

# Plano Nacional de Luta Contra a Dor

Aprovado por Despacho Ministerial de 26 de Março de 2001

LISBOA | DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE

2001

Portugal. Direcção-Geral da Saúde  
Plano Nacional de Luta Contra a  
Dor. – Direcção-Geral da Saúde,  
2001. – 60p.

Dor / Planos e Programas de  
Saúde / Portugal

ISBN 972-9425-95-7

DOCUMENTO ELABORADO POR

**Direcção-Geral da Saúde**

Alexandre Diniz  
Beatriz Calado  
Manuela Almeida

**Associação Portuguesa  
Para o Estudo da Dor**

Nestor Rodrigues  
José Manuel Caseiro  
Zeferino Bastos

Ana Cristina Fonseca Fernandes  
Ana Leonor Ribeiro  
António Gonçalves Ferreira  
António Melo  
Arantes Gonçalves  
Beatriz Craveiro Lopes  
Jorge Artur Salgado  
José Carlos Pimentel  
Ludovina Maria Rodrigues  
Maria Alice Cardoso  
Maria da Graça Milhazes  
Maria José Costeira  
Maria de Lurdes Reis Valério  
Maria do Rosário Bacalhau  
Natália Dias  
Pedro Ribeiro  
Raquel Esteves  
Rui Costa  
Rui Rosado  
Sofia Barbosa Bouças

EDITOR

Direcção-Geral da Saúde  
Alameda D. Afonso Henriques, 45  
1049-005 Lisboa  
dgsaude@dgsaude.min-saude.pt  
<http://www.dgsaude.pt>  
Tel.: 21 843 05 00  
Fax: 21 843 05 30

DESIGN GRÁFICO  
TVM Designers

ILUSTRAÇÃO DA CAPA  
Vitor Alves

MONTAGEM, IMPRESSÃO  
E ACABAMENTO  
Graffina

TIRAGEM  
50.000 exemplares

DEPÓSITO LEGAL  
???????

## SUMÁRIO

- 5 Nota Introdutória
- 8 Objectivo e Metas do Plano
- 9 A Dor na Actual Realidade do Serviço Nacional de Saúde
- 14 Modelo Organizacional para a Abordagem da Dor Crónica
- 17 Desenvolvimento das Unidades de Dor
- 22 Formação para a Abordagem da Dor Crónica
- 26 Orientações Genéricas para o Controlo da Dor Aguda  
no Período Peri-operatório
- 37 Orientações Genéricas para o Controlo da Dor Crónica
- 46 Orientações Genéricas para o Controlo da Dor em Obstetrícia
- 49 Orientações Genéricas para a Auto-ajuda no Controlo da Dor
- 59 Dia Nacional de Luta contra a Dor



A dor é uma realidade filosoficamente imperfeita. Admitimos a sua existência quando se passa connosco e acreditamos na que os outros nos comunicam.

Objectivamente, não temos meios de confirmação da dor que um indivíduo nos refere. Quanto muito, poderemos inferir a hipótese de dor quando uma agressão, ou lesão tecidual, é óbvia.

Casos há, porém, em que se patenteia o excesso de nocicepção.

A dor tanto resulta de impulsos nóxicos exacerbados, como da ausência deles. A excitação provoca-a, mas, também, noutras circunstâncias, a modula e modera, evitando que se torne clínica.

Acresce, ainda, que a dor pode não estar condicionada por estímulos periféricos nociceptivos. A dor psicogénica é um bom exemplo da que se elabora no espírito e se sente no corpo.

A dor é, também, matematicamente, uma grandeza variável. A mesma excitação pode originar cambiantes extremos de intensidade dolorosa, dependendo das características actuais do terreno em que se processa.

São inúmeras as causas que podem influenciar a existência e a intensidade da sensibilidade dolorosa no decurso do tempo. É, pois, uma realidade um tanto abstracta, de contornos amiúde indefiníveis, em constantes transformações dinâmicas.

Aposta-se, abertamente, na genuinidade da sua presença pela coerência das queixas com que é expressada e pela possibilidade de ser definida uma relação presumível de causalidade entre ela e a agressão ou lesão.

A dor é, portanto, um fenómeno complexo, constantemente especulativo nas suas vertentes biofisiológicas, bioquímicas, psicossociais, comportamentais e morais, que importa ser entendida. É o *dói* e o *por que dói*, condição indispensável para a idealiza-

ção de uma correcta caracterização clínica e de uma adequada estratégia terapêutica.

Essa compreensão, causa, afinal, íntima e intrínseca da dor, abrange e questiona várias especialidades e, por isso, tem obrigatoriamente de socorrer-se de uma abordagem multidisciplinar.

O conceito de multidisciplinaridade é, assim, a base de uma filosofia moderna para o estabelecimento diagnóstico e terapêutico da dor.

A passagem temporal da dor da fase aguda para a crónica e a agregação de outros fenómenos, que dela dependem e derivam, transportam-na de sintoma a síndrome, constituindo uma verdadeira doença que a tem como epicentro.

É dentro desta conjuntura, e salvaguardando o eventual insucesso da sua erradicação, que advém da complexidade e do mistério que encerra, que nos é lícito atrevermo-nos a afirmar que ***a dor, independentemente da síndrome clínica que incorpora, pode e deve ser tratada, com perspectivas de êxito proporcionais ao entendimento que dela temos e fazemos, à adequação e preparação científica dos serviços e profissionais de saúde envolvidos e ao manejo judicioso de todos os recursos, técnicos e humanos, disponíveis.***

É um desafio audaz, que demanda perseverança. É uma batalha que, por vezes, se perde, mas que, mais frequentemente, se ganha. Cabe aqui recordar e evocar os pioneiros na abordagem do tratamento da dor, os quais, arrostando incompreensões e investindo numa actividade considerada menor, dentro de um universo de causas aparentemente mais nobres e mais sedutoras, tudo venceram e superaram até serem estabelecidos princípios e conceitos que constituíram as bases lógicas e científicas em que hoje assenta, tal como a entendemos e aceitamos, a área da dor.

Revelam estudos epidemiológicos que uma elevada percentagem de pessoas já experimentou, pelo menos uma vez na vida, dor lombar e que, quando sofre deste tipo de dor por mais de seis meses, a maioria abandona definitivamente o trabalho.

Com outros tipos de dor ocorrem consequências análogas, o que evidencia o facto de estarmos, assim, face a uma doença com fortes implicações humanas e sociais.

A dor é, portanto, pela sua frequência e potencial para causar incapacidades, um verdadeiro problema de saúde pública, que justifica, a bem da promoção da redução das desigualdades, da qualidade de vida e da humanização dos cuidados de saúde, uma actuação planeada, organizada e validada cientificamente pela Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor, através da implementação de um **Plano Nacional de Luta Contra a Dor**, que define o modelo organizacional a desenvolver pelos serviços de saúde e orientações técnicas que promovam boas práticas profissionais na abordagem da dor.

# Objectivo e metas do Plano

O presente Plano tem como objectivo fundamental o desenvolvimento até 2007, nos serviços oficiais de prestação de cuidados de saúde, da organização de Unidades de Dor que, com respeito pelas presentes orientações, proporcionem, ao maior número possível de doentes do território nacional, alívio da dor aguda ou crónica de qualquer causa.

Pretende-se com a execução do presente Plano atingir, em 2007, as seguintes metas:

- > Existência de Unidades de Dor de *Nível I* em, pelo menos, 75% dos hospitais distritais — 50 Unidades.
- > Existência de Unidades de Dor de *Nível II* em, pelo menos, 75% dos hospitais centrais — 16 Unidades
- > Existência de Unidades de Dor de *Nível III* em, pelo menos, 75% dos hospitais com vocação universitária — 2 Unidades
- > Existência de Unidades de Dor Aguda Pós-operatória em, pelo menos, 75% dos hospitais com actividade cirúrgica — 72 Unidades.



# A dor na actual realidade do Serviço Nacional de Saúde

A implementação, entre nós, de um Plano Nacional de Luta Contra a Dor, pressupõe, antes de tudo, um conhecimento aproximado da realidade do tratamento da dor em Portugal.

Decidiu assim a Direcção-Geral da Saúde, no início de 1999, através do seu *Grupo de Trabalho para o Estudo da Dor*, aplicar um questionário a todos os hospitais da rede pública oficial do território continental português (98), com excepção dos hospitais psiquiátricos, a fim de ser possível o diagnóstico oficial da situação em Portugal, no que se refere ao tratamento da **dor crónica** e da **dor aguda pós-operatória**.

Os resultados preliminares deste estudo foram publicamente apresentados na primeira celebração do Dia Nacional de Luta Contra a Dor, em 14 de Junho de 1999. Dele, conclui-se o seguinte:

1. Responderam ao questionário 93.4% da totalidade dos hospitais inquiridos.
2. Em 39.1% dos hospitais, existem unidades funcionais com actividade em dor crónica, distribuindo-se geograficamente esses 36 hospitais, da seguinte forma:

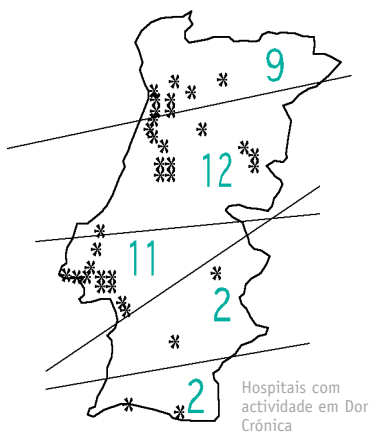
**Norte:** 9 hospitais, sendo 5 centrais, 3 distritais e 1 distrital de Nível 1.

