. Seleccionar as intervenções não farmacológicas considerando as preferências da pessoa, os objectivos do tratamento e a evidência científica disponível.

### 3.1.3 Ensino à pessoa / cuidador principal / família

O envolvimento da pessoa no controlo da dor respeita o princípio ético da autonomia.

Assim, recomenda-se:

24. Ensinar acerca da dor e das medidas de controlo;
25. Instruir e treinar para o auto-controlo na utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas;
26. Ensinar acerca dos efeitos colaterais da terapêutica analgésica;
27. Instruir sobre as medidas de controlo dos efeitos colaterais dos opióides;
28. Ensinar sobre os mitos que dificultam o controlo da dor (Anexo V);
29. Instruir sobre a necessidade de alertar precocemente os profissionais de saúde para o agravamento da dor, as mudanças no seu padrão, novas fontes e tipos de dor e efeitos colaterais da terapêutica analgésica;
30. Fornecer informação escrita que reforce o ensino.

### 3.1.4 Documentação

De acordo com o Código Deontológico<sup>10</sup> o *enfermeiro deve assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas*. Nas Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais<sup>7</sup> está definido

que o enfermeiro: *comunica com consistência informação relevante, correcta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e electrónica, no respeito pela sua área de competência.*

A importância de um sistema de registos está enunciada nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem<sup>2</sup>. O sistema, deve incorporar as necessidades de cuidados, as intervenções de Enfermagem e os resultados sensíveis a essas intervenções.

A importância dos registos decorre ainda da necessidade de obter dados para a avaliação da qualidade, análise epidemiológica e investigação.

Assim, recomenda-se:

31. Incluir informação da história de dor no suporte de registo da apreciação inicial;
32. Registrar a intensidade da dor no suporte de registo dos sinais vitais em uso pelos serviços prestadores de cuidados<sup>4</sup>;
33. Registrar sistematicamente as intervenções farmacológicas e não farmacológicas, os seus efeitos, bem como as mudanças do plano terapêutico;
34. Fornecer à pessoa / cuidador principal / família uma estratégia simples de documentar no domicílio o efeito da terapêutica analgésica e seus efeitos colaterais;
35. Promover a utilização de um diário de dor como facilitador do auto-controlo e da continuidade dos cuidados.

### **3.2 Formação**

A aquisição e actualização de conhecimentos sobre dor é uma responsabilidade que deve ser partilhada pelas instituições de ensino, de prestação de cuidados e pelos enfermeiros individualmente.

Assim, recomenda-se:

36. Incluir nos currículos da formação, pré e pós-graduada em Enfermagem, as matérias recomendadas pela *International Association for the Study of Pain* (IASP) para a formação dos enfermeiros<sup>18</sup>;

37. Planear a formação contínua de forma a garantir a actualização dos conhecimentos, habilidades, atitudes e crenças acerca da avaliação e controlo da dor, e a incorporação de novas práticas;
38. Incluir nos programas de integração de enfermeiros nas instituições as políticas e as orientações da organização para a avaliação e controlo da dor;
39. Incluir na formação em contexto de trabalho, a reflexão sobre as práticas de cuidados.

### **3.3 Políticas Organizacionais**

A efectividade do controlo da dor decorre do compromisso das instituições de saúde. Os enfermeiros com responsabilidade na gestão das organizações de saúde devem promover políticas organizacionais de controlo da dor.

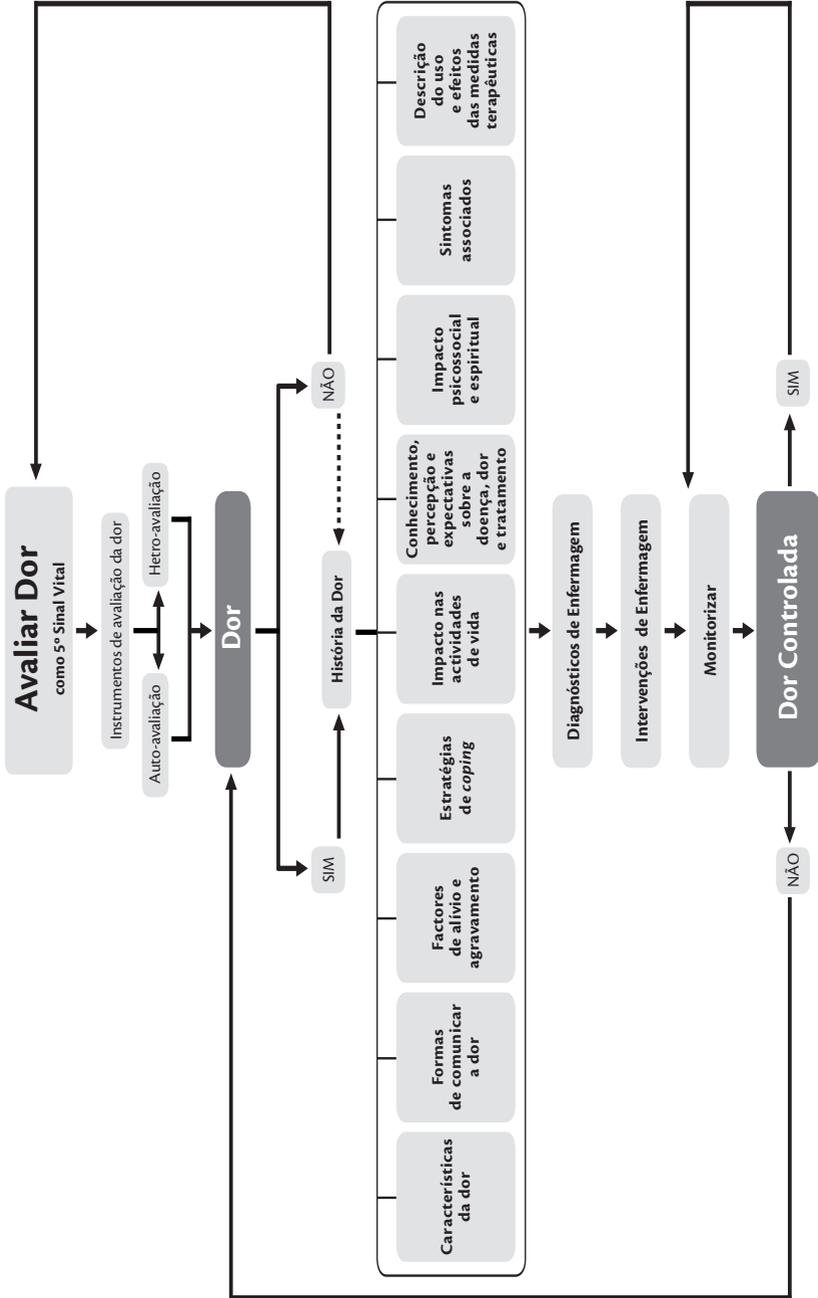
Assim, recomenda-se:

