

Associação Africana de Cuidados Paliativos

# Derrotando a Dor

2<sup>a</sup> edição



Manual de Bolso para  
a Gestão da Dor em África



## EDITORES

### Este livro foi editado por:

- Dra. Julia Downing
- Mackuline Atieno
- Stephanie Debere
- Dr. Faith Mwangi-Powell
- Dr. Henry Ddungu
- Fatia Kiyange

## LISTA DE COLABORADORES

### Os colaboradores deste manual de bolso são o pessoal e membros da APCA. Que incluem:

- **Dr. Renee Albertyn**, Hospital de Crianças da Cruz Vermelha, Cape Town, África do Sul
- **Dr. Henry Ddungu**, Associação Africana de Cuidados Paliativos, Kampala, Uganda
- **Dr. Julia Downing**, Associação Africana de Cuidados Paliativos, Kampala, Uganda
- **Dr. Liz Gwyther**, Associação de Hospício e Cuidados Paliativos da Africa do Sul, Cape Town, África do Sul
- **Dr. Jack Jaqwe**, Hospício de África Uganda, Kampala, Uganda
- **Dr. Zipporah Merdin-Ali**, Associação Kenyana de Hospício e Cuidados Paliativos, Nairobi, Kenya
- **Dr. Faith Mwangi-Powell**, Associação Africana de Cuidados Paliativos, Kampala, Uganda
- **Dr. Liz Namukwaya**, Equipa de Cuidados Paliativos do Hospital de Mulago, Kampala, Uganda
- **Lameck Thambo**, Associação Malawiana de Cuidados Paliativos, Lilongwe, Malawi.

Para além da equipa editorial a APCA também está grata às pessoas seguintes por terem revisto o manual de bolso e por terem contribuído com os editores: Rose Kiwanuka, Dr. Mhoira Leng, Dr. Michelle Meiring, Patricia Ulaya, Dr. Steve Williams, Dr. Henry Ddungu, Dr. Andrew Fullem e Dr. John Palen.

A APCA também agradece a todos os seus membros e os que estão na equipa consultiva para o projecto da AIDSTAR: Mackuline Atieno (APCA), Stephanie Debere (APCA), Dr. Henry Ddungu (APCA), Dr. Julia Downing (APCA), Fatia Kiyange (APCA), Dr. Faith Mwangi-Powell (APCA), Richard A Powell (APCA), Kath Defillipi (South Africa), Olivia Dix (UK), Eunice Garanganga (Zimbabwe), Carla Horne (South Africa), Jennifer Hunt (Zimbabwe), Dr. Ekie Kikule (Uganda), Joan Marston (South Africa), Dr. Michelle Meiring (South Africa), Dr. Zipporah Merdin-Ali (Kenya), Dr. Jennifer Ssenooba (Uganda), Lameck Thambo (Malawi), Patricia Ullaya (Zambia) e Dr. Stephen Williams (Zimbabwe).

A APCA agradece à AIDSTAR-One e à USAID por financiarem a criação e publicação deste manual de bolso.

A MOPCA agradece aos seus membros, parceiros e a toda a equipe que participou na correcção da tradução, reprodução e distribuição deste manual: Dra. Teresa Schwalbach, Dra. Marília Vida (Unidade da Dor), Olívia Muzima (MISAU), CDC, FGH, Lídia Monjane, Gilda Gondola e Celestina Cardoso (MOPCA).

ISBN 978 9970 204 01 4

© 2ª Edição @ Associação Africana de Cuidados Paliativos (APCA) 2012

São reservados todos os direitos seja da totalidade ou parte do material particularmente os direitos de reprodução de imagens ou texto, ou de tradução ou reimpressão. Os pedidos de permissão para reprodução do texto ou imagens, ou de tradução das publicações da APCA, ou quaisquer outros pedidos, devem ser endereçados à APCA, PO Box 72518, Kampala, Uganda, Tel: +256 414 266251, Fax: +256 414 266217 email: [info@africanpalliativecare.org](mailto:info@africanpalliativecare.org) tornado.

A execução deste manual de bolso foi possível graças ao apoio do povo Americano através da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e do projecto AIDSTAR-One. O conteúdo deste relatório é da total responsabilidade da Associação Africana de Cuidados Paliativos e não reflecte necessariamente os pontos de vista da USAID ou do Governo dos Estados Unidos.

A APCA não garante que a informação contida nesta publicação esteja completa e correcta e não deverá ser responsabilizada por quaisquer danos que possam incorrer como resultado do seu uso. Este manual de bolso contém informação relativa aos princípios gerais de gestão da dor em África, que não devem ser encarados como instruções específicas para um paciente em particular. Alguma dessa informação pode citar o uso de determinado medicamento numa dosagem, para uma indicação, e de uma forma diferente da recomendada. Portanto a literatura do fabricante deve ser consultada para uma informação completa da prescrição. Deve usar-se o senso clínico a cada momento.

## PREFÁCIO

Os cuidados paliativos distinguem-se dos cuidados de apoio em doenças progressivas pelas suas dimensões clínicas, especificamente o controle da dor e outros sintomas. Conforme definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), os cuidados paliativos envolvem avaliação e gestão da dor e outros sintomas em pacientes com uma doença que limita a vida e englobam a dor física, emocional e espiritual. O PEPFAR apoia a definição da OMS de cuidados paliativos e já a incluiu como uma componente chave para todos os seus cuidados, tratamentos e programas de apoio para as pessoas e famílias com a doença de HIV em contextos com baixos recursos.

Com o grande fardo do cancro e do HIV, entre outras doenças que limitam a vida em África, existe um claro argumento de saúde pública para a disponibilidade de medicamentos para o alívio da dor e outros sintomas, de modo a melhorar a qualidade de vida de milhões de pessoas afectadas, maximizar os benefícios clínicos do tratamento disponível, e para garantir o alívio do sofrimento desnecessário. A maioria dos problemas pode ser controlada com conhecimento clínico adequado e disponibilidade de medicamentos. Para abordar esta lacuna em conhecimento, o Grupo Técnico de Trabalho em Cuidados e Apoio do PEPFAR financiou a Associação Africana de Cuidados Paliativos em colaboração com a AIDSTAR-ONE, para elaborar um manual de bolso para os clínicos e prescritores. O objectivo deste guião, *Derrotando a Dor: Um Manual de bolso de Gestão da Dor* é reforçar o conhecimento dos provedores na área de avaliação da dor, tratamento, e gestão. O guião apresenta situações comuns relacionadas com o HIV e metodologias para a gestão da dor em pacientes pediátricos e adultos.

*Derrotando a Dor*: Foi elaborado um Manual de bolso de Gestão da Dor em África para prescritores e farmacêuticos a todos os níveis de prestação de cuidados em África, mas com maior enfoque para os provedores intermédios e especialistas de cuidados paliativos. Esta segunda edição, foi revista em 2012 para incluir actualizações importantes que reflectem as melhores práticas actuais. Ele faz parte de uma colecção de livros de bolso criados pela Associação Africana de Cuidados Paliativos (APCA) e pode ser usado de forma independente complementando com outros livros da colecção, tais como *O Manual de bolso para Cuidados Paliativos em África*. É baseado na filosofia de cuidados paliativos e almeja fornecer dicas úteis de fácil referência para ajudar os médicos a “derrotar a dor”. O Manual de bolso é usado acedendo ao ensino personalizado através da auto-aprendizagem assistida através do [www.africanpalliativecare.org](http://www.africanpalliativecare.org), site da APCA .

Este Manual de bolso aborda o conceito de "dor total" e apresenta uma abordagem integrada, multidisciplinar dos cuidados abrangendo a dor psicológica, social, espiritual e física. Contudo, ao fazer esta abordagem, o PEPFAR e a APCA estão cientes de que nem todos os medicamentos usados para a gestão da dor estão disponíveis em todos os países da África e de que os nomes e formulações podem variar de país para país. Por exemplo, apesar dos opióides fortes nem sempre estarem disponíveis, foram incluídos uma vez que são medicamentos essenciais para a gestão da dor. A dor em crianças é também uma questão importante e por isso as necessidades destas são evidenciadas numa secção separada deste Manual de bolso, mas vale a pena notar que alguns dos princípios gerais de gestão da dor se aplicam em todas idades e por isso não serão repetidos.

Importa mencionar que com este Manual de bolso não se pretende cobrir tudo o que está relacionado com a avaliação e gestão da dor. Ele apenas contém informação essencial para os clínicos, podendo as informações adicionais acerca da avaliação e gestão da dor ser encontradas noutros textos mais detalhados, que foram usados como fontes para a compilação deste Manual de bolso (ver lista bibliográfica).

Derrotar a Dor é uma componente vital para pessoas com uma doença que ameaça a vida e o alívio da dor é um direito humano. Daí que o PEPFAR e a APCA esperam que este Manual de bolso forneça dicas úteis aos prescritores e farmacêuticos a todos os níveis de prestação de serviços em África, de modo a derrotarem a dor dos pacientes na região.

**Dr. Faith Mwangi - Powell**

Director Executivo, APCA

**Dr. Jon Kaplan - CDC, Atlanta**

Co - Presidente, Grupo Técnico de Trabalho em Cuidados e Apoio do PEPFAR

**Dr. John Palen - USAID, Washington, D.C.**

Co - Presidente, Grupo Técnico de Trabalho em Cuidados e Apoio do PEPFAR

## ÍNDICE

|   |         |
|---|---------|
| Classificação da dor _____  | Pág 7   |
| Avaliação da dor _____  | Pág 18  |
| Métodos farmacológicos de gestão da dor _____   | Pág 34  |
| Morfina e outros opióides _____   | Pág 51  |
| Gestão não farmacológica da dor _____   | Pág 61  |
| Gestão da dor psicológica, espiritual e cultural _____  | Pág 70  |
| Considerações especiais para pessoas com HIV/SIDA, os idosos e os que estão em fim de vida. _____ | Pág 76  |
| <b>BIBLIOGRAFIA</b> _____   | Pág 88  |
| <b>ANEXOS</b> _____   | Pág 90  |
| A Escala de Resultados de Cuidados Paliativos de África da APCA (POS) _____                       | Pág 91  |
| Possíveis interacções entre os ARVs e fármacos usados na gestão da dor _____                      | Pág 93  |
| Lista de fármacos usados no Manual de bolso (excluindo os ARVs) _____                             | Pág 96  |
| Lista de acrónimos _____  | Pág 97  |
| Sobre a APCA _____  | Pág 99  |
| Sobre a AIDSTAR-ONE _____   | Pág 100 |
| Anotações pessoais _____  | Pág 101 |

# CAPÍTULO 1: CLASSIFICAÇÃO DA DOR

---

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada à lesão real ou potencial de tecidos, ou descrita em termos de tal lesão. (IASP, 1994)

## A. Princípios

- A dor, apesar de desagradável, é essencial porque nos informa quando algo está errado.
  - A dor é uma resposta fisiológica importante.
  - A compreensão da filosofia e classificação da dor irá ajudar na avaliação e gestão da dor, isto é, determinar o tipo de dor ajuda a determinar o seu tratamento.
  - Os estímulos que activam os nociceptores (isto é, receptores preferencialmente sensíveis a um estímulo nocivo ou a um estímulo que possa tornar-se nocivo se prolongado) são percebidos como dor.
  - A dor é influenciada por vários factores diferentes e por isso a dor total engloba factores físicos, psicológicos, culturais, sociais e espirituais.
  - Os factores psicológicos são tão importantes no tratamento da dor quanto a sua causa.
  - A dor pode ser causada por uma doença (por exemplo, cancro), suas consequências (por exemplo, infecções oportunistas), tratamento (por exemplo, a quimioterapia) ou distúrbios concomitantes (por exemplo, artrite).
- 
- As crianças (incluindo os recém nascidos) sofrem de dor tal como os adultos. As crianças mais novas experimentam níveis mais elevados. O medo do tratamento pode inibi-las de exprimir a dor.
  - Os procedimentos dolorosos repetidos podem causar aumento da ansiedade da percepção da dor nas crianças.