**Centro:** 12 hospitais, sendo 4 centrais, 6 distritais e 2 distritais de Nível 1.

**Lisboa e Vale do Tejo:** 11 hospitais, sendo 4 centrais, 6 distritais e 1 Hosp. Especializado Não Central.

**Alentejo:** 2 hospitais, ambos distritais.

**Algarve:** 2 hospitais, ambos distritais.



3. 16.3% das unidades hospitalares desenvolvem actividade em terapêutica de dor crónica, que pode, pelas suas características, classificá-las como *Unidades de Dor - Nível I*, ou superior. Essas 15 unidades encontram-se assim distribuídas:

**Norte:** 6 hospitais, sendo 3 centrais, 2 distritais e 1 distrital *Nível 1*.

**Centro:** 3 hospitais, sendo 1 distrital e 2 distritais *Nível 1*.

**Lisboa e Vale do Tejo:** 5 hospitais, sendo 2 centrais e 3 distritais.

**Algarve:** 1 hospital, distrital.



Hospitais com Unidades de Dor de Nível 1 ou superior

4. 9.8% apresentam condições para poderem ser classificadas como *Unidades de Dor - Nível II*. Essas 9 unidades localizam-se da seguinte forma:

**Norte:** 5 hospitais, sendo 3 centrais e 2 distritais.

**Lisboa e Vale do Tejo:** 4 hospitais, sendo 2 centrais e 2 distritais.

5. Constatou-se que não existe, em Portugal, nenhuma *Unidade de Dor Crónica - Nível III*.



Hospitais com Unidades de Dor de Nível 2

6. Em relação à dor aguda do pós-operatório, não foram considerados os hospitais especializados que não possuem valências cirúrgicas, pelo que o universo de questionários aplicados incidu sobre um total de 96 hospitais, tendo respondido 90 (93.8%).

7. 27.7% destes hospitais, num total de 25, admitiram ter programas organizados de actuação analgésica no pós-operatório, nos moldes das unidades de dor aguda europeias (*acute pain services*), assim distribuídos:

**Norte:** 5 hospitais, sendo 1 central, 3 distritais e 1 distrital *Nível 1*.

**Centro:** 8 hospitais, sendo 3 centrais, 4 distritais e 1 distrital *Nível 1*.

**Lisboa e Vale do Tejo:** 10 hospitais, sendo 3 centrais, 5 distritais e 2 Hosp. Especializados Não Centrais.

**Alentejo:** 2 hospitais, 1 distrital e 1 distrital *Nível 1*.



Hospitais que admitiram ter programas organizados de actuação analgésica no pós-operatório

8. No entanto, aplicados 2 importantes critérios de qualidade na vigilância de doentes operados (1º: a vigilância dos doentes em Unidades de Cuidados Pós-Anestésicos ou, alternativamente, em Enfermarias apropriadas para doentes operados do tipo de Unidades de Cuidados Intermédios; 2º: a existência de registos de vigilância efectuados pelos enfermeiros), verifica-se que 30% dos hospitais cumprem estes critérios, independentemente de terem ou não admitido a existência de unidades de dor aguda na resposta aos questionários. Estes 27 hospitais são os seguintes:



Hospitais com vigilância pós-operatória em enfermarias apropriadas para o efeito e com preenchimento de registos de vigilância

**Norte:** 5 hospitais, sendo 2 centrais, 1 distrital e 2 distritais Nível 1.

**Centro:** 8 hospitais, sendo 2 centrais, 5 distritais e 1 distrital Nível 1.

**Lisboa e Vale do Tejo:** 12 hospitais, sendo 5 centrais, 6 distritais e 1 Hosp. Especializado Não Central.

**Alentejo:** 2 hospitais, ambos distritais.

Nos hospitais que admitiram ter programas organizados de actuação analgésica no pós-operatório, 11 não cumprem aqueles critérios de qualidade, ao passo que 13, não o havendo admitido, asseguram as condições de vigilância com a qualidade exigida nesses critérios.

9. Se adicionarmos aos critérios referidos a existência de protocolos de actuação terapêutica e a possibilidade de utilização de terapêuticas não convencionais (*PCA e técnicas de abordagem regional*), constata-se que 17.7% dos hospitais cumprem estas condições. Estes 16 hospitais estão assim distribuídos:

**Norte:** 2 hospitais, sendo 1 central e 1 distrital.

**Centro:** 2 hospitais, sendo 1 central e 1 distrital.

**Lisboa e Vale do Tejo:** 10 hospitais, sendo 5 centrais, 4 distritais e 1 Hosp. Especializado Não Central.

**Alentejo:** 2 hospitais, ambos distritais.



Hospitais com vigilância pós-operatória em enfermarias apropriadas para o efeito, preenchimento de registos de vigilância, protocolos terapêuticos e terapêuticas não convencionais.

Nos hospitais que admitiram ter programas organizados de actuação analgésica no pós-operatório, 14 não cumprem integralmente os critérios referidos, ao passo que 5 hospitais que não o admitiram preenchem a totalidade daqueles critérios.

10. Globalmente, 18.5% dos hospitais em todo o País possuem, simultaneamente, *Unidades de Dor Crónica* e *Unidades de Dor Aguda Pós-Operatória*, independentemente do grau de desenvolvimento e de sofisticação de cada uma. Esses 17 hospitais distribuem-se geograficamente da seguinte forma:

**Norte:** 3 hospitais, sendo 1 central e 2 distritais.

**Centro:** 6 hospitais, sendo 2 centrais, 3 distritais e 1 distrital *Nível 1*.

**Lisboa e Vale do Tejo:** 8 hospitais, sendo 2 centrais, 5 distritais e 1 Hospital Especializado Não Central.



Hospitais que têm, simultaneamente, Unidade de Dor Crónica e Unidade de Dor Aguda do Pós-Operatório.

Conclui-se, assim, que existem, em Portugal continental, as seguintes Unidades de Tratamento de Dor:

### Dor Crónica

- 21 Unidades de Dor de **Nível Básico**
- 6 Unidades Terapêuticas de Dor de **Nível I**
- 9 Unidades Multidisciplinares de Dor de **Nível II**
- 0 Centros Multidisciplinares de Dor de **Nível III**

### Dor Aguda Pós-Operatória

- 16 Unidades de Dor Aguda Pós-Operatória.

## Classificação de unidades de dor

Crê-se que, em Portugal, os doentes com dor poderão beneficiar de uma actuação planeada nos serviços de saúde, com base na organização de respostas, mais do que no acréscimo de recursos, a nível dos centros de saúde e hospitais, que viabilizem a acessibilidade, de quem necessita, ao tratamento adequado, tecnicamente correcto e humanizado, da dor.

Com respeito pelo enunciado, em 1990, pela *International Association for the Study of Pain*, e depois das devidas adaptações à realidade portuguesa, consideram-se como modelos desejáveis de organização do tratamento da dor, a desenvolver no País, os serviços de prestação de cuidados de saúde cujas características obedeçam, tendencialmente, ao cumprimento da seguinte classificação:

### *Unidade de Dor – Nível Básico*

Toda a forma organizada de tratamento de dor, independentemente do seu desenvolvimento ou sofisticação, bem como dos recursos envolvidos, do tipo de doentes abrangidos ou dos métodos terapêuticos utilizados.

### *Unidade Terapêutica de Dor – Nível I*

Unidade vocacionada para o diagnóstico e orientação terapêutica de doentes com dor crónica, com capacidade para intervir em situações de urgência, aplicar alguns tratamentos e referenciar para especialidades complementares de apoio ao doente. É uma unidade que, embora possa não garantir uma abordagem interdisciplinar, funciona em espaço próprio, possui actividade diária organizada, registo de doentes e coordenador. Tem que estar dotada com, pelo menos, três médicos treinados em tratamento da dor, sendo um deles

especializado em Psiquiatria. Em alternativa, pode estar dotada de dois médicos treinados em tratamento da dor e de um psicólogo. Pode, ainda, apresentar carácter diferenciado para diagnósticos específicos no âmbito da dor, ou tratamento da dor de regiões específicas do corpo.

### ***Unidade Multidisciplinar de Dor – Nível II***

Unidade capacitada para o tratamento de doentes com dor, sejam ambulatorios, internados ou em situação de urgência. Funciona em espaço próprio, possui actividade diária organizada, registo de doentes e coordenador. Pode dar resposta a situações de dor crónica, oncológica ou não, dor aguda não cirúrgica e agudizações de dor crónica. Está dotada de equipa multidisciplinar, de forma a poder abordar, na globalidade biopsicossocial, o doente com dor. A equipa é constituída por, pelo menos, três médicos treinados em tratamento de dor, sendo um deles especializado em Psiquiatria ou, em alternativa, psicólogo, enfermeiros, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e técnico de serviço social. Funciona por protocolos de actuação terapêutica sujeitos a avaliação regular. Está capacitada para a execução de investigação clínica e para a formação pós-graduada de profissionais de saúde.

### ***Centro Multidisciplinar de Dor – Nível III***

Unidade com capacidade acrescida em relação às unidades de nível II, de modo a poder desenvolver, com regularidade, investigação na área da dor, formação pré e pós-graduada, incluindo programas de mestrado e doutoramento. Tem que estar integrada, ou afiliada, em instituição major de investigação ou ensino universitário.

Considera-se, ainda, a existência de Unidades Específicas de Tratamento da Dor com características próprias, vocacionadas para tratamentos específicos de dor, que as diferenciam das anteriores. São exemplos as unidades de modalidade terapêutica, de bloqueios nervosos, de estimulação eléctrica ou de cefaleias.