40. Explicitar na política organizacional o compromisso de promover o controlo da dor;
41. Definir indicadores de qualidade e implementar sistemas de auditoria para avaliação da qualidade no controlo da dor;
42. Divulgar a existência das unidades de dor e das condições de acesso junto das instituições de saúde, seus profissionais e utilizadores;
43. Instituir a abordagem multidisciplinar no controlo da dor;
44. Adotar guias de boa prática e elaborar normas de orientação clínica para a avaliação e controlo da dor;
45. Implementar sistemas de documentação que suportem uma abordagem padronizada de avaliação e controlo da dor;
46. Garantir a articulação e a partilha de informação entre serviços e níveis de cuidados de forma a assegurar a continuidade do controlo da dor;
47. Criar condições para o ensino e participação da pessoa / cuidador principal / família na avaliação e controlo da dor;
48. Garantir a presença de enfermeiros com formação e treino adequado, a tempo completo nas unidades de dor;

49. Adotar na metodologia de organização de trabalho, o enfermeiro de referência, para o efectivo controlo da dor;
50. Incluir os enfermeiros na elaboração e revisão das políticas, guias e normas de orientação clínica para a avaliação e controlo da dor;
51. Proporcionar a todos os enfermeiros da organização o acesso regular a programas de formação em serviço acerca da avaliação e controlo da dor;
52. Promover o acesso a programas de formação avançada sobre dor, em particular aos enfermeiros que trabalham em unidades de dor crónica;
53. Promover a realização de estudos que conduzam à inovação dos cuidados de Enfermagem na avaliação e controlo da dor.



## 4. ALGORITMO PARA O CONTROLO DA DOR





## GLOSSÁRIO

<b>Auto-controlo da dor</b>	Processo dinâmico de estratégias e / ou acções coordenadas, realizadas pelo próprio, que têm por objectivo eliminar, diminuir a intensidade ou aumentar a tolerância à dor, de modo a manter-se confortável.
<b>Auto-relato / auto-avaliação</b>	Relato ou avaliação da dor efectuada pela pessoa que a experiência.
<b>Avaliar</b>	Processo contínuo de medir o progresso ou extensão em que os objectivos estabelecidos foram atingidos.
<b>Controlo da dor</b>	Processo dinâmico de estratégias e / ou acções coordenadas, que têm por objectivo prevenir, avaliar e tratar a dor.
<b>Coping</b>	Ajustamento que consiste em esforços cognitivos e comportamentais destinados a gerir (reduzir, minimizar, controlar ou tolerar) as exigências internas e externas de interacção entre o indivíduo e o ambiente, que ameaçam ou ultrapassam os recursos da pessoa.
<b>Dependência física</b>	Ocorrência de uma síndrome de abstinência aquando da redução abrupta da dose de opióides após a sua administração regular durante alguns dias.
<b>Dor</b>	Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real, ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão.
<b>Dor aguda</b>	Dor de início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e / ou causal.
<b>Dor crónica</b>	Dor prolongada no tempo, normalmente com difícil identificação temporal e / ou causal, que causa sofrimento, podendo manifestar-se com várias características e gerar diversas situações patológicas.
<b>Dor irruptiva</b>	Exacerbação transitória da dor, que surge sobre uma dor crónica controlada.
<b>Educar</b>	Transmitir conhecimentos sobre alguma coisa a alguém.
<b>Ensinar</b>	Dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde.
<b>Hetero-avaliação</b>	Observação de indicadores comportamentais, fisiológicos ou ambos, efectuada por outra pessoa que não a que experiencia a dor.
<b>Informar</b>	Comunicar alguma coisa a alguém.