## B. Fisiologia da dor

- As vias da dor envolvem o sistema nervoso periférico e o sistema nervoso central.
- A sensação de dor é formada por uma dor inicial rápida e aguda seguida de uma dor lenta, e de longa duração, isto devido à diferença na velocidade dos impulsos nervosos nos diferentes tipos de fibras nervosas.
- Quando há destruição celular, um conjunto de substâncias químicas são produzidas ou libertadas o que influencia o grau de actividade nervosa e daí a intensidade da sensação de dor.
- A dor dos órgãos internos é percebida num local que não é a fonte da dor, ou seja, dor referida.
- A dor crónica pode resultar numa percepção alterada da dor, o que leva a sensibilidade acrescida ou a sensações anormais tais como queimadura ou entorpecimento.

## C. Tipos de dor

A dor pode ser classificada de acordo com:

- › Duração
  - › Mecanismo subjacente
  - › Contexto
  - Diferentes tipos de dor respondem de forma diferente a diferentes analgésicos; daí a importância dos clínicos em determinar o tipo de dor que o paciente tem de modo a prescrever os analgésicos mais adequados.
  - Os pacientes com uma doença que ameaça a vida têm muitas vezes dor nociceptiva (isto é, transmitida por um sistema nervoso não danificado e que geralmente responde aos opióides) e dor neuropática (isto é, transmitida por um sistema nervoso danificado, e que geralmente responde apenas parcialmente aos opióides), e muitos deles também terão mais de uma causa de dor.
- As definições dos termos de dor podem ser encontradas na tabela 1.

**Tabela 1: Definição dos Termos da Dor**

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <b>Dor aguda</b>         | Dor que começa de repente e é geralmente perfurante na qualidade e serve como um aviso de doença ou de uma ameaça ao organismo.   |
| <b>Alodinia</b>          | Dor causada por um estímulo que normalmente não provoca dor.  |
| <b>Analgesia</b>         | Ausência de dor em resposta a estimulação que normalmente seria dolorosa.   |
| <b>Acessos dolorosos</b> | Exacerbação transitória da dor que ocorre no contexto de uma dor outrora estável e controlada.  |
| <b>Causalgia</b>         | Um síndrome de dor ardente constante, alodinia e hiperpatia depois de uma lesão traumática dum nervo, muitas vezes combinada com disfunção vasomotora e mais tarde com alterações tróficas. A terminologia preferida é <i>Síndrome de Dor Regional complexa tipo II</i> . |
| <b>Dor central</b>       | Dor associada a uma lesão no sistema nervoso central (cérebro e medula espinal).  |
| <b>Dor crónica</b>       | Dor que persiste apesar do facto de que a lesão tenha curado. Sinais de dor permanecem activos no sistema nervoso durante semanas, meses ou anos. A dor crónica resulta de um processo patológico crónico.  |
| <b>Disestesia</b>        | Uma sensação anormal desagradável que pode ser espontânea ou provocada  |
| <b>Hiperestesia</b>      | Uma sensibilidade acrescida à estimulação   |
| <b>Hiperalgesia</b>      | Uma resposta exagerada a um estímulo que normalmente é doloroso   |
| <b>Hiperpatia</b>        | Um síndrome doloroso caracterizado por um aumento da reacção a um estímulo, especialmente um estímulo repetitivo e um aumento do limiar.  |
| <b>Dor incidental</b>    | Ocorre apenas em certas circunstâncias, tais como após um certo movimento ou ao levantar: podia ser tratada como dor crónica mas, como é intermitente, é melhor gerida com medidas locais onde possível   |
| <b>Neuralgia</b>         | Dor na distribuição de um nervo   |
| <b>Neuropatia</b>        | Um distúrbio de uma função ou alteração patológica num nervo  |
| <b>Dor neuropática</b>   | Dor que é transmitida por um sistema nervoso danificado, e que é geralmente apenas parcialmente sensível a opióides   |
| <b>Nociceptor</b>        | Um receptor preferencialmente sensível a um estímulo nocivo ou a um estímulo que se pode tornar nocivo se prolongado  |
| <b>Dor nociceptiva</b>   | Dor que é transmitida por um sistema nervoso não danificado e que geralmente responde a opióides  |
| <b>Dor</b>               | Uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão real ou potencial dos tecidos ou descrita em termos de tal lesão   |
| <b>Limiar da dor</b>     | A mínima experiência de dor que o sujeito possa reconhecer  |

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <b>Nível de tolerância da dor</b> | O nível mais alto de dor que o sujeito está preparado para tolerar  |
| <b>Dor iatrogénea</b>             | Dor relacionada com procedimentos / intervenções: é especialmente importante em crianças com doenças crónicas (HIV e cancro) e é uma causa importante de ansiedade que pode ser prevenida em crianças |
| <b>Dor mediada pelo simpático</b> | Causada por destruição de nervos simpáticos – uma parte do sistema nervoso autónomo que serve para acelerar a frequência cardíaca, provocar vasoconstrição e elevar a tensão arterial                 |
| <b>Dor total</b>                  | Engloba a dor física, psicológica, cultural, social e espiritual  |

## 1. A Classificação de Acordo com a Duração

### Dor aguda

- É geralmente devido a uma lesão ou doença aguda definida;
- Tem um início definido e a sua duração é limitada e previsível;
- É acompanhada por ansiedade e sinais clínicos de hiperactividade simpática;
- Quase sempre é o primeiro passo no desenvolvimento da dor crónica.

O tratamento é direccionado à doença ou lesão aguda que causa a dor, com uso de analgésicos por curto período.

### Dor crónica

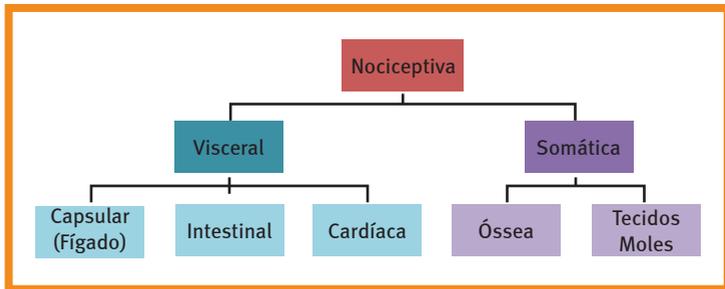
- Resulta de um processo patológico crónico;
- Tem um início gradual ou mal definido, continua inabalável e pode tornar-se progressivamente mais severa; persiste mais tempo do que o previsto para a cura da lesão ou doença em questão;
- Muitas vezes leva a que o paciente fique deprimido ou se isole podendo ser rotulado como “alguém que não está com dor”;
- Não oferece benefícios protectores, não serve nenhum propósito e tem efeitos nocivos que causam alterações a nível do sistema nervoso bem como impacto psicológico.

O tratamento é direccionado à doença subjacente se possível, juntamente com o uso regular de analgésicos para aliviar a dor e prevenir a sua recorrência assim como cuidados de suporte psicológico.

## 2. Mecanismo Subjacente

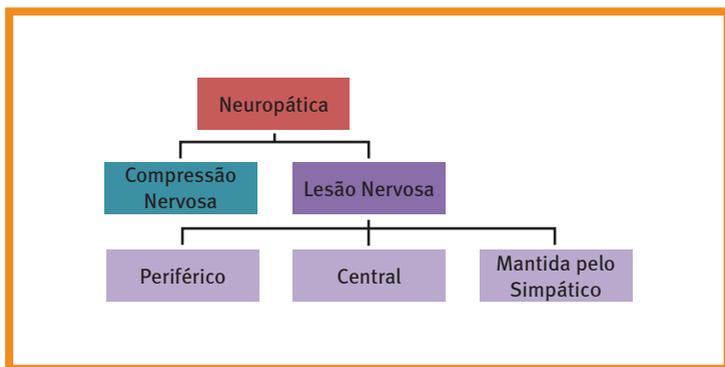
### Nociceptiva

A dor Nociceptiva é produzida pela estimulação de receptores sensoriais específicos nas vísceras e estruturas somáticas (apesar dos nervos estarem intactos). As suas características são:



Fonte: Watson et al, 2009, p226.  
Reimpresso com permissão

- Dor somática: superficial (cutânea) na pele, tecidos subcutâneos ou membranas mucosas: dor intensa e bem localizada; músculos profundos, tendões, articulações; mais difusa e surda
- Dor visceral: surda e mal localizada - a sensação de dor pode ser referida a um local cutâneo, muitas vezes associada a respostas autonómicas (por exemplo, suor, náusea).



Fonte: Watson et al, 2009, p227.  
Reimpresso com permissão

### Neuropática

Produzida pela destruição do sistema nervoso central ou periférico (os nervos são anormais) Características:

- Dor ardente (Disestesia);
- Dor aguda/ penetrante (lancinante);
- Sensação de dor aliviada pela pressão aplicada à área afectada;
- Sensibilidade aumentada a um estímulo doloroso (hiperalgesia) ou a um estímulo que não é normalmente doloroso (alodinia);
- Dor neuropática é uma descrição clínica (não um diagnóstico), que requer uma lesão demonstrável, ou uma doença que satisfaça os critérios de diagnóstico neurológicos estabelecidos.

## 3. Contexto

- **Acessos dolorosos:** Exacerbação transitória da dor que ocorre no contexto de uma dor outrora estável e controlada.  
Acessos dolorosos (Caraceni et al., 2004 )
- **Dor incidental** - ocorre apenas em certas circunstâncias (por exemplo, depois de um certo movimento).
- **Dor iatrogénea** - relacionada com procedimentos ou intervenções.

## D. Outros factores

- A dor é influenciada por factores psicológicos assim como por questões espirituais e circunstâncias sociais; estes factores podem aumentar ou diminuir a sensação de dor.
- O conceito de dor total recorda-nos que precisamos de avaliar e gerir a dor crónica de forma holística.
- A definição de dor da IASP chama a atenção para a componente emocional da experiência dolorosa.
- A dor é muitas vezes expressa em termos tais como ‘agonizante’, ‘cruel’, ‘terrível’, etc.
- As equipas multidisciplinares integradas precisam de ser envolvidas na gestão da dor crónica. Isto deve incluir a recolha de informação sobre medicamentos tradicionais e medicamentos sem prescrição, assim como outros medicamentos usados para tratar condições específicas, tais como HIV.
- O apoio holístico a um paciente com dor crónica tem um efeito profundo na sua qualidade de vida e pode centrar-se em resolver sentimentos de desamparo e na construção da resiliência
- As mulheres sentem dor de forma diferente dos homens como resultado de factores biológicos, psicológicos e sociais; os homens e mulheres também respondem de forma diferente ao tratamento farmacológico e não farmacológico da dor.
- As mulheres em África têm mais probabilidade de sofrer de dor do que os homens e isto pode ser porque:
  - › Têm mais probabilidade de serem sub-tratadas em relação à dor.
  - › Têm níveis mais altos de ansiedade do que os homens e isto agrava a dor.
  - › Se tiverem HIV, têm síndromas dolorosos particulares de natureza ginecológica que estão especificamente relacionados com infecções oportunistas.
  - › Além disso, as mulheres seropositivas são frequentemente jovens com bebés e crianças pequenas que podem também ter HIV, e isto acrescenta à sua dor, o sofrimento social, emocional e espiritual.

**Factores psicológicos**

- A dor é influenciada por factores psicológicos uma vez que afecta a consciência humana.
- Na gestão da dor os factores psicológicos são tão importantes quanto a sua causa física.
- A dor psicológica relacionada com a dor crónica manifesta-se com frequência sob a forma de depressão ou ansiedade.
- A angústia associada a dor crónica pode-se apresentar sob a forma de ira, frustração, desespero, recusa, pesar, tristeza ou isolamento.
- Impedindo actividades e o contacto social, afecta os próprios pacientes e leva a menos actividade, mais isolamento social e a uma focalização na dor - o que leva a um ciclo vicioso de dor - falta de actividade - medo - depressão - mais dor.
- Foi demonstrado que sentimentos negativos, tais como a rejeição ou perda, criam tipos de estimulação nervosa similares às provocadas por estímulos nocivos.

**Factores espirituais**

- A angústia espiritual e existencial pode manifestar-se como problemas físicos e são uma fonte importante de sofrimento clínico que pode agravar ou mesmo causar a dor.
- A dor espiritual pode ou não ter uma componente religiosa e muitas vezes reflecte o questionamento do paciente sobre o significado da vida no geral, e da sua própria vida em particular.
- O desespero e falta de esperança tornam a dor insuportável e um sentimento de paz e energia a partir da fé irá ajudar a tornar mais fácil viver com ela.