Não existem modelos uniformes e rígidos para a criação de Unidades de Tratamento de Dor, pelo que o projecto de cada Unidade, a criar ou a desenvolver, terá que decorrer da necessária adaptação à realidade do hospital em que se integra, tendo em conta os recursos humanos e materiais disponíveis.

Para benefício da indispensável continuidade de cuidados, algumas linhas orientadoras são, todavia, determinantes não apenas para a estruturação da futura Unidade, mas também para a interligação com os restantes serviços do hospital onde se insere e, sobretudo, para a interligação com os serviços de saúde existentes na comunidade.

Assim, será indispensável ter-se em consideração que:

**1. Os médicos que se proponham trabalhar em terapêutica da dor devem possuir formação adequada para o efeito.**

Admite-se, no mínimo, que o coordenador da Unidade a possua de forma a podê-la transmitir a outros, entendendo-se por formação adequada o conhecimento geral para a abordagem da dor nos termos descritos no presente documento, no capítulo “Formação para a Abordagem da Dor Crónica”.

**2. Ao coordenador competirá toda a actividade de gestão da Unidade.**

Entende-se como gestão da Unidade a sua organização geral, a aquisição de material, supervisão da elaboração e aplicação dos protocolos de actuação, assim como os contactos, no âmbito da terapêutica da dor, com os outros serviços prestadores de cuidados de saúde.

**3. A constituição da equipa da Unidade poderá ter algumas variações de acordo com as características do hospital em que esta se integra.**

Quando da organização da equipa que irá constituir a Unidade, nomeadamente para as unidades de *Nível I*, deve ter-se em conta a classificação descrita neste documento, no capítulo “*Modelo Organizacional para a Abordagem da Dor Crónica*”.

É, assim, de toda a conveniência que os hospitais distritais venham a estar dotados, no mínimo, de unidades de *Nível I* e que os hospitais centrais venham a estar dotados, no mínimo, de unidades de *Nível II*. A articulação com Universidades é mandatória para que se desenvolvam unidades de *Nível III*.

**4. A criação de unidades de dor depende mais da motivação e formação para tratar a dor e da capacidade local de organização do que da eventual carência de médicos ou de financiamento.**

As equipas de cuidados poderão ser constituídas com as especialidades existentes na instituição e na área geográfica em que esta se integra. Assim, e apenas para referir dois exemplos, nada obsta a que possam ser constituídas por um anestesista, um clínico geral e um psicólogo, ou um anestesista, um internista e o apoio de um psiquiatra.

Através da apresentação de candidaturas ao Programa Saúde XXI, poderá ser obtido financiamento, no âmbito do III Quadro Comunitário de Apoio, a decorrer até 2006, para a criação destas unidades, nomeadamente no que se refere a encargos decorrentes da eventual adaptação de espaços e do seu equipamento.

**5. O coordenador da Unidade deve providenciar o estabelecimento de acordos de colaboração.**

É fundamental que a Unidade de Dor estabeleça acordos formais com os vários serviços do hospital onde aquela se insere, no sentido de ser obtida a consultoria das especialidades que não integram fisicamente a Unidade de Dor.

**6. O acesso à consulta de dor deve estar protocolizado.**

Toda a informação relativa ao acesso e funcionamento da Unidade de Dor deve ser divulgada não apenas no hospital onde esta se insere, como também nos centros de saúde da sua área de influência, de forma a que os profissionais de saúde e os seus potenciais utilizadores conheçam a existência da Unidade de Dor e as suas potencialidades.

**7. A Unidade de Dor deve possuir Plano de Acção anual sujeito a avaliação contínua de qualidade.**

O Plano de Acção da Unidade deve contemplar a execução das acções previsíveis a desenvolver em cada ano. Entre estas acções, deve contar-se a regular programação de formação, num contexto de promoção de melhores práticas profissionais e de melhoria contínua de qualidade. Sugere-se a realização de acções de formação, preferencialmente em pequenos grupos, para a sensibilização e formação dos profissionais de saúde para uma correcta abordagem do doente, desde o início da sua sintomatologia dolorosa.

**8. A Unidade de Dor deve estar apetrechada com o equipamento necessário para a execução de técnicas analgésicas possíveis de realizar em ambulatório, assim como para a correcção de eventuais complicações.**

**9. É fundamental que a Unidade de Dor assegure a fluidez de comunicação entre os profissionais hospitalares e dos centros de saúde.**

A comunicação entre os médicos, ou outros profissionais, quer sejam do hospital ou dos centros de saúde, deve ser sempre alimentada e mantida. É indispensável que esta comunicação seja compreensível, assente na partilha e troca de informação e seja suportada por impresso próprio, que possibilite a inclusão de todos os actos terapêuticos efectuados, bem como dos principais aspectos clínicos e sociais relacionados com os doentes.

**10. Cada Unidade de Dor deve considerar como informação mínima, a circular obrigatoriamente entre o hospital e os centros de saúde, a que a seguir se tipifica e que, oportunamente, se normalizará.**

*> Identificação completa do doente.*

Deverá constar, obrigatoriamente, o nome, morada e contacto telefónico, bem como os números do cartão de utente do SNS ou sistema complementar de saúde e do bilhete de identidade.

*> Identificação completa do médico assistente.*

Deverá ser mencionado o nome do médico assistente, o seu local de trabalho e contactos.

*> Autonomia do doente.*

Deverá ser mencionado e caracterizado o grau de autonomia do doente.

*> Informação clínica.*

Deverá ser mencionado o diagnóstico principal relacionado com o quadro algico; o início do quadro algico; as terapêuticas analgésicas já ensaiadas e seus resultados, bem como as que se encontram em curso.

*> Exames auxiliares efectuados.*

*> Outras informações ou exames complementares relevantes para o quadro algico.*

*> Plano terapêutico proposto ou iniciado.*

*> Estratégia para a continuação do tratamento.*

**11. A Unidade de Dor deve possuir sistema organizado de registos.**

Todos os procedimentos devem ser registados, de forma a que seja possível efectuar-se a avaliação de qualidade.

**12. Cada Unidade de Dor, independentemente do nível em que se encontre classificada, deve privilegiar, nas suas actividades, a investigação, de forma a permitir a sua progressão no nível de diferenciação.**

# Formação para a Abordagem da Dor Crónica

Todos os profissionais de saúde, cuja actividade se confronta com a dor crónica, deverão possuir conhecimentos gerais sobre a sua abordagem, cujos grandes temas a seguir se enumeram, sem prejuízo das aptidões curriculares que cada grupo profissional, ou especialidade, tenha definido ou entenda definir.

Com base em dois dos principais documentos publicados internacionalmente nos últimos anos sobre esta matéria, o “*Core Curriculum for Professional Education in Pain*”, editado pela *International Association for the Study of Pain - IASP*, e o “*Report on the Working Party on Standards and Education*”, editado pela Federação Europeia dos Capítulos da IASP - EFIC, considera-se que o profissional de saúde deve, para abordar a dor crónica, dominar os seguintes conhecimentos gerais sobre a avaliação do doente com dor:

- 1. Conhecer os elementos-chave de uma história de dor, sendo capaz de promover uma entrevista bem estruturada, de forma a obter informações relevantes.**
- 2. Saber caracterizar a queixa dolorosa, em relação a:**
  - > Características temporais da dor  
*modo de começo e evolução ao longo do tempo*
  - > Localização da dor  
*pode ser determinada verbalmente ou usar-se diagrama*
  - > Intensidade da dor  
*podem usar-se escalas visuais analógicas, escalas numéricas ou escalas verbais*
  - > Qualidade da dor  
*estabelecida a partir de certas palavras ou grupos de palavras verbalizadas pelo doente*

- > Factores atenuantes e exacerbantes da dor
- > Diferenças entre categorias de dor  
*aguda, crónica ou recidivante*
- > Avaliação das fontes primárias e secundárias do influxo nociceptivo

### 3. Ser capaz de:

- > Obter uma história de doença médica concomitante, que possa influenciar as queixas dolorosas do doente ou reacções a eventuais intervenções
- > Caracterizar os factores psicológicos ou doença psiquiátrica que se possam relacionar com as queixas dolorosas  
*por exemplo, ansiedade, depressão, alterações comportamentais e manifestações causadas ou modificadas pela medicação analgésica*
- > Compreender a diferença entre distúrbios e incapacidade  
*incapacidade física ou psíquica*
- > Recolher uma história medicamentosa detalhada da dor  
*AINS, opióides e medicação adjuvante*
- > Valorizar os factores que conduzem ao subtratamento da dor
- > Saber interpretar a dor de acordo com as características específicas de cada grupo etário  
*por exemplo, factores como as alterações cognitivas ou polimedicação que, na criança ou na pessoa idosa, interfiram com a verbalização, dificultando a obtenção da história clínica*
- > Realizar um exame físico apropriado e interpretar os dados que podem ser relevantes no que se refere à queixa dolorosa