*continua*

<b>Instruir</b>	Fornecer informação sistematizada a alguém, sobre como fazer alguma coisa.
<b>Intervenções farmacológicas</b>	Administração de fármacos para prevenção e / ou tratamento da dor.
<b>Intervenções não farmacológicas</b>	Aplicação de métodos ou técnicas para prevenção e / ou tratamento da dor que não envolvem a administração de fármacos.
<b>Limiar de dor</b>	Limiar de dor é o estímulo de menor intensidade necessário para o indivíduo perceber a dor. Refere o ponto no qual uma dada sensação é fisicamente percebida como dolorosa. Os limiares de dor também variam de indivíduo para indivíduo, mas não variam segundo factores étnicos ou culturais. O que varia de acordo com factores culturais é a resposta à dor, porque é um comportamento aprendido e reflecte a atitude da pessoa perante a dor.
<b>Monitorizar</b>	Escrutinar em ocasiões repetidas ou regulares, alguém ou alguma coisa.
<b>Norma</b>	Conjunto de critérios a aplicar na tomada de decisões acerca dos cuidados de saúde em situações clínicas específicas.
<b>Protocolo</b>	Conjunto de regras que tornam possível a execução de um programa de modo eficiente e sem erros.
<b>Registar</b>	Formular uma evidência ou informação que constitui o testemunho do que ocorreu ou foi dito.
<b>Tolerância</b>	Necessidade crescente na utilização de doses maiores para obter o mesmo grau de analgesia.
<b>Tolerância à dor</b>	Tolerância à dor « <i>é a maior intensidade de estimulação dolorosa que um indivíduo é capaz de tolerar</i> » (IASP). Esta tolerância é diferente entre os indivíduos, mas pode também variar no mesmo indivíduo em diferentes situações ou contextos.
<b>Treinar</b>	Desenvolver as capacidades de alguém ou o funcionamento de alguma coisa.
<b>Vigiar</b>	Averiguar minuciosamente alguém ou alguma coisa de forma repetida e regular ao longo do tempo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DECRETO-LEI n.º 104/98. D.R. I Série A. 93 (98-04-21) 1739-1757.
2. ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Conselho de Enfermagem, 2001, 16 p.
3. NATIONAL HEALTH SYSTEM QUALITY IMPROVEMENT SCOTLAND – **Urinary Catheterisation & Catheter Care**. Edinburgh: NHS Quality Improvement Scotland, 2004. ISBN 1-84404-284-5. 48p.
4. CIRCULAR NORMATIVA n.º 9/DGCG. 2003 – **A dor como 5º sinal vital. Registo sistémático da intensidade da dor**. Lisboa: DGS. 4 p.
5. IASP – **Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. In Classification of Chronic Pain**. 2ª ed. Editores: Harold Merskey, Nikolai Bogduk, 1994. ISBN 0-931092-05-1. p. 210-213.
6. CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (CIPE/ICNP) – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 1.0**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006. ISBN 92-95040-36-8. 210 p.
7. ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Competências do enfermeiro de cuidados gerais**. Lisboa: Conselho de Enfermagem, 2003, 24 p.
8. TEXAS MEDICAL ASSOCIATION – **Patient Rights and Organization Ethics**. JCAHO Standards for Pain Management, 2001. Disponível em: <http://www.texmed.org/> Acedido em 19.09.2007.
9. REGISTERED NURSES ASSOCIATION of ONTARIO – **Assessment and Management of Pain**. Toronto: RNAO, 2002. ISBN 0-920166-34-2. 147 p.
10. ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código Deontológico dos Enfermeiros: anotações e comentários**. Lisboa: OE, 2003, 187 p.
11. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Plano Nacional de Luta Contra a Dor**. Lisboa: DGS, 2001. ISBN 972-9425-95-7. 60 p.
12. ORDEM DOS ENFERMEIROS, Conselho Jurisdicional – **Parecer 120/2007** – «perante uma pessoa com dor, o enfermeiro tem o dever de prestar cuidados que a elimine ou diminua de intensidade, sempre que o cuidado apropriado implique prescrição de fármacos, é seu dever, num agir em complementaridade, no respeito pelo direito ao cuidado em tempo útil da pessoa que sofre, comunicar ao médico a avaliação feita. Se a prescrição existir previamente formalizada através de um plano terapêutico ou protocolo que se manifeste desadequada para a situação em concreto, deve o enfermeiro, igualmente comunicar ao médico os novos dados de avaliação recolhidos, no sentido de uma eventual alteração, se for esse o seu entendimento, no âmbito da sua responsabilidade de prescriptor.» Cf. igualmente ROYAL COLLEGE of NURSING – **The recognition and assessment of acute pain in children: Technical Report**. London: RCN, 2001. Disponível em: <http://www.rcn.org.uk/publications/pdf/guidelines/cpgcontents.pdf>. Acedido em: 19.09.2007.
13. THE PAIN SOCIETY – **Recommendation for Nursing Practice in Pain Management**. London: The Pain Society, 2002, 64 p.
14. DECRETO-LEI n.º 161/96. D.R. I Série A. 205 (96-9-4) 2959-2962.
15. MCCAFFERY Margo, PASERO Chris – **Pain: clinical manual**. 2ª ed. St. Louis: Mosby, 1999. ISBN 0-8151-5609-X. 398 p.

16. FRANCK LS [et.al.]. **Pain assessment in infants and children.** *Pediatr Clin North Am.* ISSN 0031-3955. 47: 3 (2000) 487-512.
17. BATALHA, Luís Manuel Cunha. **As dificuldades na quantificação exacta da dor.** *Servir.* ISSN 53:4 (2005) 166-174.
18. INTERNATIONAL ASSOCIATION for THE STUDY of PAIN – **Core Curriculum for Professional Education in Pain.** 3ª ed. Ed J. Edmond Charlton, 2005. ISBN 0-931092-65-5. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/>. Acedido em: 19.09.2007.