**A dor espiritual pode:**

- Induzir o paciente a reavaliar a sua vida
- Levar à recuperação de valores e crenças.
- Tornar-se um ponto de transição ao longo da sua vida quotidiana rumo a um maior auto entendimento.
- O reconhecimento e apoio às questões espirituais são uma parte integrante da avaliação e gestão da dor.

**Factores culturais**

- Os factores culturais desempenham um importante papel na forma como vemos a saúde e doença e portanto a dor.
- Uma abordagem sensível à cultura, etnia e língua irá prevenir o agravamento da dor e ajudar a reduzir a angústia emocional.
- Muitas culturas acreditam em poderes "sobrenaturais" que podem causar a dor, por isso a dor não pode ser gerida.
- Culturas diferentes respondem de forma diferente à dor e é importante reconhecer os comportamentos diferentes tais como os gritos e choros, ou ser estóico.
- A forma como vemos a família e a comunidade a responder à dor irá afectar a forma como nós como indivíduos respondemos à dor.
- A língua também pode constituir um desafio, com o paciente incapaz de comunicar devidamente com o profissional de saúde e vice-versa.

**Factores sociais**

- Os factores sociais não resolvidos podem agravar a dor e a gestão destes pode facilitar o controle da dor.
- Os factores que influenciam a dor podem incluir a falta de ajuda para a vivência diária, a falta de acesso a recursos e serviços comunitários e locais, juntamente com questões legais e financeiras.

## E. Gestão da dor

- A gestão da dor baseia-se sobre o tipo e a causa da dor, a abordagem deve ser holística;
- É importante tratar a causa fundamental da dor se for tratável (por exemplo, uma infecção oportunista).

### Os objectivos da gestão da dor são:

- Promover o alívio da dor;
- Evitar a recorrência;
- Na gestão da dor, os objectivos são o paciente estar livre de dor durante a noite, em repouso durante o dia e, em seguida, livre de dor durante o movimento;
- É importante desencorajar a aceitação da dor pelos trabalhadores de saúde assim como pelo paciente e sua família;
- Tanto os métodos farmacológicos como os não farmacológicos devem ser usados para gerir a dor;
- A dor pode ser gerida numa variedade de contextos, incluindo em casa. É apenas em casos de dor severa que um indivíduo pode precisar de ficar hospitalizado de modo a ter a sua dor controlada.

## F. Saiba que...

- Cada pessoa é diferente e irá sentir a dor de forma diferente.
- O conceito de dor "total" é importante mas é muitas vezes negligenciado, dando ênfase apenas à dor física.
- A experiência da dor é complexa e é importante acreditar no paciente - o facto de não poder encontrar uma causa física para a dor não significa que o paciente não esteja a sentir a dor.
- Dor não revelada não significa dor não sentida - é preciso perguntar ao paciente.
- As intervenções psicológicas são uma componente integral na gestão da dor.

## Referências:

1. International Association for the Study of Pain (IASP) Task Force on Taxonomy (1994). Classification of Chronic Pain, 2nd Edition. Seattle: IASP Press. Disponível em [www.iasp-pain.org](http://www.iasp-pain.org).
2. Mersky H and Bogduk N (1994). Classification of Chronic Pain, 2nd edition. Seattle: ASP Press.

# CAPÍTULO 2: AVALIAÇÃO DA DOR

---

Penso que a definição mais simples e provavelmente a melhor da dor é o que o paciente diz que dói. Penso que podem estar a expressar uma coisa muito multifacetada. Pode ser que tenham questões físicas, psicológicas, familiares, sociais e espirituais associadas a esta experiência. Mas penso que devemos acreditar nas pessoas e uma vez que acreditamos em alguém podemos começar a entender, e talvez a descobrir os vários elementos que compõem a dor.

(Dame Cicely Saunders)

## Princípios

### Avaliação

- A dor pode ser uma doença e um sintoma, e deve ser cuidadosamente avaliada.
- A dor pode evoluir e mudar rapidamente numa pessoa daí a importância da avaliação inicial e de rotina que pode ser comparada com as avaliações subsequentes.
- A avaliação e gestão da dor é melhor considerada como um componente essencial da ampla abordagem terapêutica conhecida como cuidados paliativos;
- A avaliação adequada da dor usando instrumentos de medição apropriados e posterior tratamento pode manter a experiência dolorosa ao mínimo.

### Medição da dor

- A intensidade da dor deve ser cuidadosamente medida através da avaliação.
- É impossível medir a dor pura! O que é medido em termos de dor é um conjunto de dor, ansiedade, medo e desconforto dependente da perspectiva e experiência de cada indivíduo em particular.
- As medições iniciais da dor são necessárias para comparar com as pontuações subsequentes para que se possa avaliar a eficácia do tratamento.

### Gestão

- A dor deve ser cuidadosamente gerida com base na avaliação e medições rigorosas.
- A gestão da dor depende largamente duma avaliação exaustiva do paciente, da doença, e da experiência de dor. Na avaliação da dor estão incluídos todos os factores que podem influenciar a experiência dolorosa.
- A dor não é apenas tratável, mas pode também ser prevenível. É sempre melhor prevenir a dor do que tratá-la quando ela surge.
- O tratamento da dor assenta em três pilares: avaliação da dor, medição da dor e abordagem da dor (ver anexo 1).

- *Lembrar a regra de ouro para com as crianças:* não esperar que a criança indique a dor - pode não ser capaz de fazê-lo (estando muito doente ou muito magoada ou não tendo energia).
- Os princípios básicos de controle da dor são os mesmos para todos.
- Existem características exclusivas para as crianças que precisam ser consideradas.
- As crianças sentem dor e não há evidência que sugira que seja menos intensa do que em adultos.
- A nenhuma criança deveria ser recusada uma analgesia adequada e segura por falta de conhecimentos sobre o controle da dor na criança.
- Usar regularmente métodos não farmacológicos em crianças.

## B. Objectivos da Avaliação da Dor (Portenoy, 2011 )

### Objectivos da avaliação da dor

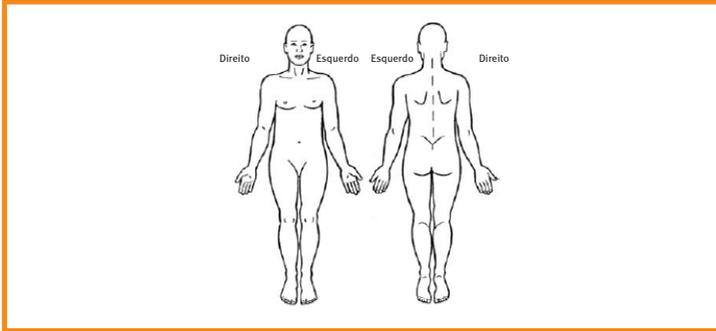
- Entender a experiência do paciente e os factores holísticos fundamentais subjacentes e a fisiopatologia que contribue para a dor;
- Prevenir o início de efeitos nocivos (tanto físicos como psicológicos) que possam resultar da dor não tratada.

### Para caracterizar as múltiplas dimensões da dor

- › Intensidade;
- › Características temporais: início, evolução, flutuação diária e acessos dolorosos;
- › Localização e irradiação;
- › Qualidade;
- › Factores desencadeantes ou de alívio.
- Para caracterizar o efeito da dor no domínio da qualidade de vida - efeito sobre o bem - estar físico funcional; efeito sobre o humor e nos aspectos de bem-estar psicológico; efeitos na função sexual, humor e sono.

### Objectivos da medição da dor

- Determinar a presença, intensidade e duração da dor
- Determinar a localização da dor
- Determinar a eficácia do tratamento.



- A avaliação não deve ser confundida com a medição, onde a pontuação é indicativa da intensidade da dor e eficácia do tratamento.
- Toda a descoberta ou informação relevante deve ser claramente documentada. Tem particular interesse a informação obtida na avaliação inicial, pontuações de dor, intervenção e eficácia da intervenção.
- Notas claras e precisas devem ser guardadas num local facilmente acessível a outros profissionais de saúde envolvidos no atendimento do paciente.
- Existem vários instrumentos de avaliação e medição da dor, por exemplo, diagramas corporais para documentar o local da dor, e escalas de avaliação da dor para fazer o seguimento da dor do paciente e o efeito do tratamento (úteis na gestão de dor difícil).

### C. Barreiras na Avaliação e Medição da Dor

- Existem muitas barreiras, não apenas para a gestão da dor mas também para a sua avaliação e medição.
- Tendo consciência das barreiras existentes num determinado contexto, pode eliminar o impacto negativo destas no processo de avaliação e medição.

**As barreiras mais importantes são:**

- › Falta de instrumentos de medição da dor adequados à idade e validados
- › Falta de formação sobre o uso e implementação de instrumentos de medição da dor
- › Falta de conhecimento sobre como interpretar uma pontuação da dor quando obtida
- › Falta de conhecimento sobre como diferenciar a dor da ansiedade, e questões emocionais tais como medo, depressão e desconforto.
- › Falta de aptidões na aplicação da informação obtida durante a avaliação para o processo de medição e gestão.
- › Falta de uma atitude aberta para ouvir o paciente e para tomar em conta a sua experiência.

## D. Avaliação da dor

**Princípios:**

- A dor é subjectiva, por isso deve-se encorajar o paciente a falar da sua dor.
- Uma avaliação impecável é um princípio da definição da OMS de cuidados paliativos.
- A realização de uma avaliação clínica exaustiva é vital para a gestão efectiva da dor.

**Norma de avaliação padrão:**

- É importante uma norma de avaliação padrão para a dor de modo a que se possa ver a mudança ao longo do tempo.

**Avaliação da dor através de:**

- Recolha de dados e entrevistas devem ser realizadas numa atmosfera descontraída e confortável.
- Recolha de informação sobre a história médica anterior da dor e seu tratamento:
  - › A informação sobre a história médica anterior deve incluir: tipo de medicamento e dosagem usada, eficácia do tratamento farmacológico anterior, tempo de início, duração do alívio e recorrência da dor, medicamentos usados actualmente, incluindo todos e quaisquer medicamentos usados para tratar condições específicas (tais como TARV).

- › Rever todos os registos médicos para avaliar os episódios anteriores da dor e tentativas de tratamento.
- › Garantir que seja colhida informação acerca de medicamentos tradicionais, bem como os receitados e não receitados.
- › Incluir uma revisão sobre o tratamento farmacológico anterior bem como a sua eficácia, e possíveis reacções adversas a medicamentos previamente usados no tratamento da dor.
- › A determinação e avaliação de todos os factores que agravam ou aliviam a dor é feita através de um cuidadoso interrogatório dirigido ao paciente. Esta informação particularmente importante para o sucesso do tratamento do indivíduo.

**PQRST** mnemónica oferece directrizes valiosas às perguntas para ajudar a avaliar e medir a dor:

- Factores Precipitantes e de alívio: O que melhora/piora a sua dor?
- **Q**ualidade da dor (por exemplo, ardente, penetrante, latejante, intensa e profunda, picante): Como descreve a sua dor? Como é que a sente?
- Pedir (se possível) ao paciente para lhe descrever a sua dor. A escolha de palavras nesta descrição é importante - por exemplo, palavras como ‘aguda’, ‘ardente’, ‘surda’ ou ‘dolorosa’ podem sugerir dor neuropática, que irá necessitar do uso de um tipo específico de medicamento.

**IR**radiação da dor:

- A dor é localizada ou move-se para outra parte do corpo?
- **S**ítio e severidade da dor: Onde está a sua dor? (usar um diagrama corporal) Quão forte é? (usar uma Escala Analógica Visual).
- **T**empo e tratamento anterior para a dor: Com que frequência sente a dor? Está sem dor à noite ou durante o movimento? Está a fazer algum tratamento da dor ou já fez no passado? O tratamento ajuda?
- Determinar a localização da dor ou a área do corpo envolvida procurando os sinais de ‘protecção’. (qualquer tentativa que impeça de tocar uma área específica do corpo pode ser considerada como ‘de protecção’).
- É importante classificar correctamente a dor como neuropática ou nociceptiva, dado que isto irá em parte determinar quais os medicamentos necessários para o tratamento.

- Pedir (se possível) ao paciente para descrever a dor. A escolha de palavras na descrição é importante - por exemplo, palavras como, 'aguda', 'ardente', surda ou 'intensa e profunda' podem sugerir dor neuropática, que irá necessitar de intervenção de um tipo específico de medicamento.
- Perguntar também o que a dor significa para essa pessoa.