- > Conhecer os métodos radiológicos, electrofisiológicos e laboratoriais apropriados para a avaliação da dor  
*a evidência clínica de uma lesão não significa que essa lesão cause dor; a não evidência de uma lesão não significa que a dor seja psicogénica*
- > Compreender as situações relacionadas com a dor nas pessoas portadoras de incapacidade de comunicação  
*por exemplo, laringectomizados, deficientes auditivos ou pessoas afásicas ou com patologia de linguagem*
- > Usar a história do doente, sinais físicos e testes de apoio para diagnosticar a doença subjacente e classificar a queixa dolorosa
- > Conhecer as classificações temporais da dor  
*aguda, crónica, recidivante*
- > Conhecer a classificação topográfica da dor  
*focal, radicular, referida e central*
- > Conhecer a classificação fisiopatológica da dor  
*dor nociceptiva - devida a uma lesão tecidual contínua, estando o Sistema Nervoso Central íntegro (saber distinguir entre dor somática e dor visceral)*  
*dor sem lesão tecidual activa - devida a compromisso neurológico (dor neuropática) ou de origem psicossocial (dor psicogénica)*
- > Conhecer as várias síndromas dolorosas  
*por exemplo, dor oncológica, dor neuropática, dor musculoesquelética*
- > Conhecer, no âmbito da sua área profissional, os mecanismos da dor
- > Conhecer os métodos farmacológicos e adaptá-los aos vários grupos etários
- > Conhecer as bases e as técnicas de neuroestimulação  
*por exemplo, TENS*



#### 4. Ter noção:

- > Das técnicas de anestesia local e regional, bem como das técnicas neurocirúrgicas usuais e das suas indicações
- > Dos fundamentos de abordagem da medicina física e de reabilitação, assim como dos benefícios de modalidades específicas  
*por exemplo, técnicas de fisioterapia e de terapia ocupacional e utilização, em doentes com dor crónica, de técnicas de reorientação ocupacional e vocacional.*
- > De técnicas psicológicas  
*por exemplo, intervenções cognitivas e comportamentais*

#### 5. Saber que:

- > A dor crónica exige uma abordagem multidisciplinar e que a falência do tratamento tem, entre outras, consequências fisiológicas adversas

# Orientações Genéricas para o Controlo da Dor Aguda no Período Peri-operatório

As presentes orientações, que não pretendem ser exaustivas, nem pormenorizadas, na descrição das técnicas específicas e das várias abordagens possíveis, destinam-se não apenas aos anestesiológicos, mas a todos os profissionais de saúde que prestam cuidados no controlo e gestão da dor no período peri-operatório. Não significa, contudo, que não sejam focadas, neste documento, modalidades de controlo da dor peri-operatória que exigem mais perícia e estrutura organizativa e que, na generalidade dos casos, proporcionam maior alívio da dor do que as convencionais administrações intramusculares ou intravenosas de analgésicos. Os exemplos abrangem a analgesia ao longo do neuroeixo, seja ela por via epidural ou intratecal, a analgesia controlada pelo doente e algumas técnicas analgésicas regionais.

Devido aos avanços da fisiopatologia, da farmacologia dos analgésicos e das ciências da saúde em geral, passou a ser possível aliviar, na grande maioria dos casos, a dor no período peri-operatório. Reconhece-se, assim, ser uma prioridade que, durante o período peri-operatório, principalmente no pós-operatório, os doentes tenham acesso a um maior alívio da dor. De facto, considera-se, do ponto de vista ético, que quando a actuação médica provoca dor ou sofrimento superiores aos necessários, para alcançar um benefício terapêutico, se está a “lesar” o doente. É, portanto, eticamente inaceitável não propiciar ao doente todos os meios disponíveis para lhe aliviar a dor e o sofrimento inúteis.

A tendência para submedicar a dor é ainda mais acentuada nas idades pediátricas do que no adulto. Para o mesmo diagnóstico e a mesma intervenção cirúrgica em adultos e na criança/adolescente, existem, frequentemente, grandes discrepâncias entre as ati-

tudes analgésicas pós-operatórias, as quais são ainda mais nítidas no caso de lactentes ou recém-nascidos.

As preocupações de eficácia e segurança na actuação analgésica peri-operatória, com particular relevo para o período pós-operatório, devem assim abranger **todos os grupos etários**, assentar no conceito de **planeamento integrado** e desenvolver-se de uma forma organizada, nos moldes das **unidades funcionais de dor aguda** de modelo europeu.

### Definição de Dor Peri-operatória

*Dor presente num doente cirúrgico, de qualquer idade, e em regime de internamento ou ambulatorio, causada por doença preexistente, devida à intervenção cirúrgica ou à conjugação de ambas.*

A dor peri-operatória insere-se, assim, paradigmaticamente, no conceito de **dor aguda**, tal como a IASP – *International Association for the Study of Pain* – a definiu:

*Dor de início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causal.*

### Vantagens do controlo da dor no período peri-operatório

- > *Proporciona maior conforto ao doente.*
- > *Ajuda a prevenir potenciais complicações.*
- > *Favorece a precocidade da alta.*
- > *Contribui para a humanização dos cuidados.*

## Principais modalidades de controlo da dor peri-operatória

### **Técnicas convencionais**

*Analgesia por métodos tradicionais de administração de analgésicos.*

### **Técnicas não convencionais**

*Métodos não tradicionais de administração de analgésicos*

- > Analgesia espinal, por via epidural ou intratecal, com opióides e/ou anestésicos locais.
- > Técnicas analgésicas regionais, que podem abranger, entre outros, bloqueios intercostais dos plexos e infiltrações subcutâneas ou subaponevróticas das incisões, com anestésicos locais.
- > Analgesia controlada pelo doente.

## Definição de Planeamento Integrado

*Entende-se por Planeamento Integrado o processo de integração do controlo da dor nos cuidados peri-operatórios dos doentes. Esta integração baseia-se na reconhecida vantagem da escolha de técnicas analgésicas que se possam associar e/ou complementar nos períodos pré e intra-operatório e que possibilitem a sua continuação no período pós-operatório, promovendo um adequado e eficaz alívio da dor aos doentes operados.*

## RECOMENDAÇÕES

- > Para que o controlo da dor aguda pós-operatória seja eficaz, torna-se necessário que, no nosso País, se assimile o conceito de **actuação organizada em analgesia pós-operatória**, de forma a que os profissionais a quem cabe a responsabilidade daquele controlo, nomeadamente anestesistas, cirurgiões e enfermeiros, se organizem em torno de programas de acção, nos moldes das unidades de dor aguda europeias (*acute pain services*), que possibilitem actuações protocoladas, tanto terapêuticas como dos cuidados a prestar aos doentes operados, garantam a continuidade dos tratamentos e também a sua substituição ou alteração, permitam registos de vigilância com intervalos regulares onde constem, para além dos sinais vitais, a avaliação do grau de dor e de sedação, e, de um modo geral, assegurem uma intervenção terapêutica permanente nas situações de descontinuidade analgésica ou de aparecimento de efeitos secundários resultantes da actuação farmacológica. Eficácia e segurança são dois objectivos a conseguir neste tipo de actuação organizada.
- > Os anestesistas, pela formação e treino que possuem nesta área, dedicam, naturalmente, uma atenção e interesse particulares à gestão da dor peri-operatória, pelo que se encontram numa posição única para coordenarem estes programas de actuação organizada.
- > Deverá considerar-se, para todos os doentes cirúrgicos, um plano integrado individualizado como, por exemplo, uma estratégia pré-determinada para a analgesia pós-operatória.
- > Os factores que podem influenciar um plano integrado abran-

gem, embora não exclusivamente, o tipo de cirurgia, a gravidade esperada de dor pós-operatória, as condições médicas subjacentes como, por exemplo, a existência de doença respiratória ou cardíaca e alergias, a relação riscos/benefícios das técnicas disponíveis e as preferências e/ou experiências anteriores dos doentes relativamente à dor.

> Tornam-se assim necessários a obtenção de uma história de dor baseada nas vivências dos doentes, a implementação de uma terapêutica da dor pré-operatória quando for apropriada e praticável, a execução de alguns procedimentos intra-operatórios, como, entre outros, a infiltração de tecidos quando for apropriada e praticável, e o início intra-operatório da analgesia pós-operatória (por exemplo, colocação dum cateter epidural para administração de fármacos, após a indução anestésica ou no final da cirurgia).

> Qualquer plano de tratamento deverá, por rotina, requerer uma abordagem e um ajustamento baseados na variabilidade individual das respostas terapêuticas.

> Os doentes e, eventualmente, os familiares deverão ser esclarecidos sobre os métodos terapêuticos de combate à dor, as várias técnicas disponíveis, bem como os seus potenciais efeitos secundários. Considera-se de grande utilidade o uso de vários métodos de esclarecimento que contribuam para uma correcta informação de doentes e familiares.

> Os clínicos que prestem serviços de analgesia peri-operatória, muito particularmente os anestesistas, devem proporcionar, em colaboração com outros profissionais, quando necessário, treino e formação contínuos para garantir que a equipa hospitalar obtenha conhecimentos e se habilite para o uso efectivo e

seguro das opções de tratamento possíveis. A formação deve incluir tópicos que vão desde conhecimentos básicos para avaliação da dor aguda e compreensão da actuação dos fármacos, até ao ensino de técnicas farmacológicas sofisticadas (como a analgesia controlada pelo doente – *Patient Controlled Analgesia* - PCA –, a analgesia espinhal e diversas técnicas de anestesia regional). A necessidade de formação e treino é constante, à medida que novos profissionais se juntam à equipa e sempre que sejam feitas alterações às abordagens terapêuticas.

> A organização analgésica do pós-operatório deverá assegurar um controlo periódico da dor peri-operatória, garantindo a possibilidade de intervenção 24 horas por dia, de forma a maximizar o conforto e a segurança dos doentes: o estado destes, após a cirurgia, é frequentemente dinâmico e as necessidades analgésicas podem mudar em qualquer altura. Do mesmo modo, o aparecimento de efeitos adversos pode obrigar a uma intervenção clínica em qualquer momento.