## **ANEXOS**



**Anexo I**  
**HISTÓRIA DE DOR**



## Anexo I – História de Dor

Informação a obter		Exemplos
Características da dor	<b>Evolução: duração e padrão</b>	<b>Há quanto tempo tem dor? É uma dor contínua, intermitente, episódica?</b>
	<b>Localização</b>	<b>Onde é que dói? Descreva o local da dor. Irradia?</b> (Pode ser útil o uso de um diagrama corporal).
	<b>Qualidade</b>	<b>Como descreve a sua dor?</b> (Ajuda a identificar as características de um tipo específico de dor. O cliente deve ser estimulado a utilizar palavras que melhor descrevem a sua dor como moedeira, tipo queimadura, facada, formigueiro, etc.)
	<b>Intensidade</b>	<b>Qual a intensidade da dor?</b> (Utilize instrumentos de avaliação da intensidade da dor)
<b>Formas habituais de comunicar / manifestar / expressar a dor</b>		<b>De que forma é que habitualmente a pessoa expressa dor? Comunica habitualmente a sua dor e a quem?</b> Ex.: silêncio, linguagem própria, choro, gemido, fúrias, etc.
<b>Factores de alívio e agravamento</b>		<b>O que é que alivia e / ou agrava a sua dor?</b> Ex.: mudança de posição, calor, frio, movimento, tosse, respiração, analgesia, repouso, etc.
<b>Estratégias de Coping</b>		<b>O que faz quando tem dor?</b>
<b>Impacto nas actividades de vida</b>		<b>De que forma a presença de dor afecta a sua vida?</b> Ex: interferência no sono, repouso, trabalho, apetite, mobilidade, sexualidade, nas actividades sociais e de lazer, no humor, etc.
<b>Conhecimento / Percepção acerca da doença / Expectativas acerca da dor e tratamento</b>		<b>A que atribui esta dor? O que espera do tratamento?</b> (Explorar a percepção da pessoa, crenças acerca da dor e o que espera do seu controlo).
<b>Impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalho</li> <li>• Actividades de lazer</li> <li>• Relações pessoais</li> <li>• Estado emocional</li> </ul>		<b>Como é que a dor afecta o seu trabalho e a sua relação com os outros?</b> <b>A presença da dor afecta-o psicologicamente?</b> <b>A presença da dor afecta-o espiritualmente?</b> Ex: interferência no emprego, actividades sociais, relacionamento com os outros. Identificar preocupações, atitudes, estados de humor. Significado da dor e sofrimento, razão de viver, mudança de papéis na sociedade e família, confronto com as crenças acerca da vida e morte.

continua

Informação a obter	Exemplos
<p><b>Sintomas associados</b></p>	<p><b>Que outros sintomas acompanham a sua dor? Qual a sua intensidade?</b>                      Identificar outros sintomas que acompanham a dor, tais como: obstipação, fadiga, náusea, insónia, perda de apetite.</p>
<p><b>Descrição do uso e efeito das medidas farmacológicas e não-farmacológicas</b></p>	<p><b>Que tratamento realizou? Qual a sua eficácia? Teve efeitos secundários à terapêutica?</b>                      História detalhada da medicação. Registrar efeitos secundários. Consumo de analgésicos e sua eficácia. Técnicas não-farmacológicas e seus efeitos.</p>

## Bibliografia

- AMERICAN PAIN SOCIETY QUALITY OF CARE COMMITTEE. **Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain.** *JAMA*, 1995, 23: 1874-80.
- BATALHA, Luís Manuel Cunha. **As dificuldades na quantificação exacta da dor.** *Servir* 2005, 53 :4(2005) 166-74.
- CARR DB, GOUDAS LC. **Acute pain.** *Lancet*, 1999, 2051-8.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Plano Nacional de Luta Contra a Dor.** Lisboa: DGS, 2001.
- INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT. **Health care Guideline: assessment and management of Acute Pain.** Minnesota: ICSI, 2001.
- McCAFFERY M, PASERO C. **Pain: clinical manual.** 2ª ed. St. Louis: Mosby, 1999.
- NHS Quality Improvement Scotland. **The management of pain in Patients with Cancer.** Edinburgh: NHS Quality Improvement Scotland, 2004.
- SLEZAK J; HACOBIAN A. **História e exame clínico.** In: Ballantyne J. Massachusetts General Hospital Manual de controle da dor. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guannabara Koogan, 2004, 41-51.

**Anexo II**  
**INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DOR**



## Anexo II – Instrumentos de Avaliação da Dor

Escala	Tipo de Dor	População Alvo	Comentários
<b>Escala visual analógica (EVA)<sup>1</sup></b>	Todos os tipos	≥ 6 anos de idade	Escala de referência na avaliação da dor. Utilização descrita na Circular Normativa n.º 9/DGCG, 2003.
<b>Escala de avaliação numérica (EAN)<sup>2</sup></b>	Todos os tipos	≥ 6 anos de idade (saber contar com noção de grandeza numérica)	Pode ser usada sem instrumento físico. Sensível ao efeito de memória. Utilização descrita na Circular Normativa n.º 9/DGCG, 2003.
<b>Escala Qualitativa<sup>3</sup></b>	Todos os tipos	≥ a 4 anos de idade	Pode ser usada sem instrumento físico. Sensível ao efeito de memória. Ausência de consenso dos adjectivos a usar. Utilização descrita na Circular Normativa n.º 9/DGCG, 2003.
<b>Escala de Faces Wong Baker<sup>4,5</sup></b> (Wong Baker Faces Pain Scale)	Todos os tipos	≥ a 3 anos de idade	Pode predispor a avaliar mais a dimensão emocional que sensorial da dor. Utilização descrita na Circular Normativa n.º 9/DGCG, 2003.
<b>Escala de Faces Revista<sup>6</sup></b> (Faces Pain Scale – Revised)	Todos os tipos	≥ a 4 anos de idade	Recomendada pela IASP.
<b>Escala EDIN<sup>7,8</sup></b> (Échelle Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né)	Todos os tipos	RN (≥ 25 semanas de gestação) usada (em alguns locais) até ao 1 ano de idade	Escala de avaliação comportamental. Com reprodutibilidade para a população portuguesa.
<b>Escala NIPS<sup>9</sup></b> (Neonatal Infant Pain Scale)	Dor aguda	RN (≥ 24 semanas de gestação)	Não pode ser usada em RN com entubação traqueal.