### **Avaliação da dor em crianças**

- A posição do corpo muitas vezes reflecte a dor: observar a forma como o paciente caminha, sustenta o corpo ou se movimenta, e a forma como o corpo é posicionado quando se deita. É particularmente importante em crianças pequenas nas que são incapazes de verbalizar a sua dor.

**Nota:** Uma criança a dormir, uma criança muito quieta, mesmo a criança que esteja a brincar não está necessariamente sem dor - o movimento pode ser doloroso, ou pode ser que a criança esteja muito doente ou cansada para se deslocar.

- É importante incluir, se possível, pais ou cuidadores na avaliação da dor em crianças.
- As crianças podem não falar da dor por vários motivos, inclusive por estarem:
  - › Com medo de falar com os médicos
  - › Com medo de descobrir que estão doentes
  - › Não dispostas a decepcionar ou incomodar os seus cuidadores
  - › Não dispostas a receber uma injeção
  - › Não dispostas a voltar para o hospital ou atrasar a alta
  - › Não dispostas a enfrentar os efeitos colaterais dos medicamentos da dor.
- Os profissionais de saúde devem sempre perguntar aos pais/cuidadores se estes já repararam que a sua criança está com dor.

Daí que é útil:

- › Questionar a criança e seus pais
- › Usar uma escala de avaliação da dor
- › Avaliar as mudanças comportamentais e psicológicas.

- Estar sensibilizado para os efeitos secundários da dor:
  - › Incapacidade de dormir, alterações do apetite, perda de interesse pelo ambiente, medo, ansiedade ou agitação acrescida.
  - › Parâmetros tais como actividades, interacção social e frequência ao serviço/escola, devem ser considerados na avaliação da dor crónica.
- Incluir factores comportamentais associados à dor e ansiedade: choro, expressão facial de ansiedade, medo, tensão e isolamento.
- A avaliação da dor pode também envolver investigações relevantes tais como exames radiológicos mas estes devem ser usados com moderação após uma cuidadosa colheita da história do paciente e familiar.

## E. Medição da dor

A medição da dor é complicada e requer:

- Conhecimento do uso correcto do instrumento de medição
- Compreensão do processo de pontuação
- A habilidade de interpretar as pontuações correctamente.

A obtenção de uma pontuação inicial é muito importante:

- Para a comparação com outras pontuações após a intervenção.
- Para determinar a eficácia do tratamento.
- Idealmente, fazer as medições da dor a intervalos regulares - de 6/6 ou de 4/4 horas ou em casos graves cada 2 horas.
- Lembrar que a maioria dos instrumentos de medições não reconhecem a presença de ansiedade e podem por isso produzir pontuações falsas altas ou baixas. Os indicadores comportamentais da ansiedade são mais ou menos os mesmos como os da dor, e é possível medir a ansiedade ao invés da dor.
- Estão disponíveis diversos instrumentos de medição para adultos e para crianças e uma amostra destes é recomendada mais abaixo.

### **Normas para a selecção de um instrumento de medição**

- Deve ser adequado à idade;
- Deve ter propriedades psicométricas testadas: validade e fiabilidade;
- Deve ser capaz de medir níveis diferentes de dor;

- Deve ser capaz de medir o “tipo” certo de dor (crónica, aguda, iatrogénea);
- Deve ter o formato e comprimento correcto - muitos instrumentos de medição são complicados e consomem tempo e não são recomendáveis a todas as situações;
- Deve ser capaz de produzir uma pontuação fácil de entender;
- Deve ter instruções claras sobre a aplicação e interpretação.

**Nota:** A maioria dos instrumentos de medição da dor estão disponíveis mas poucos destes são testados e validados para uso em África. Não há instrumentos desenhados especificamente para medição da dor em fim de vida.

### Instrumentos sugeridos para a medição da dor em adultos

#### Escala Numérica

- O trabalhador de saúde pede que o paciente pontue a intensidade da sua dor numa escala numérica que varia de 0 (indicando ‘Sem dor’) a 10 (indicando a pior dor possível). **(é mais fácil de 0-5)**



- Uma variação desta escala é uma escala de descrição verbal, que inclui descrições de dor tal como ‘Dor Ligeira’, ‘Dor Ligeira a Moderada’, ‘Dor Moderada’, etc.

#### A Escala das Mãos

- A escala das mãos varia de um punho fechado (que representa ‘Ausência de dor’) a cinco dedos estendidos (que representam ‘A Pior Dor’) com cada um dos dedos estendidos a indicar um nível crescente de dor.

**Nota:** é importante explicar isto ao paciente dado que o punho fechado pode ser interpretado como a dor pior possível, em algumas culturas.



### Escala de Resultados de Cuidados Paliativos da APCA (POS)

- A POS Africana da APCA (ver também o anexo 2) é uma medida de avaliação dos resultados simples, curta e multidimensional, destinada especificamente para os cuidados paliativos, que usa uma variedade de indicadores incluindo a dor.
- A pergunta sobre a dor pede que o paciente pontue a sua dor (de 0 = sem dor a 5 = a pior dor) nos últimos três dias.
- É uma escala útil quando usada como instrumento completo para medir os resultados dos cuidados paliativos no geral. Também existe uma versão para crianças.

### Como usar um instrumento de medição da dor

1. Seleccionar o instrumento correcto.
2. Aprender a base do instrumento: como usá-lo, como pontuar e como traduzir as pontuações.
3. Decidir sobre o intervalo da medição.
4. Documentar toda a informação relevante obtida durante o processo de avaliação.
5. Realizar a primeira medição logo que possível após a admissão ou após transferência.
6. Com base na pontuação numérica, decidir sobre a gravidade da dor.

Uma pontuação mais baixa normalmente indica menos dor ou a presença de ansiedade. Isto precisa de ser documentado. Às vezes é útil realizar mais do que uma pontuação basal. É, por exemplo, difícil classificar a dor num paciente gravemente doente, num paciente que esteja inconsciente ou que não esteja a responder. Nestes casos, a pontuação deve ser feita mais de uma vez. Se um paciente estiver incapacitado e não se puder movimentar, e se o movimento for um parâmetro, excluir o movimento da escala e, se necessário, subtrair o movimento do total da pontuação calculada.

7. Usar a escada analgésica da OMS para iniciar o tratamento (ver Capítulo 4).

8. Esperar o tempo recomendado para que os medicamentos administrados produzam analgesia: 30 - 60 minutos são o padrão.
9. Avaliar a dor do paciente novamente
10. Comparar a segunda pontuação com a pontuação inicial.
11. Se o valor numérico for igual ou superior ao primeiro, o método usado para tratamento não teve sucesso. Pode então passar-se ao nível seguinte da escada de analgésica da OMS, ou diminuir o intervalo de administração do medicamento, ou aumentar a dosagem. Garantir que a ansiedade seja descartada e tratada.
12. Iniciar o segundo método escolhido para o tratamento da dor.
13. Avaliar novamente a pontuação da dor do paciente. Se não houver melhoria na pontuação quando comparada com a pontuação inicial, a dor não está sendo devidamente tratada devendo usar-se o nível seguinte da escada analgésica da OMS. Se a pontuação da dor for menor que a pontuação inicial, a dor está sendo devidamente tratada e já se atingiu o nível de tolerância à dor.
14. Documentar toda a informação relevante.

### **Instrumentos sugeridos para a medição da dor em bebês e crianças**

- A medição da dor em bebês e crianças é mais complicada do que em adultos - existe uma variedade de instrumentos disponíveis.
- Escolher o instrumento para medir a dor, dando atenção ao nível de desenvolvimento da criança e apresentar o instrumento antes do procedimento doloroso.
- Escala de classificação numérica pode ser usada em crianças mais crescidas.
- Em recém nascidos, o comportamento é a melhor forma de avaliar a dor - a Escala da Dor de Bebês Recém Nascidos (NIPS) abrange a expressão facial, choro, padrões comportamentais, braços, pernas e estado de excitação.
- Alguns instrumentos sugeridos para bebês e crianças com menos de 3 anos de idade incluem NIPS, FLACC e TVP (ver abaixo os últimos dois listados).
- Os instrumentos sugeridos para crianças mais crescidas incluem FLACC, a Escala das Faces (ver também abaixo) e a Escala Visual Analógica.

- Os instrumentos de medição da dor de auto avaliação podem ser usados em crianças a partir dos 4 anos - quanto mais elevada a pontuação maior é a dor, ansiedade ou desconforto presente.

### Escala de FLACC para uso em crianças menores de 3 anos de idade ou crianças crescidas que não falam.

- Usar como a pontuação de Apgar, avaliando cada item e atingindo uma pontuação total de 10. (ver tabela abaixo)

| DATA / TEMPO   |
|--|
| <b>Face</b><br>0 - Sem expressão particular ou sorriso<br>1 - Caretas ou franzir ocasional, isolado, desinteressado<br>2 - Frequente queixo trémulo, maxilar cerrado               |
| <b>Pernas</b><br>0 - Posição normal ou relaxadas<br>1 - Desassossegadas, agitadas, tensas<br>2 - Chutando, ou pernas levantadas  |
| <b>Actividade</b><br>0 - Deitada quieta, posição normal, move-se facilmente<br>1 - Contorcida, movimento para frente e para trás, tensa<br>2 - Arqueada, rígida, dando sacudidelas |
| <b>Choro</b><br>0 - Sem choro (acordado ou a dormir)<br>1 - Gemidos e choros, reclamações ocasionais<br>2 - Choro com regularidade, gritos ou soluços, reclamações frequentes      |
| <b>Consolação</b><br>0 - Contente, relaxada<br>1 - Tranquilizada por toques ocasionais, abraços ou quando se fala com ela, distraível<br>2 - Difícil de consolar, confortar        |
| <b>PONTUAÇÃO TOTAL</b>   |

*(Enfermagem Pediátrica por Merkel S et al. Copyright 1997 por JANNETTI PUBLICATIONS INC. Reproduzida com a permissão da Jannetti Publications Inc. no formato de Texto via Centro de Autorização de Direitos do autor.)*

### A FLACC é uma escala comportamental para classificar a dor em crianças menores.

Cada uma das cinco categorias (F) Face; (L) Pernas; (A) Actividade; (C) Choro; (C) Consolação é pontuado de 0-2, com resultados numa pontuação total entre zero e dez.

## A Escala dos 10 pontos Tacto-Visual da Dor (TVP) para a avaliação da dor e sintomas através do tacto e observação

### Pontuação Táctil e Visual

1. Dedos dobrados ou levantados e tensos sob as plantas, tornozelos fortemente cruzados
2. Joelhos firmemente juntos ou fortemente cruzados
3. Uma perna a proteger a área da fralda
4. Respiração torácica e/ou irregular, e/ou respiração pela boca e/ou músculos intercostais e /ou adejo nasal e/ou crepitações
5. Frequência cardíaca elevada e/ou irregular
6. Braços apertados contra o corpo ou protegendo-se ou cruzados sobre a cara, peito ou abdómen
7. Punhos (impossível ou difícil de abrir com o dedo)
8. Pescoço assimetricamente posicionado sobre os ombros, ombros levantados
9. Posição assimétrica da cabeça
10. Tensão facial (expressão de medo ou de dor); boca tensa, olhos tensos ou ansiosos, olhar aflito.

*(Usado com permissão. Direitos do autor: Dr Renee Albertyn, School of Child and Adolescent health, University of Cape Town, South Africa)*

- A Escala dos 10 pontos de TPV usa o tacto e a observação para avaliar não apenas a dor da criança mas também o nível de ansiedade ou desconforto que possa ser sentido.
- Foi criada em África.
- É baseada em sinais de dor e ansiedade que possam ser observados, incluindo uma cabeça em posição assimétrica, verbalização da dor, tensão facial, mãos cerradas, pernas cruzadas, respiração superficial, e frequência cardíaca elevada ou irregular.

## A escala das faces para avaliação da dor em crianças



(Usado com permissão; Direitos de autor: 2001, Associação Internacional para o Estudo Dor)

- Esta escala compreende 6 desenhos de faces, com expressões que variam de um sorriso largo que representa ‘não dói’ a uma face muito triste que representa ‘a pior dor’.
- Garantir que a criança seja devidamente formada para usar o instrumento. Em particular, garantir que a criança esteja a classificar a sua dor e não a sua emoção.
- As experiências resultantes do uso desta escala das faces têm variado em África, onde muitas crianças preferem a escala das mãos.
- A escala das faces pode também ser usada por adultos se preferido.