> Recomenda-se, por isso, a utilização de instrumentos de avaliação da dor e uma metodologia que assegure uma avaliação regular, registada em documento próprio, que inclua os efeitos da terapêutica, suas consequências e eventuais efeitos secundários.

> Deverá existir, em cada Hospital, um médico especialmente treinado, responsável pela organização e coordenação da Unidade Funcional de Dor Aguda, bem como enfermeiros vocacionados e treinados nos cuidados pós-operatórios, que possam pôr em prática os métodos e protocolos de avaliação e controlo da dor cirúrgica.

> Um eficaz e seguro controlo da dor peri-operatória decorre da actuação uniformizada dos profissionais que, em equipa orga-

nizada, acompanham o doente, o que implica uma definição clara de actuação quanto a:

- administração de fármacos (diluição, dosagem e frequência de administração)
  - utilização de técnicas não convencionais como a PCA ou a analgesia epidural
  - avaliação da dor e dos efeitos secundários da terapêutica instituída
  - tratamento das complicações, nomeadamente depressão respiratória, prurido, náuseas ou vômitos
  - data de suspensão do tratamento.
- > O uso de registos, como rotina, encoraja quem cuida dos doentes a reavaliar continuamente o tratamento da dor e a corrigir, em tempo, as terapias inadequadas. A avaliação, o planeamento e a documentação diários, ajudam a compreender a importância de uma organização na gestão estruturada da terapêutica da dor.
- > Em cada Unidade Funcional de Dor Aguda devem estar prontamente disponíveis orientações (fundamentação de práticas) e procedimentos que frise os aspectos de boa prática da aplicação dos cuidados aos doentes. As orientações e os procedimentos também servem como referências instrutivas e informativas continuadas.
- > É de toda a conveniência que, periodicamente, as Unidades de Dor Aguda promovam sessões de “controlo de qualidade” para revisão de protocolos, sua eficácia e segurança e, eventualmente, produção de recomendações no sentido de melhorar a eficiência dos cuidados, das técnicas e dos fármacos.
- > Recomenda-se a aplicação do conceito de analgesia balanceada ou multimodal, combinando, no mesmo doente, sempre que pos-



sível e entre outros, anestésicos locais, opióides e anti-inflamatórios, numa estratégia analgésica que se inicia no período pré-operatório e continua durante o acto operatório e período pós-operatório.

> A aplicabilidade das técnicas de profilaxia da dor pós-operatória (*preemptive analgesia*) não está ainda demonstrada cientificamente, o que obriga a maior atenção a desenvolvimentos futuros nesta prática, que poderá, eventualmente, vir a beneficiar os doentes.

> Como atrás ficou referido, é inquestionável que o tratamento da dor, também nas crianças, é eticamente exigível. Nestes grupos etários as expressões de dor são, muitas vezes erradamente, atribuídas a excessivos componentes emocionais, a “mimo”, ou às eventuais ausência dos pais ou hostilidade do ambiente hospitalar, servindo para justificar a não prescrição de uma terapêutica de dor.

> O medo que as crianças mais pequenas têm das “injecções” torna os métodos intramusculares, ou outros que só por si causam desconforto, contra-indicados. Muitas crianças preferirão sofrer em silêncio, por saberem que qualquer expressão de dor acarretará uma temida “injecção”. A dor e a antecipação da dor geram na criança hospitalizada ansiedade e medo, que podem facilmente conduzir a estados de “ansiedade nosocomial” e “terror iatrogénico”, traduzindo-se em alterações do comportamento (regressão, depressão, agressividade).

> Se uma criança não é, em termos farmacológicos, um adulto de baixa estatura, uma criança em idade pré-escolar não é um adolescente de baixa estatura nem o recém-nascido é um lactente de baixa estatura; as especificidades na avaliação da dor

e sua terapêutica variam substancialmente ao longo do desenvolvimento.

> A avaliação da dor é mais difícil nas crianças, porque, enquanto crescem e se desenvolvem, as respostas cognitivas e emotivas diferem das dos adultos e estão constantemente a mudar. Há instrumentos especiais para ajudar as crianças pequenas a relatar a dor, podendo ser empregues parâmetros comportamentais e fisiológicos para avaliar crianças pré-verbais ou incapazes de relatar a dor.

> As variadas técnicas de analgesia empregues nos adultos, como as mencionadas PCA, analgesia epidural e analgesia regional, podem e devem, também, ser usadas em doentes pediátricos e algumas delas, como a analgesia caudal, são mesmo mais frequentemente utilizadas.

> Os anestesiistas que tratem a dor peri-operatória em doentes pediátricos devem estar familiarizados com as características especiais deste grupo etário. Devem conhecer bem não só a farmacologia dos analgésicos, mas também a fisiologia do desenvolvimento, para usarem, com eficácia e segurança, as estratégias farmacológicas e não-farmacológicas de analgesia peri-operatória que sejam apropriadas para a idade da criança.

> A presença dos pais deve ser incentivada, bem como o seu envolvimento na avaliação da dor e participação em atitudes terapêuticas. Técnicas específicas, variantes da descrita como PCA, como a NCA (*Nurse Controlled Analgesia* - Analgesia Controlada pela Enfermeira) ou a PCA p. a. (*parent assisted* - assistida pelos pais), são alternativas que devem ser consideradas no caso de crianças que não apresentem desenvolvimento suficiente para a instituição de PCA.

- > No âmbito de uma Unidade de Dor Aguda, compete ao anestesista que a coordena incentivar todas as atitudes tendentes à diminuição da dor na criança, incluindo a dor causada por procedimentos de diagnóstico, colheitas de sangue ou punções, ou terapêuticos (infiltrações) em todos os serviços do hospital.
- > A atitude das pessoas idosas relativamente à expressão da dor pode diferir da dos adultos mais jovens.
- > A fisiologia natural do envelhecimento altera a distribuição e metabolização dos fármacos analgésicos e dos anestésicos locais, o que pode implicar adaptação das suas dosagens.
- > As técnicas de modalidade única e multimodal são igualmente eficazes (embora muitas vezes exigindo doses mais baixas dos fármacos), sem aumento de efeitos secundários, nos doentes geriátricos.
- > A tendência cada vez maior para a cirurgia ambulatória requer uma atenção especial no tratamento da dor peri-operatória, de forma a evitar o regresso imprevisto do doente ao hospital, quer por controlo inadequado da dor, quer por manifestação de efeitos secundários indesejáveis, pelo que os anestesistas que prestam cuidados aos doentes de cirurgia ambulatória devem planear de uma forma integrada as estratégias terapêuticas apropriadas, já que estes irão deixar a instalação hospitalar poucas horas depois da cirurgia terminar.
- > Técnicas analgésicas, que exijam supervisão em ambiente hospitalar, não devem ser utilizadas em doentes alvo de cirurgia ambulatória, devendo dar-se preferência à utilização de fármacos e métodos que possam aliviar a dor sem aumentarem o risco de efeitos secundários. Técnicas como a PCA e a Analgesia Espinal, que exigem acompanhamento especial, não são as mais

indicadas para tais doentes, mas outras, como a utilização de fármacos anti-inflamatórios não esteróides e a infiltração de anestésicos locais, podem ser muito eficazes e deverão ser utilizadas.

- > De igual modo, deverá ser incentivado, sempre que possível, o apoio do anestesiológista na realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos que o justifiquem, salvaguardando o conforto, a segurança e a colaboração do doente.
- > As metodologias recomendadas para a analgesia do doente ambulatorio são aqui igualmente aplicáveis, uma vez que grande número dos doentes submetidos a procedimentos diagnósticos e terapêuticos em ambiente hospitalar são também ambulatorios.

É possível, nos dias de hoje, aliviar o sofrimento dos doentes com dor crónica.

A dor crónica é um problema multidimensional, com uma complexidade biológica, psicológica e social que não cabe nos limites de uma só especialidade.

Desde 1961, a partir de John Bonica, o tratamento multidisciplinar da dor crónica é aceite como valor acrescentado na abordagem destes doentes, através da disponibilização de unidades de tratamento e de profissionais de saúde capacitados para a utilização de técnicas e meios de intervenção adequados.

Ao doente com dor crónica deve reconhecer-se-lhe o direito de ser adequadamente tratado em unidades de dor.

Tais unidades devem apoiar-se numa actuação conjugada, em que vários profissionais de saúde, com experiência ou formação em avaliação e tratamento da dor, partilhem o objectivo de reabilitar o funcionamento físico, psicológico, social e laboral do doente com dor crónica e utilizem uma abordagem que compatibilize o tradicional modelo biopsicosocial, centrado na doença, com um modelo baseado na compreensão do doente e na humanidade, respeitando a individualidade da pessoa.

É habitual que o doente com dor crónica sobre-utilize os serviços de saúde à procura de alívio para o seu sofrimento, faltando frequentemente ao emprego; podem, ainda, ocorrer complicações resultantes de uma terapêutica desadequada.

O doente com dor crónica é multifacetado, com frequente comorbilidade física e psíquica, podendo, portanto, sofrer das mais variadas patologias, desde o foro reumatológico, neurológico ou psiquiátrico, ao foro oncológico, o que obriga ao envolvimento e participação de profissionais oriundos de várias disciplinas da

saúde. Se não for tratado, o doente centra-se na sua dor, evoluindo para a cronicidade e para a incapacidade.

A dor crónica, seja ou não recorrente, também existe na criança, sendo habitualmente pouco valorizada, a menos que se trate de doença oncológica. De facto, a criança pode apresentar outras manifestações de dor, que não são directamente verbalizadas como queixa, o que torna a avaliação da dor crónica neste grupo etário mais difícil do que no adulto.