continua

<b>Escala</b>	<b>Tipo de Dor</b>	<b>População Alvo</b>	<b>Comentários</b>
<b>Escala NFCS reduzida<sup>10</sup></b> ( <i>Neonatal Facial Coding System</i> )	Dor aguda	≤ 18 meses	Requer treino do profissional de saúde para a sua utilização. Dificuldades de implementação na prática diária.
<b>Escala OPS<sup>11,12</sup></b> ( <i>Objective Pain Scale</i> )	Dor aguda	≤ 18 anos	Facilidade de aplicação. De referência na validação de outras escalas. Com reprodutibilidade para a população portuguesa. A avaliação da TA pode interferir na sua aplicação.
<b>Escala FLACC<sup>13</sup></b> ( <i>Face, Legs, Activity, Cry, Consolability</i> )	Dor aguda	≤ 19 anos	Facilidade de aplicação.
<b>DOLOPLUS 2<sup>14,15</sup></b>	Dor crónica	≥ 65 anos com alterações cognitivas	Escala multidimensional que avalia as repercussões somáticas, psicomotoras e psico-sociais. A pontuação obtida no subgrupo repercussões somáticas é a mais sugestiva de presença de dor. Validada para a população portuguesa.
<b>Escala PAINAD<sup>16</sup></b> ( <i>Pain Assessment in Advanced Dementia</i> )	Todos os tipos	Idosos com demência	Sensível e de aplicação rápida. Escala simples e fiável para medir a dor em doentes não comunicantes.
<b>Escala DESS<sup>17,18</sup></b> ( <i>Douleur Enfant San Salvador</i> )	Todos os tipos	Crianças com deficiência motora	Exige o preenchimento de um dossier de base.

*continua*

Escala	Tipo de Dor	População Alvo	Comentários
<b>Questionário MPQ<sup>19</sup></b> ( <i>McGill Pain Questionnaire</i> )	Dor crónica também aplicável à dor aguda	≥ a partir dos 10 anos	Identifica bem a dor neuropática. Identifica as implicações afectivas da dor. Requer pessoal treinado. É de difícil compreensão. Tempo de aplicação longo.
<b>Inventário BPI<sup>20</sup></b> ( <i>Brief Pain Inventory</i> )	Dor crónica	≥ 10 anos	Simple e de fácil interpretação.

## Bibliografia

- SCOTT J, HUSKISSON EC. **Graphic representation of pain.** *Pain.* 1979, 2: 175-184.
- DOWNIE WW, LEATHAM PA, RHIND VM, WRIGHT V, BRANCO JA, ANDERSON JA. **Studies with pain rating scales.** *Ann Rheum Dis.* 1978,37(4): 378-81.
- KEELE KD. **The pain chart.** *Lancet* 1948, 2: 6–8.
- WONG DL, BAKER CM. **Pain in children: comparison of assessment scales.** *Pediatr Nurs.* 1988, 14: 9-17.
- KECK JF, GERKENSMEYER JE, JOYCE BA, SCHADE JG. **Reliability and validity of the Faces and Word Descriptor scales to measure procedural pain.** *J Pediatr Nurs.* 1996, 11(6): 368-374.
- HICKS CL, BAEYER CL, SPAFFORD PA, KORLAAR IV, GOODENOUGH B. **The faces pain scale-revised: toward a common metric in pediatric pain measurement.** *Pain.* 2001, 93: 173-183.
- DEBILLON T, SGAGGERO B, ZUPAN V, TRES F, MAGNY JF, BOUGUIN MA. **Sémeiologie de la douleur chez le prématuré.** *Arch Pediatr.* 1994, 1: 1085-1092.
- BATALHA L, SANTOS LA, GUIMARÃES H. **Avaliação de dor e desconforto no recém-nascido.** *Acta Pediátrica Portuguesa.* 2003, 34(3): 159-163.
- LAWRENCE J, ALCOCK D, MCGRATH P, KAY J, MACMURRAY SB, DULBERG C. **The development of a tool to assess neonatal pain.** *Neonatal Network* 1993, 12: 59-66.
- LILLEY CM, CRAIG KD, GRUNAU RE. **The expression of pain in infants and toddlers: developmental changes in facial action.** *Pain;* 1997, 72:161-170.
- HANNALLAH RS, BROADMAN LM, BELMAN AB, ABRAMOWITZ MD, EPSTEIN BS. **Comparison of caudal and ilioinguinal / iliohypogastric nerve blocks for control of post-orchiopey pain paediatric ambulatory surgery.** *Anesthesiology.* 1987, 66, 832-834.
- BATALHA L, SANTOS LA, GUIMARÃES H. **Avaliação da dor na criança pré-verbal.** *Saúde Infantil.* 2003, 25 (3):35-44.
- VOEPEL-LEWIS T, MALVIYA S, TAIT AR. **Validity of parent ratings as proxy measures of pain in children with cognitive impairment.** *Pain Manag Nurs.* 2005 Dec;6(4):168-7.