## F: Saiba que...

- Cada paciente é um indivíduo e irá reagir à dor de forma diferente. Portanto é necessário um plano individual ou pessoal de dor para cada paciente.

Diferenciar entre dor e ansiedade eliminando os aspectos que possam ter contribuído para o início da dor:

- Quanto à dosagem - por exemplo, há quanto tempo foi a última toma de analgésicos, dosagem de analgésicos, combinação de analgésicos, o intervalo da administração dos medicamentos (de seis em seis, quatro em quatro, ou duas em duas horas).
- Possível sujeição recente a procedimentos dolorosos - tais como a punção venosa, fisioterapia ou curativos de feridas - que possam ter contribuído para uma tolerância reduzida à dor.

- Tolerância aos medicamentos, síndrome de abstinência, excesso de sedação, ou efeitos colaterais.
- *A dor é uma experiência individual.* Os pacientes podem reagir de forma diferente ao mesmo estímulo doloroso.
- Evitar baixar instrumentos de medição da internet ou de publicações se não tiverem instruções claras sobre como implementá-las. Estes métodos podem ser metodologicamente e / ou conceitualmente defeituosos. A maioria, se não todos os instrumentos disponíveis foram desenhados em contextos mono - / ou bi - culturais ou linguísticos e podem por isso não ser adequados para uso em países Africanos.
- O tratamento farmacológico da dor não é inteiramente determinado pelo valor numérico obtido na pontuação da dor. O valor numérico serve apenas para indicar a presença e gravidade da dor, e para agir como um indicador a usar aquando da avaliação da eficácia dos medicamentos e como forma de dizer se o tratamento é bem sucedido.
- Qualquer plano de tratamento deve ser discutido e explicado ao paciente e sua família.

## Referências:

1. Baker CM and Wong DL (1987). 'QUEST: A process of pain assessment in children', *Orthopaedic Nursing* 6: 11 - 21.
2. Hicks CL, von Baeyer CL, Spafford P, van Korlaar I and Goodenough B (2001). 'The faces Pain Scale - Revised: Towards a common metric in pediatric pain measurement' in *Pain* 93: 173 - 83.
3. Merkel S, Voepel-Lewis T, Shayevitz JR, Malviya S (1997). 'The FLACC: A behavioural scale for scoring postoperative pain in young children' in *Pediatric Nursing* 23: 293 - 97.
4. Powell RA, Downing J, Harding R, Mwangi-Powell F and Connor S on behalf of the APCA M&E Group (2007). 'Development of the APCA African Palliative Outcome Scale' in *Journal of Pain and Symptom Management* 33: 229 - 32.

# CAPÍTULO 3: MÉTODOS FARMACOLÓGICOS DE GESTÃO DA DOR

---

A dose certa de um analgésico é a dose que alivia a dor sem causar efeitos colaterais intratáveis. Alguns indivíduos podem simplesmente precisar de paracetamol regular, enquanto outros podem precisar da morfina oral.

(Watson et al., 2009)

## A. Princípios

- Aliviar a dor o mais rápido possível e evitar que volte.
- Controlar a dor ao mesmo tempo que se tratam a(s) causa(s) fundamental(is) (por exemplo, infecções).
- Determinar a fisiopatologia da dor para melhor determinar o tratamento mais adequado (por exemplo, nociceptiva vs neuropática).
- Reavaliar continuamente a dor e sua resposta ao tratamento.

O uso correcto de medicamentos analgésicos irá aliviar a dor em muitos pacientes e deve ser baseado nos princípios seguintes:

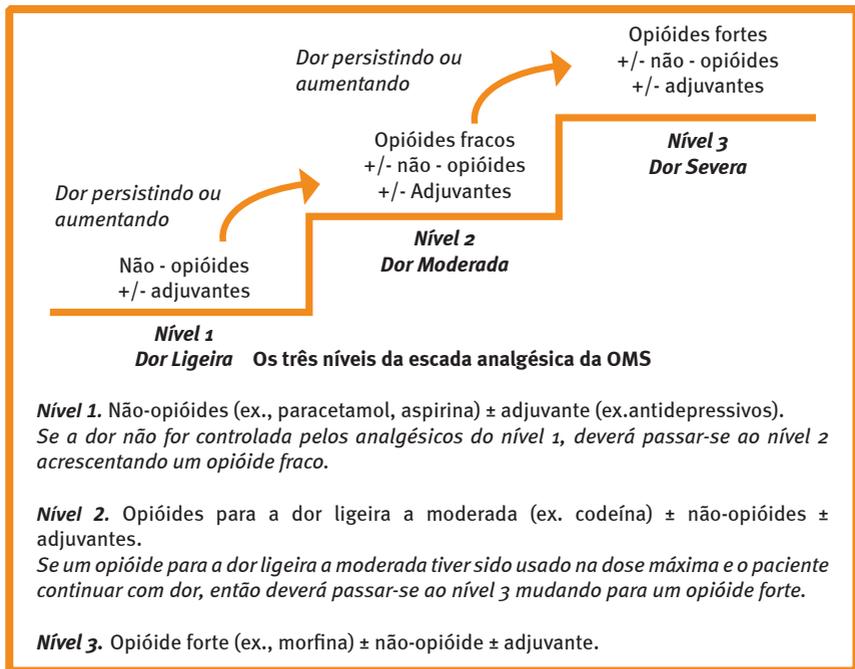
- Pela boca/via adequada: usar a via oral sempre que possível.
- Pelo relógio: administrar os analgésicos a intervalos regulares e não quando necessário (SOS). O intervalo entre as tomas é determinado pela farmacocinética de cada medicamento.
- Pela escada: Usar a escada analgésica da OMS (ver secção B abaixo). Se depois de dar a dose óptima de um analgésico a dor não for aliviada, subir a escada para o nível seguinte; não mudar para um fármaco do mesmo nível.
- Tratamento individualizado: a dose certa é a que alivia a dor.
- Titular a dose e subir até que a dor seja aliviada ou até que o surgimento de efeitos indesejáveis não o
- Verificar se o paciente e seus cuidadores entendem.
- Uso de fármacos adjuvantes associados aos analgésicos.
- A escolha de fármacos analgésicos é baseada na gravidade, tipo e (às vezes) causa da dor. Os possíveis efeitos colaterais devem ser discutidos com os pacientes e/ou seus cuidadores antes de iniciarem o tratamento e durante as visitas de acompanhamento.
- A acessibilidade e disponibilidade são factores importantes na escolha de analgésicos. O primeiro passo na determinação do uso do fármaco é verificar se este está na lista de medicamentos essenciais e se não, verificar qual será o seu custo para os pacientes.
- Uma componente chave de segurança e eficácia é garantir que os pacientes e seus cuidadores entendam o uso dos medicamentos que estão a tomar e que esses medicamentos sejam revistos regularmente.

- Os princípios básicos de controle da dor são os mesmos para todos.
- Existem algumas características únicas acerca dos mais novos que precisam ser consideradas.
- As crianças sentem dor e não há evidência que sugira que seja menos intensa do que em adultos.
- Nenhuma criança deve ser privada de uma analgesia adequada e segura por insuficiência de conhecimento.
- Os possíveis efeitos colaterais devem ser discutidos com os cuidadores (particularmente no caso de crianças) antes do início do tratamento e durante o seguimento.
- Usar regularmente métodos não farmacológicos em crianças.

Factores a serem considerados no planeamento de controle da dor na criança incluem:

- › Idade de desenvolvimento - as crianças irão expressar a sua dor de modo diferente de acordo com a sua fase de desenvolvimento e as técnicas de gestão também irão variar (ver quadro 6 abaixo);
  - › O estado físico da criança;
  - › Nível de educação dos pais/cuidadores;
  - › Disponibilidade de recursos.
- Há síndromas específicos relacionados com a dor no HIV e cancro em crianças e estas são discutidas mais tarde neste capítulo.

## B. Gestão da Dor Usando a Escada Analgésica da OMS



(Fonte: OMS 1996, reimprimido com permissão)

- A escada analgésica da OMS é uma regra de conduta para a gestão farmacológica da dor.
- Iniciar com analgésicos do Nível 1 para dor ligeira; se forem ineficazes, mudar para um analgésico de Nível 2, depois para o Nível 3 conforme necessário.
- Se os analgésicos do Nível 1 ou Nível 2 não forem eficazes, não mudar para outro analgésico no mesmo nível: é preciso subir de nível.
- A escolha de analgésicos depende da gravidade, local e tipo de dor.
- Se um paciente se apresentar com dor moderada/severa, pode-lhe ser dado um analgésico do Nível 2 ou Nível 3 logo no início, dependendo da gravidade da dor e da disponibilidade de analgésicos.
- Uma combinação de fármacos não opióides e opióides é eficaz (têm diferentes mecanismos de acção). Não combinar opióides fracos e fortes.

- Outros medicamentos (adjuvantes) podem ser combinados com analgésicos do Nível 1, 2 e 3.
- Em países da África Subsariana os analgésicos do nível 2 são bastante caros, e neste caso pode ser utilizada uma dose baixa de analgésicos do nível 3.
- Deve haver pelo menos um analgésico para cada nível da escada na lista de medicamentos essenciais de cada país.
- Se a via oral não for possível, usar métodos alternativos, incluindo a via rectal, intravenosa, por sonda nasogástrica, transdérmica e subcutânea.
- A maioria dos pacientes podem ter a sua dor controlada nos cuidados domiciliários / em ambulatório usando a escada analgésica da OMS como guia; apenas em casos graves é que necessitam de internamento.

### Dor Ligeira - Nível 1

#### Paracetamol

- Dose para adulto: 500mg - 1g via oral de 6/6 h; dose máxima diária 4 g

**Nota:** A hepatotoxicidade pode ocorrer se se tomar mais que a dose máxima recomendada por dia. O paracetamol pode ser combinado com um Anti-inflamatório Não-Esteróide (AINEs).

#### Ibuprofeno (AINEs)

- Dose para adulto: 400 mg via oral de 6/6 ou 8/8 h (dose máxima 1.2 g por dia);
- Dar com alimentos e evitar uso em pacientes asmáticos.
- Atenção: pode causar efeitos colaterais sérios, por exemplo, sangramento gastrointestinal (GI), ou toxicidade renal. Se ocorrerem sintomas GI, interromper e dar um antagonista dos receptores H<sub>2</sub>, por exemplo, Ranitidina.

#### Diclofenac (AINEs)

- Dose para adulto: 50mg via oral de 8/8 h (dose diária máxima 150mg);
- Dar com alimentos e evitar uso em pacientes asmáticos.

### Dor Moderada - Nível 2 (Opióides Fracos) (Ver Capítulo 4: Morfina e Outros Opióides)

#### Codeína

- O opióide fraco mais comum, a codeína pode ser combinada com analgésicos do Nível 1. Se não se atingir o alívio da dor com a dose máxima (240 mg por dia), passa-se a opióides fortes.
- Dose para adultos: 30 - 60 mg via oral de 4 em 4 h (dose máxima diária 240 mg).

**Nota:** a codeína é muitas vezes combinada com analgésicos do Nível 1; dar laxativos para evitar a obstipação salvo se o paciente tiver diarreia.

### Tramadol

- Dose para adulto: 50 - 100 mg via oral de 4/4 ou de 6/6 h.

**Nota:** começar com uma dose regular pequena e aumentar se não se obtiver resultado (dose limite: 400 mg/dia). Usar com cuidado em caso de epilepsia, especialmente se o paciente estiver a tomar outros fármacos que baixam o limiar convulsivo. O Tramadol pode ser caro.