Uma percentagem não negligenciável de pessoas idosas sofrerá de dor crónica. No entanto, talvez por ainda existir a convicção social de que as pessoas idosas são menos sensíveis à dor, a maioria encara-a como um facto “normal” para a sua idade, o que leva a supor que a dor crónica está subavaliada neste grupo etário. De facto, existe evidência científica de que a dor é tão severa e incapacitante nas pessoas idosas como nos adultos mais jovens, o que requer uma abordagem atenta nesta população.

A maioria dos doentes com doença oncológica avançada sofre de dor crónica, a qual pode ser aliviada na quase totalidade dos casos. É, frequentemente, uma dor severa causada pela progressão da doença, pela lesão primária ou metastática, pela iatrogenia de intervenções terapêuticas, como a radioterapia, ou por reacções psicológicas, o que torna difícil o seu tratamento adequado, devido à complexidade dos múltiplos factores intervenientes. A acessibilidade ao tratamento da dor oncológica torna-se, assim, num imperativo de natureza ética e num direito do doente com cancro, reconhecidos pela Organização Mundial de Saúde, impedindo que a fatalidade da doença continue a ser acompanhada pela expectativa de um sofrimento doloroso inevitável.

A dor é a segunda maior causa de internamento e o segundo sintoma mais frequente em doentes com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - SIDA, o que faz supor que não está a ser controlada de modo eficaz. O tratamento adequado da dor assume portanto, tal como no doente oncológico, um aspecto relevante e prioritário naqueles doentes.

A dor severa e permanente, causa de sofrimento intenso em muitos doentes vítimas de doença crónica em fase terminal, obriga a que na prestação de cuidados paliativos estejam sempre integradas as possibilidades de alívio da dor, incluindo o acesso à prescrição e utilização, recomendada pela Organização Mundial de Saúde, de analgésicos opióides.

Se não é fácil avaliar as incapacidades em geral, esta tarefa torna-se mais difícil quando se pretende avaliar uma incapacidade causada pela dor crónica, uma vez que, frequentemente, não é objectivável através de exames complementares. De facto, como experiência perceptiva multidimensional, a dor é subjectiva, ultrapassando o modelo médico tradicional de doença, que assenta numa causalidade patogénica somática, sendo, portanto, complexa a relação directa entre lesão e incapacidade.

A dor crónica deve, assim, deixar de ser encarada na perspectiva do dualismo cartesiano, isto é, se não é física é psíquica, para passar a ser considerada como uma experiência sensorial, emocional e social, subjectiva e desagradável. Do mesmo modo, é importante que se distinga a dor do sofrimento. De facto, o sofrimento, mais amplo e global do que a dor, pode atingir a integridade do ser humano, não se esgotando na dor, mas transcendendo-a nos seus aspectos cognitivos e emocionais.

Existem múltiplas técnicas, que devem saber usar-se de forma combinada, e indicações específicas para o tratamento eficaz da dor cró-

nica. É fundamental que tais técnicas sejam disponibilizadas e usadas, após avaliação diagnóstica adequada, de acordo com protocolos de actuação definidos em cada unidade de dor, de forma a evitarem-se intervenções avulsas que, no caso da dor crónica, apenas contribuem para a iatrogenização, para a maior dificuldade de intervenções futuras, para o insucesso terapêutico e para o despesismo.

## Técnicas no controlo da dor crónica

As técnicas de controlo da dor crónica são variadas e de natureza diferente. Pela sua maior frequência de utilização destacam-se as *técnicas farmacológicas*, conservadoras ou invasivas, *as técnicas não farmacológicas* e *as técnicas neurocirúrgicas*.

### 1. Técnicas farmacológicas

As **técnicas farmacológicas conservadoras** envolvem, fundamentalmente, a utilização de fármacos analgésicos e fármacos adjuvantes, que, no caso de doentes oncológicos, deverá respeitar os critérios, propostos pela Organização Mundial de Saúde, de prescrição e incrementação progressiva ao longo de uma escada analgésica de três degraus.

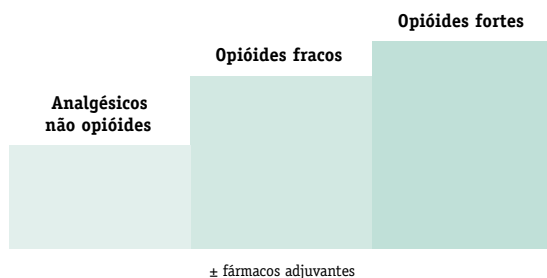
Os analgésicos podem ser opióides e não opióides, sendo a morfina o paradigma de referência no grupo dos opióides fortes, a codeína no do grupo de opióides fracos e os anti-inflamatórios não esteróides no grupo dos analgésicos não opióides, onde, também, se incluem outros analgésicos antipiréticos, como o paracetamol, sem actividade anti-inflamatória e o metamizol, com pouca actividade anti-inflamatória.

O recurso aos opióides, em doentes com dor crónica não oncológica, permanece controverso, pelo que deverá ser reservado a



situações específicas sob responsabilidade de clínicos experientes.

Os fármacos adjuvantes, de enorme importância no controlo de todas as formas de dor crónica, são medicamentos pertencentes a vários grupos farmacológicos que, não sendo verdadeiros analgésicos, contribuem para o alívio da dor, potenciando os analgésicos e interferindo nos vários factores que podem agravar o quadro algico. São exemplo, entre outros, os antidepressivos, os ansiolíticos, os anticonvulsivantes, os corticosteróides, os relaxantes musculares e os anti-histamínicos.



Os **métodos farmacológicos invasivos** envolvem a utilização de anestésicos locais e agentes neurolíticos para a execução de bloqueios nervosos, com a intenção de provocar interrupção da transmissão dolorosa.

A utilização dos anestésicos locais poderá ser feita com intenções terapêuticas, diagnósticas ou prognósticas, enquanto que a dos agentes neurolíticos, como o fenol ou álcool etílico, a cair progressivamente em desuso, é sempre terapêutica reservada a situações pontuais com indicação precisa.

São, também, considerados invasivos os métodos de administração de opióides, anestésicos locais e corticóides, por via espinal.

## 2. Técnicas não farmacológicas

As técnicas não farmacológicas compreendem, entre outras, a reeducação do doente, a estimulação eléctrica transcutânea – TENS, as técnicas de relaxamento e *biofeedback*, a abordagem cognitivo-comportamental, as psicoterapias psicodinâmicas, as estratégias de *coping* e de redução do *stress*, os tratamentos pela medicina física e o exercício físico activo e passivo.

## 3. Técnicas neurocirúrgicas

As mais conhecidas destas técnicas, efectuadas a céu aberto, são as neurectomias, as rizotomias, as drezotomias – *dorsal root entry zone* – as simpaticectomias, as cordotomias, as mielotomias e algumas técnicas de neuroestimulação, podendo, contudo, algumas delas ser realizadas por via percutânea.

As técnicas percutâneas permitem ainda utilizar a radiofrequência clássica ou a moderna radiofrequência por pulsos, para executar, por exemplo, ganglionectomias ou rizólise das facetas.

## Definição de Dor Crónica

*É uma dor prolongada no tempo, normalmente com difícil identificação temporal e/ou causal, que causa sofrimento, podendo manifestar-se com várias características e gerar diversos estádios patológicos.*

## RECOMENDAÇÕES

- > A actuação precoce na dor crónica pode evitar múltiplas intervenções e iatrogenias, promovendo, mais facilmente, o bem-estar do doente e o seu regresso a uma actividade produtiva normal.
- > O tratamento da dor crónica não deve ser restrito às unidades de dor, mas uma preocupação de todo o profissional de saúde.
- > Cabe ao médico assistente a responsabilidade do eventual encaminhamento do doente para uma unidade de dor.
- > A avaliação e o tratamento da dor crónica podem, em muitos casos, ser feitos pelo médico assistente. Surgem, no entanto, situações em que a dor permanece sem diagnóstico, não responde ao tratamento ou assume contornos de grande incapacidade. Nestes casos o doente deve ser referenciado para uma unidade de dor.
- > Deve seguir-se o princípio de que a referência para a unidade de dor compete ao médico que acompanha a patologia que originou o quadro doloroso, assegurando-se, assim, a transmissão correcta da informação clínica e a continuidade de cuidados.
- > É fundamental uma eficaz articulação entre o médico assistente e os profissionais que prestam cuidados numa unidade de dor, uma vez que o tratamento da dor crónica, geralmente prolongado e com aspectos técnicos complexos, requer uma actuação conjugada.
- > A abordagem da dor crónica assenta, assim, em três pilares fundamentais: a pessoa doente, o médico assistente e a unidade de dor.
- > Não se pode confundir tratamento da dor crónica com cuidados paliativos. Estes cuidados recorrem frequentemente ao tratamento da dor, mas não se esgotam nele.