- 14 LEFEBVRE-CHAPIRO S. **The DOLOPLUS 2 scale-evaluating pain in the elderly.** European Journal of Palliative Care, 2001, 8(5): 191-194.
- 15 GUARDA, H. – **Avaliação da Dor na Pessoa Idosa Não-Comunicante Verbalmente** – Escala Doloplus 2. in Revista DOR, 2007, Vol.I , n.º 15, pág. 42-47.
- 16 WARDEN V, HURLEY AC, VOLICER L. **Development and psychometric evaluation of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale.** J Am Med Dir Assoc. 2003, 4:9-15.
- 17 COLLIGNON, P.; GIUSIANO, B.; BOUTIN, A. M.; COMBE, J. C. **Utilisation d'une échelle d'hétéro-évaluation de la douleur chez le sujet sévèrement polyhandicapé. Douleur et Analgésie,** 1997, 1 : 27-32.
- 18 FONDATION CNP POUR LA SANTE. **La douleur chez la personne polyhandicapée. Guide pratique sur l'utilisation de la grille D.E.S.S. (Douleur Enfant San Salvadour): première échelle validée d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne polyhandicapée.** Disponível em [www: <http://www.cnp.fr/fre/documents/pdf/livret2.pdf>](http://www.cnp.fr/fre/documents/pdf/livret2.pdf) Acedido em Setembro de 2007.
- 19 MELZACK R. **The McGill Pain Questionnaire: Major Properties and Scoring Methods.** Pain 1975, 1: 277-99.
- 20 CLEELAND CS, RYAN KM. **Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory.** Ann Acad. Med. Singapore. 1994, 23(2): 129-38.

**Anexo III**  
**CARACTERÍSTICAS E EFEITOS COLATERAIS**  
**DA TERAPÊUTICA ANALGÉSICA**



## Anexo III – Características e Efeitos Colaterais da Terapêutica Analgésica

Grupo de Fármacos	Características Principais	Efeitos Colaterais Mais Frequentes
<b>NÃO OPIÓIDES</b> PARACETAMOL	Inibe a síntese central das prostaglandinas; Intervém nos mecanismos de modulação descendente.	Risco de hepatotoxicidade se ultrapassadas doses recomendadas.
AINÉ's (AAS, Diclofenac, Ibuprofeno, Nimesulide, Tenoxicam, Naproxeno, Clonixina, Ketorolac, etc)	Interferem nos mecanismos de transdução; Inibidores da síntese das prostaglandinas; Antiagregantes plaquetários	Dispepsia;  Riscos: hemorragia, úlcera gástrica, insuficiência renal aguda, insuficiência hepática;
AINÉ's inibidores da COX2 (Celecoxib, Etoricoxibe, etc)	Inibidores selectivos da Ciclooxygenase 2.	Menos agressivos para o tubo digestivo; Riscos: insuficiência renal aguda – menor risco para os inibidores selectivos da Cox2.
<b>OPIÓIDES</b> FRACOS (Tramadol, Codeína, etc)  FORTES (Morfina, Fentanil, etc)	Intervêm nos mecanismos de modulação e de percepção; Analgésia a nível: Supra espinal, por activação das vias inibitórias descendentes e inibição da actividade neuronal; Espinal, por inibição pré e pós sináptica da transmissão das fibras; predominantemente aferentes na medula espinal; Periférico, por ligação aos receptores opióides em tecidos inflamados.	Estase gástrica, náuseas, vômitos, obstipação, sedação, sonolência, prurido, retenção urinária; Risco de hipotensão e depressão respiratória em doentes de maior sensibilidade ou com doses desajustadas.

*continua*

Grupo de Fármacos	Características Principais	Efeitos Colaterais Mais Frequentes
<p><b>ADJUVANTES</b>                      ANTIDEPRESSIVOS                      TRICÍCLICOS                      (Amitriptilina, Nortriptilina, Imipramina, etc):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inibidores da recaptação da serotonina / noradrenalina</li> <li>• Inibidores selectivos da recaptação da serotonina (Paroxetina, Escitalopram)</li> </ul>	<p>O efeito analgésico é independente do efeito antidepressivo.</p>	<p>Sedação, efeitos anticolinérgicos (retenção urinária, quadros confusionais, aumento da pressão intra-ocular, xerostomia, obstipação), hipotensão ortostática, alterações do ritmo cardíaco, agravamento de diabetes pré-existente.</p>
<p>ANTICONVULSIVANTES                      (Valproato de sódio, Carbamazepina, Gabapentina, Pregabalina, Topiramato, etc)</p>	<p>Inibem a excitação neuronal e / ou a disseminação da excitação.</p>	<p>Anemia aplástica e agranulocitose (Carbamazepina), sonolência, fadiga, tonturas, ataxia, nistagmo, rinite, diplopia, ambliopia e tremor (Gabapentina), variação no peso.</p>
<p>CORTICÓIDES                      (Prednisolona, Dexametasona, etc)</p>	<p>Acção anti-inflamatória potente, resultante da inibição da síntese das prostaglandinas.</p>	<p>Sintomatologia da síndrome de Cushing, miopia, hiperglicemia, osteoporose, diminuição da resistência a todos os agentes infecciosos, alterações digestivas com aumento da incidência de hemorragias ou perfuração.</p>
<p>REGULADORES DO METABOLISMO DO CÁLCIO (Bifosfonatos – Ac.Alendrónico, Ac. Ibandrónico, Ac. Zoledrónico, etc)</p>	<p>Bloqueio da actividade dos osteoclastos.</p>	<p>Pirexia, mialgias.</p>

*continua*

Grupo de Fármacos	Características Principais	Efeitos Colaterais Mais Frequentes
RELAXANTES MUSCULARES (Diazepam, Flupirtina, Baclofeno, etc)	Relaxamento da musculatura.	Sonolência e tonturas, tremor, insónia e convulsões, alterações gastrointestinais.
ANSIOLÍTICOS (Diazepam, Alprazolam, Hidroxizina, etc)	Actuam sobre os receptores GABA, modulando a sua acção.	Sonolência, ataxia. Risco de tolerância e dependência.
ANTIESPASMÓDICOS (Butilescopolamina, etc)	Actuam sobre a fibra lisa, relaxando-a.	Efeitos antimuscarínicos periféricos.