### Dor Severa - Nível 3 (Opióides Fortes)

(Ver Capítulo 4: Morfina e Outros Opióides)

### Morfina

#### Dose inicial (via oral)

- A morfina é o ‘padrão de ouro internacional’ em relação ao qual se comparam os outros analgésicos opióides.
- Quando usada correctamente, os pacientes não se tornam dependentes, a tolerância é incomum e geralmente não ocorre depressão respiratória.
- As doses equianalgésicas dos outros opióides podem ser encontradas no Capítulo 4.
- A dose correcta de morfina é aquela que alivia a dor: não existe dose máxima - a dose certa é aquela que controla a dor do paciente sem efeitos colaterais; Necessidade de aumento gradual da dose.
- Dose inicial: 2.5 - 20 mg via oral de 4 em 4 horas dependendo da idade, uso prévio de opióides, etc. Os pacientes em mudança da administração de opióides do Nível 2 devem começar com a morfina de 10 mg via oral de 4 em 4 h.
- Os pacientes mudando de um tratamento regular de opióides do Nível 2 (ex, fosfato de codeína de 30 mg de 4 em 4 h) devem começar com a morfina de 10 mg via oral de 4 em 4 h.
- Num paciente em caquexia ou se não tomou analgésicos do Nível 2, iniciar morfina na dose de 5 mg via oral de 4 em 4 horas.
- Em pacientes debilitados/idosos iniciar a morfina na dose de 2.5 mg via oral de 6 em 6 ou de 8 em 8 horas, devido à probabilidade de função renal debilitada.

**Titulando a Morfina oral em outras formulações**

- Titular a dose regular de morfina durante vários dias até que o paciente tenha alívio da dor. Ou pode somar-se a a dose diária total com as doses de resgate dadas em 24 horas e dividir por seis de modo a obter as novas doses de 4 em 4 horas, ou fazer incrementos de 30 - 50 %, por exemplo, 5 - 10 - 15 mg etc., dados como doses de 4 em 4 horas. Os incrementos de menos de 30 % são ineficazes.
- Se o paciente não puder engolir, usar outras vias, por exemplo, rectal, subcutânea, intervenosa, bucal, ou administrar por via enteral alternativa, como através do tubo de gastrostomia.
- O rácio da morfina por via oral: SC é 2:1; por exemplo, 10 mg de morfina oral corresponde a 5mg de morfina SC.
- O rácio da morfina oral: IV é 2 - 3:1; por exemplo, 30 mg de morfina oral corresponde a 10 mg de morfina IV.
- A morfina está disponível em formulações orais de libertação imediata e de libertação prolongada (ver Anexo 4). Usar a morfina de libertação prolongada logo que a dor estiver controlada, dividindo a dose total das 24 horas por dois de modo a obter a dose a dar duas vezes por dia. Existem várias opções para a manutenção, por exemplo:
  - Continuar com a morfina de libertação imediata de 4 em 4 horas (morfina em xarope)
  - Mudar para morfina de libertação prolongada de 12 em 12 horas (Morfina LP)
  - Mudar para morfina de libertação prolongada de 24 em 24 horas se estiver disponível
  - Mudar para o adesivo de fentanil (72 horas de duração de acção) se estiver disponível. Mudar para outros opióides fortes, se disponíveis
- Se disponíveis, os adesivos de fentanil, podem ser iniciados logo que a dor estiver controlada com morfina e se já se conhece a quantidade de analgésicos que o paciente precisa em 24 horas. Não usar o adesivo para a dor aguda ou descontrolada.

## Vias Alternativas para a Administração, Doses Equivalentes

### Bucal

#### Dor Ligeira - Nível 1

##### Paracetamol

- Crianças abaixo de 1 ano de idade: 10 - 15mg/kg via oral de 6/6 - 8/8 h; 1 - 5 anos: 10 - 15mg/kg via oral 6/6 - 8/8 h; 5 - 12 anos: 250 - 500mg via oral de 6/6 - 8/8 h; dose máxima diária 75mg/kg
- Fármaco de escolha do Nível 1 em crianças.

##### Ibuprofeno (AINEs)

- Em crianças, a dose é 5mg/kg via oral de 6/6 - 8/8 h (máximo de 30mg/kg/dia dividida em 3 - 4 doses);

##### Diclofenac (AINEs)

- Crianças a partir de 6 meses até 12 anos: 2 - 3mg/kg via oral por 24 h dividida em 2 ou 3 doses.

#### Dor Moderada - Nível 2 (Opióides Fracos)

(Ver Capítulo 4: Morfina e Outros Opióides)

- Há evidências para enfatizar o papel excepcional dos opióides, em relação aos não opióides, para controle da dor em crianças com condições de vida limitadas.
- Há ainda o debate sobre se os opióides, fracos (como tramadol e codeína) devem ser usados regularmente em crianças com dor e se a terapia com opióides deve ser iniciada com uma dose muito baixa de um opióide forte (*Zernikow, Michel, Craig e Anderson, 2009*).

##### Codeína

- Crianças acima de 6 meses 0.5 - 1mg/kg via oral 6/6 h. Crianças com menos de 1 ano - a segurança e eficácia não está estabelecida.
- 2 - 6 anos - 1-1.5mg/kg/dia dividida por doses a intervalos de 4 - 6 horas; não exceder 30 mg/dia).
- 6 - 12 anos de idade, o mesmo que para o 2 - 6 anos mas não deve exceder 60 mg/dia.

**Tramadol**

- Crianças > 12 anos: 50 - 100mg via oral 4/4 - 6/6 h.
- A segurança e eficácia em crianças < 16 anos não está estabelecida.
- 16 anos ou mais, 50 - 100 mg via oral cada 4 - 6 h; não exceder 400 mg/dia.

**Dor Severa - Nível 3 (Opióides Fortes)**

(Ver Capítulo 4: Morfina e Outros Opióides)

**Morfina**

1. Dose inicial (via oral)
    - › Para crianças: para bebês <6 meses de idade, dose inicial 0.02mg/kg via oral de 4/4 h. Para bebês > 6 meses de idade, dose inicial 0.04mg/kg via oral de 4/4 hrs.
  2. Passar de morfina oral para outras formulações
    - › O menor adesivo de fentanil, para uso em crianças, é de 12 mcg (corresponde a um total de 45 mg da dose diária de morfina oral).
  3. Lidar com os efeitos colaterais
    - › A retenção urinária e o prurido são os efeitos colaterais mais comuns em crianças do que em adultos.
- Explicar os efeitos colaterais comuns dos opióides aos pacientes (por exemplo, obstipação, sonolência, náuseas, etc.) e evitar tais complicações sempre que possível (ver capítulo 4).
  - Os pacientes com uma dose estável de morfina não devem estar sedados mas se ocorre sedação, deve-se reduzir a dose e considerar a possibilidade de uso de adjuvantes.
  - Os pacientes que estiverem a tomar opióides de libertação prolongada devem ter sempre disponível um opióide de libertação imediata (geralmente morfina) para os acessos dolorosos.
  - Se a causa da dor tiver sido tratada e houver necessidade de parar com a morfina, reduzir a dose gradualmente para evitar síndrome de abstinência (suores, náuseas, agitação).

## C. Analgésicos Adjuvantes

- Apesar da sua indicação primária não ser a analgesia, estes fármacos aliviam a dor através de outros mecanismos.
- São particularmente úteis em dores que são apenas parcialmente sensíveis a opióides - por exemplo, dor neuropática, e dor óssea, espasmos da musculatura lisa e esquelética, ou dor relacionada com a ansiedade.
- Usar adjuvantes isoladamente ou em associação com os analgésicos do Nível 1, 2 e 3.

### Antidepressivos

- Usar para a dor neuropática, manifestada principalmente como queimadura ou disestesia. Por exemplo:
- Dose de Amitriptilina: adultos 10 - 75 mg à noite. Começar com uma dose baixa e aumentar lentamente conforme necessário. Pode também ser dada numa dose de 0.5 - 2 mg/kg à noite.
- Os efeitos colaterais incluem boca seca e sonolência.
- Usar com precaução nos idosos e nos que tiverem doenças cardíacas.

### Anticonvulsivantes

Usar para a dor neuropática. Por exemplo:

- Clonazepam. Adultos: 0.5 mg a 2 mg uma vez por dia.
- Carbamazepina. Adultos: começar com 100 mg duas vezes por dia, e pode aumentar-se até 800 mg duas vezes por dia.
- Valporato de sódio. Adultos: 200 mg - 1.2 g por dia.

**Nota:** Usar Fenitoína e Carbamazepina com precaução devido ao rápido metabolismo de outros fármacos metabolizados no fígado e portanto risco de interação medicamentosa.

Efeitos colaterais: sonolência, ataxia ou visão turva.

- É importante verificar se há interações medicamentosas quando são usados anticonvulsivantes juntamente com outros fármacos.

### Antispasmódicos

- Usar antispasmódicos para o espasmo muscular, como, dor tipo cólica abdominal ou cólica renal. Por exemplo:
- Butilbrometo de hioscina (Buscopan). Adultos: começar com 10 mg três vezes por dia; pode ser aumentado até 40 mg três vezes por dia.

**Nota:** os antispasmódicos podem causar náuseas, boca seca ou obstipação.

### Relaxantes Musculares / Ansiolíticos

- Usar estes fármacos para espasmos da musculatura esquelética e dores relacionadas com ansiedade - por exemplo:
- Diazepam. Adulto: 5mg por via oral duas ou três vezes por dia.
- Efeitos colaterais: pode causar sonolência e ataxia.

### Corticosteróides

- Usar corticosteróides para a dor óssea, dor neuropática, dores de cabeça devido a pressão intracraniana elevada, e dor associada a edema e inflamação. Por exemplo:
- Dexametasona. Adulto: 2 - 4 mg por dia para a maioria das situações além da pressão intracraniana elevada, compressão nervosa e compressão da medula espinal. Para a pressão intracraniana elevada, começar com 24 mg por dia e reduzir em 2 mg diários até atingir a mais baixa dose eficaz de manutenção. Para a dor por compressão nervosa, é muitas vezes usada a dose de 8 mg; e para a compressão da medula espinal, é geralmente usada uma dose inicial de 16 mg.
- Se a Dexametasona não estiver disponível, para adultos pode usar-se Prednisolona. Pode usar-se uma taxa de conversão de 4 mg de Dexametasona para 30 mg de Prednisolona.

**Nota:** Em fase avançada da doença, um corticosteróide pode melhorar o apetite, diminuir a náusea e mal-estar, e melhorar a qualidade de vida.

- Os efeitos colaterais incluem síndromas neuropsiquiátricos, distúrbios gastrointestinais e imunossupressão.

### Bisfosfonatos

- Usar estes fármacos para dor intratável das metástases ósseas. Por exemplo, em adultos pode usar-se 90 mg de Pamidronato por via intravenosa de 4 em 4 semanas.
- Os efeitos colaterais são febre e mal estar tipo gripe.
- Parecem ter um papel na gestão da dor das metástases ósseas refratárias ao tratamento convencional com analgésicos e/ou onde a intervenção oncológica ou ortopédica seja retardada ou inadequada (*Mannix et al., 2000*).
- Comumente usado - infusão iv lenta de pamidronato 60 - 90mg cada 4 semanas.
- Efeitos colaterais graves, incluindo osteonecrose da mandíbula, embora raros, têm sido associados com terapia com bifosfonato (*Beke & Pecherstorfer, 2008*).

**Antidepressivos**

- Usar na dor neuropática, tipo queimadura ou disestesia. Por exemplo:
- Dose de Amitriptilina: Para crianças dos 2 - 12 anos: 0.2 - 0.5 mg/kg via oral à noite; para crianças dos 12 - 18 anos: 10 - 25 mg via oral à noite.

**Anticonvulsivantes**

- Carbamazepina. Para crianças: 2.5 - 10 mg/kg via oral de 12 em 12 h; aumentar gradualmente para evitar efeitos colaterais.
- Valporato de sódio. Para crianças: 7.5 - 20 mg/kg via oral de 12 em 12 h.
- Gabapentina. Para crianças dos 2 - 12 anos 10 mg/kg no primeiro dia, duas vezes por dia no segundo dia, três vezes por dia no terceiro dia, manter 10 - 20 mg/kg de 8 em 8 h. Para crianças dos 12 - 18 anos: 300 mg no primeiro dia, 300 mg duas vezes por dia no segundo dia, 300 mg três vezes por dia no terceiro dia, manter 300 mg duas ou três vezes por dia.

**Nota:** usar Fenitoína na ausência destes fármacos: 100 mg duas ou três vezes por dia (2.5 - 10mg/kg via oral de 12 em 12 horas em crianças).

**Antispasmódicos**

- Usar antispasmódicos para espasmos musculares, sejam dores abdominais tipo cólica ou cólicas renais. Por exemplo:
- Butilbrometo de hioscina (Buscopan). Para crianças de 1 mês a 2 anos: 0.5 mg/kg via oral de 8 em 8 horas. Para crianças de 2 - 5 anos: 5 mg via oral de 8 em 8 h. Para crianças dos 6 - 12 anos: 10 mg via oral de 8 em 8 h.