- > Deve ter-se sempre em consideração que não existe uma síndrome despersonalizada de dor crónica, mas sim doentes com dor crónica.
- > No tratamento da dor crónica é fundamental o domínio da farmacologia dos analgésicos, com destaque para os seus efeitos secundários.
- > Deve ter-se especial atenção à frequente necessidade de referência a uma unidade de dor, nas seguintes situações: doença crónica acompanhada de dor persistente que permanece após tratamento da patologia em causa; dificuldade de diagnóstico da patologia causadora de dor crónica; dificuldade na abordagem do doente com dor crónica perante a suspeita, ou presença, de factores psicológicos.
- > Deve ser considerado o tratamento em internamento quando a dor é severa, incapacitante e não controlada, quando existe um problema clínico grave associado à dor crónica ou quando há necessidade de tratamento invasivo ou cirúrgico.
- > Deve ter-se em atenção que cada etapa do desenvolvimento psicológico e crescimento biológico da criança tem as suas características próprias, pelo que a dor crónica, nesta, depende de factores situacionais e emocionais que se alteram em função da idade.
- > Na abordagem da dor crónica na criança deve valorizar-se a interacção com os pais, com a família e com os educadores e o seu relacionamento com o mundo exterior.
- > Deve ter-se em consideração que a co-morbilidade é uma regra na pessoa idosa, o que torna o tratamento da dor crónica, neste grupo etário, um desafio, devido às inerentes dificuldades diagnósticas e terapêuticas.

- > O tratamento da dor crónica deve estar integrado na prestação de cuidados domiciliários a pessoa idosas.
- > No acompanhamento do doente oncológico, quer em ambulatório, quer em internamento, deve proceder-se, com intervalos regulares, à avaliação da dor e ao grau de alívio e de satisfação do doente com o tratamento.
- > Nos doentes oncológicos as terapêuticas devem ser instituídas progressivamente, de acordo com a escala analgésica, iniciando-se pelos analgésicos não opióides e chegando aos opióides nas situações de persistência de dor severa.
- > No doente com SIDA são frequentes a dor central, a dor neuropática, a lombalgia e as cefaleias. A instituição terapêutica a estes doentes impõe cuidados específicos relacionados com eventuais antecedentes de toxicod dependência, o uso de múltiplos fármacos no combate à doença e às suas complicações, a existência de défice imunitário, de alterações da coagulação e de eventuais alterações psicológicas.
- > Tendo em conta a definição de dor crónica e a perspectiva científica actual, deve rejeitar-se, na avaliação da incapacidade do doente com dor, a tradicional dicotomia entre sintoma e lesão, devendo avaliar-se não apenas o prejuízo funcional determinado por uma lesão, mas o doente na sua globalidade.

# Orientações Genéricas para o Controlo da Dor em Obstetrícia

A dor do trabalho de parto desencadeia uma série de alterações no equilíbrio homeocínético. Estas alterações traduzem-se em modificações hemodinâmicas, frequência e intensidade das contracções uterinas, tempo de trabalho de parto e tipo de extracção fetal.

A analgesia do parto, ou “parto sem dor”, adquire contornos de um direito universal, ao qual todas as mulheres devem ter igualdade de acesso, o que pressupõe, por parte destas, informação detalhada e faculdade de opção consciente perante este acontecimento tão importante como fisiológico.

Os profissionais de saúde que, no seu dia-a-dia, estão envolvidos no acompanhamento da gravidez ou na assistência ao parto conhecem o sofrimento que muitas vezes se associa à dor no trabalho de parto, quase sempre relacionada com ansiedade da mãe e, muitas vezes, associada a grupos etários extremos e a problemas de ordem sociocultural, e sabem que, como dizia Albert Schweitzer, cabe ao profissional de saúde “a obrigação e o privilégio de aliviar a dor”.

O alívio da dor durante o trabalho de parto ajuda a evitar a sua descoordenação, bem como a diminuição do fluxo de sangue uterino, os quais condicionam prejuízos na reserva de oxigénio da placenta. A analgesia durante o parto contribui, ainda, para a melhoria da oxigenação fetal.

A analgesia efectuada por via epidural lombar é a técnica mais difundida, a mais indicada e a mais frequentemente usada para o “parto sem dor”. Esta técnica constitui o melhor método para possibilitar um maior bem-estar fetal e neonatal e para aliviar a dor materna, sem risco de depressão cardiorrespiratória para o recém-nascido, corrigindo, em situações de hipertensão materna, o vasoespasmó das artérias uterinas.

## Vantagens da analgesia do parto

- > Encurtamento do tempo de trabalho de parto.
- > Alívio da dor materna com melhor disponibilidade para colaboração no período expulsivo.
- > Aumento do bem-estar fetal e neonatal.

## Riscos da analgesia do parto

- > Hematoma extradural e consequente compressão das raízes nervosas ou infecção.
- > Punção da membrana dural.

## Indicações particulares para a analgesia do parto

- > Grávidas hipertensas.
- > Gravidezes gemelares.
- > Apresentações pélvicas.
- > Prematuridade.

## RECOMENDAÇÕES

- > A grávida deve ser informada das vantagens da analgesia do parto, tanto para ela própria como para o feto.
- > A grávida deve, também, ser informada do que se vai passar durante a analgesia do parto e, sempre que possível, visitar a maternidade, para que o ambiente desta não lhe seja estranho.
- > A grávida deve, ainda, ser informada da necessidade de efectuar sessões de ginástica músculo-esquelética adequada às alterações funcionais provocadas pela gravidez.

- > Para que se dê início à analgesia por via epidural, é obrigatória a obtenção do consentimento informado da parturiente, a discussão com o obstetra sobre o *status* materno e fetal e a existência de meios imediatamente disponíveis, como equipamento de ressuscitação e fármacos, para resolução de eventuais problemas, ou complicações, que possam ocorrer.
- > O período de cuidados pós-analgesia ou pós-anestesia deverá contar com a disponibilidade de um anesthesiologista, para a eventualidade de necessidade de tratamento de complicações ou de ressuscitação cardiopulmonar.
- > Todas as puérperas devem receber cuidados de vigilância intensiva durante as duas primeiras horas após a analgesia, ou a anestesia, período durante o qual pode ocorrer descontração uterina.
- > A presença de neonatologista, ou pediatra, é indispensável no momento do parto, a fim de prestar ao recém-nascido os cuidados necessários.



# Orientações Genéricas para a Auto-ajuda no Controlo da Dor

Sabe-se que a Dor é um fenómeno complexo e multidimensional. As respostas individuais ao estímulo doloroso são influenciadas e/ou condicionadas por valores e modelos culturais, pela experiência anterior, comportamento, cognição, personalidade, idade, ansiedade e ambiente envolvente.

A terapêutica da dor pode dividir-se em dois grandes grupos: **farmacológica** e **não-farmacológica**, consoante se utilizam, ou não, medicamentos. Quer se opte por cada uma das modalidades, ou por ambas, o doente deverá ter em conta algumas orientações para uma melhor rentabilização da terapêutica instituída, com vista a contribuir, ele próprio, para uma menor incidência de dor e para um mais eficaz auto-controlo dos sintomas, atingindo, assim, os ganhos em saúde desejados.

Se o psicólogo é uma presença fundamental nas Unidades de Dor e o principal orientador de muitas das terapêuticas não farmacológicas, o enfermeiro, tendo em conta o tempo de presença junto de doentes e famílias, bem como a relação terapêutica próxima na perspectiva da relação de ajuda, é, por excelência, uma pedra basilar na implementação, execução e avaliação de uma estratégia multidisciplinar de controlo da dor. Assim, todos os profissionais de saúde envolvidos nesta estratégia devem:

- > *conhecer e explorar os conceitos e definições actuais de dor, sua origem multifactorial e inter-relação de sintomas;*
- > *distinguir os componentes cognitivos e afectivos da dor, incluindo a sua percepção pessoal e individual, bem como as influências de carácter cultural e espiritual na sua manifestação;*
- > *conhecer as teorias sobre fisiologia da dor;*
- > *saber comparar e distinguir dor aguda e dor crónica, bem como os seus significados para o doente e família;*

- > conhecer os medicamentos utilizados no tratamento da dor, nomeadamente as suas indicações, mecanismos de acção, semi-vida, efeitos secundários e interacções medicamentosas e vias de administração;*
- > conhecer as barreiras e conceitos errados, profissionais, culturais e sociais, que dificultam a sua correcta abordagem, avaliação e controlo;*
- > desenvolver uma atitude crítica e reflexiva sobre a prática profissional habitual, no que respeita à atitude perante a expressão da dor, a avaliação e os meios utilizados para a controlar.*

A actuação do profissional de saúde na abordagem do doente com dor, integrada numa equipa multidisciplinar composta por profissionais com competências complementares e com objectivos e estratégias comuns, pertencentes ou não à mesma instituição de saúde, desenvolve-se, assim, ao longo de todo o processo de intervenção junto do doente com dor, devendo ser tomado em consideração, seja qual for o perfil do profissional, o seu papel de agente de ensino junto do doente e seus conviventes, para que se não perca a possibilidade destes colaborarem, de forma esclarecida e adequada, no controlo da dor.

As orientações genéricas para a auto-ajuda no controlo da dor passam por várias etapas:

### **1. Ensino sobre a auto-avaliação da dor**

Este ensino incide, sobretudo, na necessidade do doente compreender a importância desta auto-avaliação. O doente deve estar capacitado para ter em conta:

- > a **localização** da dor e da área ou áreas afectadas;
- > a **identificação** das limitações funcionais ou necessidades vitais afectadas, como o sono, repouso, exercício, alimentação, actividade sexual, actividade social ou outras;
- > a **caracterização** da dor, quanto ao seu tipo, carácter e intensidade, através da utilização de escalas de avaliação;
- > a **medicação** ou estratégias utilizadas para a redução da dor e os **resultados** obtidos com as mesmas.