## Bibliografia

- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Infarmed. **Prontuário Terapêutico Online**. Disponível em: <http://www.infarmed.pt/prontuario/index.php>. Acedido em: 19.09.2007.
- TWYXCROSS R. **Cuidados Paliativos**. 2ª ed. Lisboa: Climepsi, 2003.
- BAJWA Z., WARFIELD C. **Pharmacologic Therapy of Câncer Pain**. UpTo Date®, Inc; 2007. Disponível em: <http://utdol.com/utd>. Acedido em 26.06.2007.
- DrugDex Drug Evaluations System. In: **Micromedex Healthcare Series** [CD-ROM]. London: Micromedex, Inc., Englewood, 2007, actual. Sept. 2007. Disco A: Drug Information. Actual. Trimestral (acetaminopher).



**Anexo IV**  
**INTERVENÇÕES NÃO-FARMACOLÓGICAS**



## Anexo IV – Intervenções não-farmacológicas

	Intervenção	Definição	Objectivos
COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS	<b>Terapia Cognitiva / Comportamental (TCC)</b>	Combinação de técnicas terapêuticas cognitivas (ex: diversão, atenção) com técnicas comportamentais (ex: relaxamento, treino da assertividade), reestruturação cognitiva e o treino de estratégias de <i>coping</i> .	Ajudar a pessoa a alterar as suas percepções ou padrões de dor (ex: diminuição de pensamentos negativos, emoções, e crenças), a aumentar a sensação de controlo e diminuir comportamentos não adaptativos.
	<b>Reestruturação cognitiva</b>	Tipo de TCC na qual a pessoa é instruída a monitorizar e avaliar pensamentos negativos.	Gerar pensamentos adaptativos.
	<b>Treino de habilidades de <i>coping</i></b>	Tipo de TCC que ajuda a pessoa a desenvolver estratégias de <i>coping</i> , que incluem relaxamento e técnicas de imaginação, auto-estadiamento de <i>coping</i> adaptativo e psicoterapia de grupo.	Ajudar a pessoa no desenvolvimento de habilidades para controlar / gerir a dor e o stress.
	<b>Relaxamento com imaginação</b>	Diminuição da tensão muscular através da imaginação, visualização e meditação.	Aumentar o foco nas sensações de bem-estar, assim como na diminuição da tensão, ansiedade, depressão e dor relacionada com a inactividade.
	<b>Distracção</b>	Estratégias para desviar a atenção da dor.	Diminuir a atenção prestada à dor.
FÍSICAS	<b>Aplicação de frio e aplicação de calor</b>	Aplicação de frio; aplicação de calor.	Diminuir a inflamação. Promover o relaxamento muscular.

*continua*

	<b>Intervenção</b>	<b>Definição</b>	<b>Objectivos</b>
<b>FÍSICAS</b>	<b>Exercício</b>	Movimentos que promovem o alongamento e a resistência, o combate à rigidez e à debilidade associada com a dor e inactividade.	Promover a recuperação muscular e o alongamento dos tendões, a amplitude de movimentos, a resistência, o conforto e a função. Minimizar a atrofia, desmineralização. Alívio da dor com restabelecimento da postura e profilaxia de futuras dores.
	<b>Imobilização</b>	Restrição e limitação de movimentos.	Manter o alinhamento apropriado para a reparação pós-lesão.
	<b>Massagem</b>	Acto de massajar e pressionar partes do corpo.	Facilitar o relaxamento e diminuir a tensão muscular.
	<b>Estimulação eléctrica transcutânea – TENS</b>	Aplicação de corrente de baixa-intensidade através da colocação de eléctrodos na pele, provocando estimulação selectiva dos receptores sensitivos cutâneos a um estímulo mecânico.	Libertar substâncias analgésicas endógenas de alívio da dor. Promover a mobilidade física, pela interferência na transmissão de impulsos nociceptivos das fibras nervosas.
<b>SUPOORTE EMOCIONAL</b>	<b>Toque Terapêutico</b>	Processo intencional de repadronização do campo energético durante o qual o terapeuta usa as mãos para dirigir ou modular o campo energético com fins terapêuticos.	Promover o apoio e a segurança através do contacto pele a pele. Promover relaxamento, reduzir a ansiedade e controlar a dor, entre outros sintomas que trazem desconforto.
	<b>Conforto</b>	Sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal.	

Adaptado de: PAIN: **Current Understanding of Assessment, Management, and Treatments**, 2005, p. 56 e 57. Disponível em: <http://www.ucp.pt/site/resources/documents/ICS/Toque-Terapeutico1.pdf>.