**Relaxantes Musculares / Ansiolíticos**

- Usar estes fármacos para os espasmos da musculatura esquelética e dores relacionadas com a ansiedade - por exemplo:
- Diazepam. Para crianças de 1 - 6 anos: 1mg/dia dividido em duas ou três tomas. Para crianças dos 6 - 14 anos: 2 - 10 mg/dia divididos em duas ou três tomas.

**Corticosteróides**

- Usar corticosteróides para dor óssea, dor neuropática, dores de cabeça devido a elevada pressão intracraniana, e dor associada com edema e inflamação. Por exemplo:
- Dexametasona.
- Prednisolona. Pode ser usada em crianças: 1 - 2 mg/kg via oral por dia.

## D. Saiba que...

- A dor é muitas vezes inadequadamente tratada.
- O insucesso em avaliar a intensidade e tipos de dor causa um controle inadequado da dor.
- Uma pessoa com uma dor há longa data pode não apresentar os sinais habituais de dor.
- Nunca usar opióides de libertação prolongada como medicação de resgate
- É importante avaliar o paciente em relação aos efeitos colaterais dos fármacos em todas as consultas.
- Uma percentagem significativa de adultos e crianças pode não metabolizar a codeína, sendo esta ineficaz.

### **Considerações Específicas para a Gestão da Dor em Crianças**

- Há tendência para as crianças receberem menos analgésicos que os adultos, e os fármacos são muitas vezes interrompidos mais cedo.
- O medo por parte dos profissionais de saúde da possível depressão respiratória e da dependência de opióides, impede que as crianças recebam um controle adequado da dor. Deve saber-se que os opióides podem ser utilizados com segurança tanto em crianças como em adultos.
- Se possível, os fármacos devem ser tomados por via oral. As vias subcutânea ou rectal podem ser uma alternativa se a criança não for capaz de tomar os medicamentos por via oral, mas a via intramuscular deve ser evitada.
- A dor em crianças com HIV e SIDA é um problema multifactorial e biologicamente complexo associado com a redução da qualidade de vida e aumento da mortalidade.
- As crianças infectadas com o HIV com dor têm cinco vezes mais probabilidade de morrer do que as que não têm o HIV.
- As crianças com dor têm uma percentagem mais baixa de CD4 e uma imunossupressão mais severa do que as que não têm.
- É perceptível que as crianças não recebem alívio adequado da dor como seria necessário.
- As crianças menores de 6 meses são mais sensíveis a uma possível depressão respiratória induzida por opióides, daí a necessidade de uma redução da dose inicial.
- Existe uma crença de que as crianças não sentem dor, e é baseada na falta de compreensão e no medo de usar opióides em crianças.

- A dor é subjectiva, e a resposta à dor é individual e modificada através da aprendizagem social e experiência; daí que a experiência inicial de um indivíduo em relação à dor joga um papel importante na forma como será a resposta à dor numa fase posterior da sua vida.
- Nem todas as crianças podem pedir analgésicos, assim é importante tentar antecipar a dor em crianças.
- Existem algumas diferenças fisiológicas entre adultos e crianças, especialmente em recém nascidos e bebês pequenos, o que pode causar problemas.
- Os pais da criança ou cuidadores precisam ser formados de modo a dar os fármacos da dor devidamente.
- As crianças podem expressar a dor de formas diferentes - por exemplo:
  - › Os bebês - podem exibir rigidez corporal ou agitação, podem chorar intensamente, podem levar os joelhos ao peito, ou estarem irritáveis.
  - › Os que estão na fase começar a andar - podem ser verbalmente agressivos, chorar intensamente, afastar-se ou serem incapazes de dormir.
  - › As crianças mais novas - podem verbalizar a intensidade da dor, ver a dor como punição, sacudir-se com os braços e pernas, serem incooperativas, apegar-se ao cuidador ou serem incapazes de dormir.
  - › As crianças em idade escolar - podem verbalizar a dor, serem influenciadas por crenças culturais, ter pesadelos, ter rigidez muscular ou serem incapazes de dormir.
  - › Adolescentes - podem localizar e verbalizar a dor, negar a dor em presença de amigos, apresentar alterações do sono, ser influenciados por crenças culturais, apresentar tensão muscular, regressão ou ser incapaz de dormir.

Tabela 2: Expressão da Dor e Técnicas de Gestão em Crianças

| Idade de Crescimento                     | Expressão da Dor  | Técnicas de Gestão;<br>Instrumentos de Medição da Dor   |
|--|---|---|
| Bebé<br>0 - 1 ano                        | São necessárias entrevistas com os pais/cuidadores para ajudar na avaliação da dor<br>Podem tornar-se inquietas, agarradas ou chorosas;<br>Podem chorar, afastar o membro inchado ou proteger a área com dor (vigia)<br>Caretas, podem dormir mais ou ter uma actividade frenética<br>Podem ficar quietos e parar de chorar se estiverem com dor severa (uma criança que esteja a dormir ou deitada não está necessariamente sem dor) | Utilizar os pais e pessoal para confortar e segurar a criança<br>Segurar, baloiçar, uso de chuchas, música suave, etc.<br>0– 3 meses: não fazer nenhum procedimento no berço<br>3– 12 meses: usar a sala de tratamento, pôr a criança a mamar, usar glicose ou uma chucha<br><br><b>Escalas:</b> NIPS, FLACC, TVP                           |
| Na fase de começar a andar<br>1 - 3 anos | O choro e a indiferença podem significar desconforto<br>O esforço, menos peso nos membros ou a não utilização de uma parte do corpo podem significar desconforto.<br>Resistência durante um procedimento doloroso   | Os pais devem apoiar ou segurar a criança<br>Segurar, baloiçar, canto, distração, histórias, brinquedos, balões<br>Usar a sala de tratamento para todos os procedimentos<br>Recompensar após o tratamento<br><br><b>Escalas:</b> NIPS, FLACC  |
| Pré - escolar<br>3 - 6 anos              | Mudanças que ocorrem nos padrões do sono e alimentação<br>Demonstração de medo da dor<br>Agindo de acordo com o comportamento previamente documentado para lidar com a dor<br>Mudanças no movimento e comportamento   | Os pais devem apoiar a criança<br>Ensaio antes de procedimentos dolorosos<br>Apertar a mão, usar a contagem ou soletrar o ABC, contar histórias, usar balões, brinquedos barulhentos, técnicas de relaxamento<br>Usar a sala de tratamento para todos os procedimentos<br>Recompensar após o procedimento<br><br><b>Escalas:</b> Faces, EVA |

|                                      |  |   |
|--------------------------------------|--|---|
| <p>Idade escolar<br/>6 - 12 anos</p> | <p>Agem de acordo com o comportamento previamente documentado para lidar com a dor<br/>Mudanças a nível alimentar e de actividade<br/>Os rapazes são mais estóicos quando questionados sobre a dor, enquanto as raparigas podem necessitar de mais atenção<br/>Podem indicar o local da dor em termos da parte do corpo envolvida<br/>Podem responder gradualmente às questões</p> | <p>Os pais devem apoiar a criança<br/>Distracção com barulho ou canções<br/>Técnicas de respiração, técnicas de relaxamento dos músculos, auto - fala<br/>6 – 8 anos: usar a sala de tratamento<br/>≥ 8 anos: deixar a criança escolher onde quer que os procedimentos sejam feitos</p> <p><b>Escalas:</b> Faces, EVA</p>                 |
| <p>Adolescentes<br/>≥ 13 anos</p>    | <p>Podem hesitar expressar sentimentos<br/>Podem ignorar os sinais da dor<br/>Podem regredir<br/>Capazes de identificar o local, intensidade e duração da dor<br/>Podem falar livremente sobre a dor se os amigos e parentes não estiverem presentes<br/>Podem fazer perguntas sobre o tratamento, consequências e origens da doença</p>   | <p>Deixar a criança escolher se quer que os pais estejam presentes durante os procedimentos dolorosos<br/>Ensinar as técnicas de relaxamento<br/>Usar a música, massagem, técnicas de respiração e sopro<br/>Dar a escolher entre a sala de tratamento ou a cama para procedimentos</p> <p><b>Escalas:</b> Faces, EVA, diários de dor</p> |

### A Dor Durante Procedimentos Médicos

O controle da dor procedimental é importante nas crianças uma vez que os trabalhadores da saúde muitas vezes têm que levar a cabo procedimentos dolorosos em crianças.

Os princípios para a gestão da dor procedimental em crianças incluem o seguinte:

- › Questionar se a criança realmente precisa do procedimento.
- › Preparar primeiro.
- › Envolver a criança e a família, explicando o que vai acontecer.
- › Encorajar o parente/cuidador presente a ser prestativo e a dar apoio.

- › Realizar o procedimento na criança de forma amigável.
- › Usar tanto intervenções farmacológicas como não farmacológicas para gerir a dor.
- › Após o procedimento, elogiar a criança sobre como se comportou bem.
- › Se estiverem disponíveis, usar analgésicos tópicos, por exemplo, creme EMLA ou anestésicos locais.
- › Se a ansiedade for mais importante do que a dor, pode-se sedar usando benzodiazepínicos (ex: midazolam).
- › Se a dor for um problema signficante, usar analgésicos opióides antecipadamente de modo a que tenham tempo suficiente para atingir o efeito máximo.

## Referências:

1. Beke, D., & Pecherstorfer, M. (2008). [Bisphosphonates and osteonecrosis of the jaw--an increasing challenge in palliative care]. [Case Reports]. *Wien Med Wochenschr*, 158(23-24), 702-706. doi: 10.1007/s10354-008-0630-z
2. British National Formulary (2008). London: BMJ Group and RPS Publishing.
3. Caraceni, A., Martini, C., Zecca, E., Portenoy, R. K., Ashby, M. A., Hawson, G., . . . Lutz, L. (2004). Breakthrough pain characteristics and syndromes in patients with cancer pain. An international survey. *Palliat Med*, 18(3), 177-183.
4. Jadad, A. R., & Browman, G. P. (1995). The WHO analgesic ladder for cancer pain management. Stepping up the quality of its evaluation. [Research Support, Non-U.S. Gov'tReview]. *JAMA*, 274(23), 1870-1873.
5. Kamei, J. (1996). Role of opioidergic and serotonergic mechanisms in cough and antitussives. [Review]. *Pulm Pharmacol*, 9(5-6), 349 - 356.
6. Lavy V, Bond C and Wooldridge R (2007). *Palliative Care Toolkit: Improving care from the roots up in resource-limited settings*. London: Help the Hospices and WPCA.
7. Mannix, K., Ahmedzai, S. H., Anderson, H., Bennett, M., Lloyd-Williams, M., & Wilcock, A. (2000). Using bisphosphonates to control the pain of bone metastases: evidence-based guidelines for palliative care. [Review]. *Palliat Med*, 14(6), 455-461.
8. Staritz, M. (1988). Pharmacology of the sphincter of Oddi. [Review]. *Endoscopy*, 20 Suppl 1, 171-174. doi: 10.1055/s-2007-1018170
9. Twycross R and Wilcock (2007). *Palliative Care Formulary*, 3rd edition.
10. World Health Organization (1998). *Cancer pain relief and palliative care in children*. Geneva, Switzerland: World Health Organisation.

# CAPÍTULO 4: MORFINA E OUTROS OPIÓIDES

---

Realmente vemos o impacto do alívio da dor nas vidas das pessoas. Cerca de 95 por cento de novos pacientes chegam com dor severa. Nós damos morfina imediatamente, e depois esperamos 10-15 minutos antes de examiná-los. Às vezes é mesmo possível vê-los sorrir. ... A morfina devia estar disponível para todos pacientes com doença terminal.