## 2. Ensino sobre as formas de controlo dos estímulos desencadeantes da dor e dos sintomas que podem diminuir a sua tolerância

- > controlo de possíveis estímulos desencadeantes, como a **mobilização**, a **compressão** e a **comunicação oral**;
- > controlo dos sintomas que podem diminuir a tolerância à dor relacionados com a própria doença e/ou com a medicação antálgica, como astenia, anorexia, náuseas e vómitos, obstipação, labilidade emocional e depressão.

## 3. Ensino relativo à medicação antiálgica

- > persuadir o doente a colaborar na implementação da estratégia terapêutica e a cumpri-la;
- > envolver os familiares no cumprimento das regras de administração dos medicamentos;
- > desmitificar a utilização de opióides, particularmente da morfina;
- > incutir no espírito do doente e dos familiares confiança na medicação, prevenindo expectativas irrealistas.

#### 4. Ensino sobre o autocontrolo da dor

Visando a diminuição da intensidade da dor, ou o aumento da tolerância a esta, as acções nesta área prendem-se, sobretudo, com o ensino de técnicas não farmacológicas de apoio, passíveis de serem realizadas pelo próprio doente.

É importante, no entanto, que antes do ensino sobre estas técnicas o doente tenha já obtido algum domínio sobre o controlo dos efeitos secundários da medicação, o manejo eficaz da terapêutica antálgica e o conhecimento da sua melhor posição antálgica.

As técnicas de auto-controlo da dor podem, assim, ser de tipo **comportamental** e de tipo **cognitivo**.

#### T É C N I C A S   C O M P O R T A M E N T A I S

##### > *Relaxamento*

O relaxamento pode ser utilizado pelos seus efeitos directos na tensão existente na musculatura. Ao diminuir a hiperactividade muscular decresce, também, o agravamento e manutenção da dor. Por outro lado, esta técnica vai permitir distrair o pensamento, já que os doentes estão hipervigilantes em relação ao seu estado doloroso.

##### > *Programação de Actividades*

Os doentes apresentam uma diminuição progressiva das actividades, com a consequente fixação nas sensações físicas e de exacerbação da dor. Esta redução de actividades leva-os a sentimentos de desespero e de perda de autonomia. O planeamento de actividades que o doente pode desenvolver vai ajudá-lo a quebrar este ciclo. O seu envolvimento em actividades promove o sentimento de que “é capaz” e de que pode controlar a sua

vida.

> **Registo da dor e de actividades**

O doente deve ser incentivado a registar as tarefas que realizou e os sentimentos e pensamentos associados à realização dessas tarefas, de acordo com uma tabela pré-definida, que deverá incluir, também, o registo da intensidade da dor, de forma a poderem, posteriormente, ser analisados com o psicólogo e trabalhadas as cognições e os sentimentos inadequados.

**T É C N I C A S   C O G N I T I V A S**

> **Técnicas de distração**

A distração, ou atenção dirigida, consiste em focalizar a atenção do doente em algo que não seja a sua dor, como por exemplo, ouvir música, ver televisão ou ler. Este método pode reduzir a intensidade dolorosa ou aumentar a tolerância à dor, tornando-a menos incómoda.

> **Estratégias de confronto**

São estratégias destinadas a tentar alterar as circunstâncias negativas relacionadas com a dor, reduzindo os seus efeitos nocivos. As mais utilizadas são a *auto-instrução* – auto-afirmações positivas durante uma situação em que o doente apresenta pensamentos negativos; a *testagem da realidade* – procura de evidências empíricas para os seus pensamentos; a *pesquisa de alternativas* – procura de todas as alternativas possíveis, e não apenas as negativas, e a *descatastrofização*.

> **Reestruturação cognitiva**

Técnica que utiliza não apenas o debate lógico e o empírico, mas, também, o treino, o ensaio e a repetição de formas alter-

nativas de discurso interno, para tentar que o doente substitua as cognições irracionais, ou distorcidas, associadas à dor, por pensamentos mais relativistas, adaptados, funcionais e realistas.

### **5. Suporte emocional e psicológico à família do doente**

As acções nesta área prendem-se, sobretudo, com as medidas de apoio e conforto psicológico que podem ser prestadas ao doente e família.

### **6. Ensino aos doentes com dor**

#### ***Sobre a mobilização***

- > não a forçar, quando dolorosa, reduzindo-a ao mínimo;
- > optar por posições confortáveis;
- > aconselhar sobre os cuidados inerentes a uma imobilização prolongada, não descurando que a própria massagem pode desencadear a dor;
- > planejar o reforço da analgesia, sempre que possível, ao efectuar manobras desencadeantes de dor como mudanças de posição ou autocuidados.

#### ***Sobre a compressão***

- > procurar evitá-la ou reduzi-la através de vestuário ou posicionamento adequados.

#### ***Sobre a comunicação oral***

- > incentivar a escrita ou o uso de gestos como forma de comunicação, sobretudo em doentes com patologia oncológica da cabeça e do pescoço, em que a articulação de palavras, ou sons, lhes provoca grande sofrimento, e incentivar a utilização de meios alternativos de linguagem em doentes do foro neurológico.

#### ***Sobre a astenia***

- > informar que este sintoma pode ser inerente à própria doença ou à medicação antiálgica e ter tendência a persistir;



- > alertar para o recurso ao médico, se a persistência e a intensidade da astenia ultrapassarem o benefício do alívio da dor;
- > aconselhar a não fazer mais do que o seu estado físico permitir;
- > ajudar o doente a elaborar um esquema de actividades que respeite as suas capacidades, preferências e necessidades.

### ***Sobre a anorexia, náuseas e vômitos***

- > aconselhar técnicas de preparação doméstica de refeições que reforcem o aporte de nutrientes;
- > preferir alimentos do agrado do doente e de fácil digestão;
- > recomendar pequenas refeições e frequentes;
- > ensinar a não forçar a ingestão de alimentos quando nauseado;
- > evitar o uso de roupas apertadas e que comprimam o abdómen;
- > alertar para a necessidade de fazer higiene oral antes e após as refeições, de forma a refrescar a mucosa oral e colmatar a sensação de boca seca e halitosa;
- > combater os vômitos com a ingestão de pequenas quantidades de líquidos (30ml) de hora à hora;
- > consultar o médico na persistência dos sintomas, para recurso a medicamentos.

### ***Sobre a obstipação***

- > aconselhar abundante ingestão de água ( $\pm$  2 litros diários);
- > ensino alimentar;
- > promover a utilização de laxantes, perante a persistência de obstipação;
- > utilização de enemas de limpeza, como recurso.

### ***Sobre a labilidade emocional ou depressão***

- > ajudar o doente a conhecer-se melhor a si próprio, identificando, assim, com maior facilidade, estes sinais ou sintomas no seu comportamento;



- > aconselhar, quando possível, o acompanhamento psicológico, perante a evidência daqueles sintomas.

### ***Sobre a medicação antiálgica***

- > ajudar a compreender a necessidade de uma administração regular dos medicamentos;
- > habilitar o doente e/ou os familiares com conhecimentos sobre a medicação prescrita, seja qual for a via de administração, para que se sintam seguros e possam prevenir, ou reconhecer, alguns dos efeitos secundários da mesma. No caso de estarem a ser utilizadas técnicas de perfusão contínua por via subcutânea, fornecer informações sobre o tipo de dispositivo infusor utilizado e os cuidados a ter com o local de punção;
- > desmitificar o problema da dependência da morfina, explicando que o aumento gradual das doses não produz dependência física nem psicológica, e fazer o doente entender que a não utilização de morfina, como medicamento, no tipo de dor que o afecta, resulta apenas num sofrimento desnecessário; dirigir também estas explicações aos familiares.

### ***Sobre o relaxamento***

- > explicar que esta técnica visa a diminuição da ansiedade e da tensão, contribuindo para que o doente sinta a dor com menor intensidade, funcionando até, por vezes, como indutora do sono;
- > induzir o relaxamento, falando em voz baixa e pausada, procurando manter o mesmo timbre;
- > orientar a técnica no sentido de relaxar um grupo muscular de cada vez (cabeça, pescoço, ombros), passando aos grupos musculares seguintes até relaxar, progressivamente, toda a musculatura esquelética. Acompanhar todo o exercício com respi-

ração lenta e rítmica;

- > avaliar o grau de melhoria relativamente à dor, explicando ao doente que é natural que o alívio não seja total nas primeiras vezes;
- > incentivar o recurso a esta técnica, perante a ansiedade e tensão, causas possíveis de exacerbação da dor.

### ***Sobre a programação de actividades***

- > elaborar com o doente uma lista de actividades que possa e goste de realizar e que façam parte do seu quotidiano;
- > escaloná-las de acordo com os sentimentos expressos pelo doente ou de acordo com a avaliação do grau de rejeição;
- > envolver o doente numa tarefa de cada vez, passando para a tarefa seguinte após a expressão dos sentimentos adequados.

### ***Sobre as técnicas de distração***

- > explicar em que consistem e os seus objectivos;
- > averiguar, junto do doente e família, como ocupava o seu tempo antes do quadro algico e quais as suas distrações preferidas;
- > incentivar, pacientemente, a distração com esse tipo de ocupações;
- > em caso de insuficiência, ou de insucesso, utilizar outras técnicas como, por exemplo, a imagética orientada, que consiste em tentar imaginar ou recordar factos que dêem prazer.

### ***Sobre o suporte emocional e psicológico à família do doente***

- > adquirir a confiança do doente e família;
- > mostrar disponibilidade para os ouvir;
- > procurar resolver as questões mais prementes ou que mais os afectam, recorrendo, se necessário, à equipa multidisciplinar para um encaminhamento mais adequado;
- > utilizar técnicas psicoterapêuticas no acompanhamento do fami-