**Anexo V**  
**MITOS, CRENÇAS E PRECONCEITOS**



## Anexo V – Mitos, Crenças e Preconceitos

Mitos, crenças e preconceitos	Evidência científica
<b>Os recém-nascidos são incapazes de experimentar dor devido à imaturidade do seu Sistema Nervoso Central</b>	Os três principais eixos da dor (periféricos e centrais) estão funcionais no início do 3º trimestre de gestação.
<b>As crianças sentem menos dor que os adultos</b>	As crianças são mais sensíveis à dor que os adultos.
<b>As crianças não se recordam das experiências de dor</b>	Embora não verbalizem a dor, revelam alterações comportamentais após actos dolorosos que nos fazem concluir o inverso.
<b>As crianças não conseguem descrever e / ou localizar a sua dor</b>	Desde muito cedo podem identificar o local e intensidade da sua dor, desde que sejam encorajadas e lhes proporcionem os instrumentos de avaliação.
<b>Estímulos comparáveis produzem o mesmo nível de dor em todas as pessoas</b>	Todas as pessoas têm um limiar de sensação uniforme, mas o limiar de percepção dolorosa é influenciado por factores físicos, psicossociais e culturais variando de pessoa para pessoa, ou na mesma pessoa conforme a situação.
<b>O comportamento das pessoas reflecte a sua dor</b>	Para além do auto-relato, não existe nenhum indicador fisiológico ou comportamental específico de dor.
<b>As pessoas dizem quando têm dor</b>	As pessoas podem negar a existência de dor, se não conhecerem o profissional de saúde, se tiverem medo, se recearem a via de administração, para protegerem os familiares ou por razões sócio económicas.
<b>A dor só existe na presença de lesão</b>	Toda a dor é real independentemente da sua causa.
<b>As pessoas devem ser encorajadas a «aguentarem» a sua dor</b>	A dor não controlada aumenta o sofrimento e torna as pessoas mais vulneráveis.
<b>As experiências anteriores de dor ensinam a pessoa a ser mais tolerante</b>	As experiências de dor aumentam a vulnerabilidade e a morbidade à dor.
<b>Os profissionais de saúde são os peritos na avaliação da dor</b>	Os profissionais de saúde devem reconhecer a pessoa como o melhor avaliador da sua dor. A família e os cuidadores principais são parceiros activos no controlo da dor.

*continua*

Mitos, crenças e preconceitos	Evidência científica
<b>O uso de opióides causa depressão respiratória e dependência</b>	Em situação de dor, os estudos comprovam que raramente se desenvolve depressão respiratória e dependência.
<b>Os ansiolíticos aliviam a dor</b>	Os ansiolíticos diminuem a ansiedade mas não possuem acção analgésica.
<b>«Não posso fazer mais nada» para o alívio da dor</b>	Valorizar o auto-relato e manifestações de dor, procurando as causas <u>do não alívio</u> e ajustar estratégias.
<b>A dor é útil para estabelecer um diagnóstico</b>	A função da dor como sinal de alarme <u>não é perfeita nem fiável</u> ; A dor e a gravidade da doença nem sempre têm relação.
<b>Os costumes e as crenças da pessoa não são importantes no controlo da dor</b>	Os valores socioculturais e as experiências pessoais influenciam a forma como a pessoa vivencia e expressa a dor.
<b>A morfina só deve ser utilizada em último recurso</b>	A morfina é um fármaco a ser utilizado consoante a necessidade terapêutica e pela resposta, não segundo o prognóstico.

## Bibliografia

- ANAND KJS, ABU-SAAD HH, AYNSLEY-GREEN A, et al. **Consensus statement for the prevention and management of pain in the newborn.** International Evidence-based Group for Neonatal Pain. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2001; 155:173-180.
- ANAND KJS, CRAIG KD. Editorial: **New perspectives on the definition of pain.** *Pain.* 1996; 67:3-6.
- FRANCK LS [et.al.]. **Pain assessment in infants and children.** *Pediatr Clin North Am.* ISSN 0031-3955. 47: 3 (2000) 487-512.
- GRUNAU RE. **Long-term consequences of pain in human neonates.** In: ANAND KSJ, STEVENS SJ, MCCRATH PJ, ed. *Pain in neonates 2<sup>nd</sup> revised and enlarged edition: pain research and clinical management.* Vol 10. Amsterdam: Elsevier Science; 2000: 55-76.
- JACOX AK, CARR DB, CHAPMAN CR, et al. **Acute Pain Management: Operative or Medical Procedures and Trauma Clinical Practice Guideline** No. 1. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research; 1992. AHCPR publication 92-0032.
- MCCAFFERY M, PASERO C. **Assessment: underlying complexities, misconceptions, and practical tools.** In: MCCAFFERY M, PASERO C, eds. *Pain Clinical Manual.* 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby Inc; 1999:35-102.

- MCCAFFERY M, WONG DL. **Nursing interventions for pain control in children.** In: SCHECHTER NL, BERDE CB, YASTER M, ed. Pain in infants, children, and adolescents. Baltimore: Williams & Wilkins; 1993: 295-319.
- MCCAFFERY Margo, PASERO Chris – **Pain: clinical manual.** 2ª ed. St. Louis: Mosby, 1999. ISBN 0-8151-5609-X. 398 p.
- NATIONAL PHARMACEUTICAL COUNCIL, JCAHO. **Pain: Current Understanding of Assessment, Management, and Treatments.** editors Patricia H. Berry, et al; 2001.
- POKELA ML. **Pain relief can reduce hypoxemia in distressed neonates during routine treatment procedures.** *Pediatrics.* 1994; 93: 379-383.
- UPPINGTON, Jefferey. **Opióides.** In: BALLANTYNE, Jane. Massachusetts General Hospital Manual de controle da dor. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guannabara Koogan, 2004: 115-139.