(Declaração Pessoal de Peter Mikajjo,  
Hospice África Uganda)

## A. Princípios

- Uma das razões comuns do fraco controle da dor é a administração inadequada de opióides.
- Os analgésicos opióides são seguros e eficazes para a gestão da dor.
- Existem vários mitos sobre o uso de opióides, e estes precisam ser dissipados.
- Os clínicos precisam ter bons conhecimentos sobre a farmacologia dos opióides e uma compreensão sobre o seu uso, juntamente com informação para fazer desacreditar os mitos que envolvem o seu uso.
- Os clínicos também devem ter bons conhecimentos de trabalho sobre os efeitos colaterais dos opióides e como geri-los.
- A morfina oral é o padrão de ouro internacional em relação à qual se comparam os outros opióides. É barata e fácil de usar.
- Na maioria dos casos pode-se atingir um bom controle da dor através da utilização da morfina e medicamentos adjuvantes.
- Muitas vezes, a morfina é associada a ‘cuidados terminais’ e ao ‘fim da vida’. Porém, ela pode ser usada em qualquer fase de uma doença para controlar a dor e pode ser retirada se o paciente não mais precisar.
- A utilização da escada analgésica da OMS (ver Capítulo 3) guia-nos a usar não - opióides tais como paracetamol (Acetaminofeno) e adjuvantes para a dor ligeira; um opióide fraco associado a um não-opióide e um adjuvante para a dor moderada; um opióide forte associado a um não-opióide e um adjuvante para a dor severa.
- Para avaliar que nível da escada analgésica o paciente requer, é necessário fazer uma ‘avaliação impecável’ da dor e reconhecer que, se um paciente estiver a tomar um opióide fraco na sua dose máxima e ainda estiver com dor, o fármaco precisa ser trocado para um opióide forte.

## B. Analgésicos Opióides

### Fosfato de Codeína (Metilmorfina)

- É um opióide fraco usado para dor ligeira a moderada.
- Não existem provas suficientes para promover a codeína em detrimento de outros opióides.
- Tem propriedades analgésicas, anti-tússicas; o efeito antitússico não é mediado por receptores opióides (*Kamei, 1996*).

- É muito menos potente do que a morfina e liga-se de forma relativamente fraca aos receptores  $\mu$ .
- O efeito analgésico da codeína é devido ao facto desta ser convertida em morfina no organismo.
- Geralmente a codeína não está disponível de forma isolada mas combinada com paracetamol para o tratamento da dor.
- É importante verificar a dose da codeína nas associações medicamentosas porque estas preparações muitas vezes contêm 8 ou 10mg de codeína por comprimido, o que é uma dose sub-terapêutica na gestão da dor.
- Aproximadamente 30% da população não tem o enzima para converter a codeína em morfina, por isso os especialistas em cuidados paliativos sugerem que haja menos uso da codeína como analgésico e o uso de uma baixa dose de morfina em sua substituição.

### Tramadol

- O Tramadol é um opióide fraco usado para dor ligeira a moderada. Estabelece a ligação entre analgésicos de Nível 2 e 3.
- A maioria dos pacientes com cancro que tomam Tramadol para o alívio da dor precisa de mudar para a morfina à medida que a sua doença progride.
- O Tramadol diminui o limiar convulsivo e deve ser usado com cuidado quando combinado com outros fármacos que diminuem o limiar convulsivo e em pacientes epiléticos.
- Pode ser preferível a outros opióides na gestão da dor devido a pancreatite por causa do seu efeito relaxante sobre o esfíncter de Oddi (Staritz, 1988).

### Morfina

- A morfina é um opióide forte usado para a dor moderada a severa.
- É um alcalóide do ópio derivado da flor da papoila que ocorre naturalmente.
- A maioria dos opióides fortes é farmacologicamente igual à morfina.
- A morfina é pouco dispendiosa. Em países Africanos que incluem opióides na sua Lista de Medicamentos Essenciais, a morfina é muitas vezes o único opióide forte (de nível 3) disponível para a gestão da dor.
- O xarope de morfina (morfina líquida oral) é preparado muito facilmente a partir do pó de sulfato de morfina em diferentes concentrações conforme necessário.

- A morfina pode também estar disponível na forma de libertação prolongada e injectável.
- Nos cuidados paliativos, a morfina parenteral pode ser usada como uma perfusão subcutânea contínua através de uma seringa condutora.
- A morfina é metabolizada no fígado.
- A solução de morfina tem um efeito rápido no alívio da dor, com um pico de concentração plasmática ao fim de 1 hora e uma semi-vida de eliminação de 2-4 horas. Isto significa que para um bom controle da dor crónica, as soluções de morfina devem ser administradas de 4 em 4 horas.
- A morfina de libertação imediata é recomendada para a titulação da dose de morfina de modo a atingir o controle da dor independentemente do uso da morfina de libertação prolongada ou outro opióide (como o Fentanil) quando o controle da dor do paciente estiver estabilizado.
- A morfina é o opióide ‘padrão de ouro’ internacional em relação ao qual os outros opióides são comparados e é o único opióide forte disponível em muitos países em desenvolvimento.
- A ‘potência’ de um opióide corresponde à resposta a uma dose particular do fármaco, e a chamada dose ‘equianalgésica’ de outros opióides é definida em relação a 10mg de morfina (ver Tabela 3 abaixo).

**Tabela 3: Doses Equianalgésicas de Outros Opióides Comparadas com 10mg de Morfina IM/SC para Adultos**

| Fármaco      | Dose Equianalgésica em Relação a 10mg de Morfina Administrada por Injecção Intramuscular (IM) ou Infusão Subcutânea (SC) |          |
|--------------|--|----------|
|              | IM/SC  | Via oral |
| Morfina      | 10 mg  | 20 mg    |
| Bupremorfina | 0.4 mg   | 0.8 mg   |
| Codeína      | 130 mg   | 200 mg   |
| Fentanil     | 100 µg/h = 2 – 4 mg/h de morfina IV  |          |
| Hidromorfona | 1.5 mg   | 7.5 mg   |
| Metadona     | 10 mg  | 20 mg    |
| Oxicodona    | 15 mg  | 30 mg    |
| Tramadol     | 100 mg   | 120 mg   |

## Metadona

- Tem uma farmacologia complexa e uma vasta gama de efeitos farmacológicos.
- A metadona tem propriedades farmacocinéticas incomuns que contribuem para a toxicidade não intencional.
- O seu uso na gestão da dor é ainda limitado a alguns especialistas.
- Não há evidência que a metadona seja superior à morfina como analgésico.

## Fentanil

- O fentanil é um opióide forte para dor crónica.
- É lipofílico e por isso é absorvido pelo tecido adiposo e tem uma longa semi-vida.
- O fentanil está disponível em formulações transdérmicas, as mais comuns das quais compreendem um reservatório do fármaco separado da pele por uma membrana que controla a taxa de distribuição do fármaco à superfície da pele.
- Quando o adesivo de fentanil é aplicado à pele, a concentração sérica do fentanil aumenta gradualmente, atinge um nível estável ao fim de 12-24 horas e mantém-se constante por algum tempo antes de reduzir.
- Os adesivos são trocados cada 72 horas para manter uma concentração sérica constante do fentanil.
- Por isso não é adequado usar fentanil para a titulação da dose de opióides e é mais prático usar a solução de morfina para estabelecer a dose necessária de opióides e depois converter para os adesivos de fentanil. O paciente deve ter a solução de morfina disponível para os acessos dolorosos.
- Em pacientes com febre, a absorção de fentanil é acrescida por causa do aumento da permeabilidade da pele, e os pacientes com febre devem ser monitorados para os efeitos colaterais dos opióides.
- Na mudança da morfina para o fentanil, é importante seguir o guião do fabricante sobre a equivalência das doses.
- Calcular a dose do opióide escolhido com base no adesivo de fentanil de 25 mcg (equivalente a aproximadamente 100 mg de morfina oral em 24 horas ou 20 mg de hidromorfona oral em 24 horas) e reduzir a dose oral em 50% ou mais. Existe uma tolerância cruzada e deve-se ter cuidado quando se trocar para fármacos por via oral visto que ainda pode existir algum fentanil no organismo.
- Dose inicial: convertida a partir de uma dose de morfina oral de acordo com a Tabela 3 (simplificada para satisfazer as preparações disponíveis).

**Tabela 4: Fentanil-a-Morfina - Doses de Conversão em Adultos**

| Dose de Morfina Oral de 4 em 4 h (mg) | Dose de Morfina Oral de 24 em 24 h (mg) | Tamanho do Adesivo de Fentanil (mcg/h) |
|---------------------------------------|---|--|
| 5- 20                                 | 30- 130                                 | 25                                     |
| 25- 35                                | 140- 220                                | 50                                     |
| 40- 50                                | 230- 310                                | 75                                     |
| 55- 65                                | 320- 400                                | 100                                    |

- As doses devem ser sempre tituladas de acordo com as necessidades individuais dos pacientes.
- **Ter sempre** disponível uma dose de resgate dado que a dosagem pode ser subestimada.
- A semi-vida de eliminação do fentanil é aproximadamente 24 h após a remoção do adesivo.
- O fentanil é útil em pacientes com insuficiência renal dado que este não tem metabolitos activos.
- O fentanil provoca menos obstipação que a morfina e é adequado para uso em pacientes com dificuldades de engolir se estiverem com dor estável.
- Se um paciente estiver a aproximar-se da fase terminal e estiver a usar fentanil transdérmico, manter o adesivo no local e dar doses de resgate por outra via se necessário.

## Alguns Aspectos Práticos em Relação à Administração de Opióides:

### Morfina

- Para converter de morfina de libertação imediata de 4 em 4 horas para fentanil, os pacientes devem mantê-la de forma regular até se atingir o pico plasmático do fentanil, isto é, durante as primeiras 12 a 24 horas.
- Para converter de morfina de libertação prolongada de 12 em 12 horas para fentanil, os pacientes devem aplicar o adesivo ao mesmo tempo que tomam a última dose de morfina.
- Para converter de morfina de libertação prolongada de 24 em 24 horas para fentanil, os pacientes devem aplicar o adesivo 12 horas após terem tomado a última dose de morfina.
- Uma preparação de opióides de libertação imediata (equivalente à dose de morfina de 4 em 4 horas) deve estar sempre disponível para a dor dos acessos dolorosos.
- O paciente deve ser avisado de que pode ter mais acessos dolorosos do que o habitual nos primeiros três dias.

### Fentanil Adesivo Transdérmico (TD)

- A dose do adesivo de fentanil não deve ser alterada dentro dos primeiros dois dias da primeira aplicação ou de qualquer mudança na dose.
- Substituir os adesivos à mesma hora do dia cada três dias.
- Titular a dose aumentando gradualmente em incrementos de 25mcg/h para qualquer aumento necessário.
- Variar o local de aplicação em cada mudança do adesivo.
- Aplicar numa área de pele plana, limpa, seca, sem pelos e sem lesões.
- Semi-vida após a remoção do adesivo é 13 - 25 horas.
- Menos obstipação que a morfina.
- Não usar em pacientes que necessitam de controle rápido da dor.
- Principal efeito colateral é depressão respiratória - dose dependente.

### Laxativos Profiláticos

- A obstipação é um efeito colateral comum dos opióides; dar sempre um laxativo quando se prescreve opióides (salvo se a indicação dos opióides for para controlar a diarreia).
- Os laxativos devem ser reduzidos até 50% e depois titulados conforme a necessidade.

### Petidina

- A petidina não é adequada para pacientes com dor crónica.
- Tem um início de acção rápido e uma curta duração de acção em relação à morfina e necessita de administração mais frequente: de 2 em 2 ou 3 em 3 horas.
- A petidina é metabolizada em norpetidina que tem efeitos colaterais que induzem a excitabilidade do sistema nervoso central incluindo mudanças de humor, tremores, mioclonus (movimento repentino dos membros) e convulsões.
- Afirmar que a petidina não é recomendada para controle da dor crónica.

## C. Farmacocinética e Efeitos Colaterais dos Opióides

Há vários efeitos colaterais da morfina e incluem:

- **Obstipação** - Por isso dar sempre um laxativo (ex. bisacodil 5 mg à noite, aumentando para 15 mg se necessário) salvo se o paciente tiver diarreia.
- **Náusea e Vômitos** - Se isto acontecer, dar metoclopromida 10 mg de 8 em 8 h, ou haloperidol 1,5 mg uma vez por dia.
- **Sonolência** - Que pode acontecer nos primeiros dias. Se não melhorar após cerca de 3 dias, reduzir a dose de morfina.
- **Prurido** - Menos frequente, mas se acontecer dar clorfeniramina.

- **Insuficiência hepática e renal** não é uma contra-indicação para o uso de opióides mas há que ter cuidado nestas circunstâncias por causa do risco de acumulação de fármacos ou metabolitos activos. Aumentar o intervalo entre as doses para que a morfina seja dada de 6 em 6 horas, 8 em 8 horas ou mesmo de 12 em 12 horas.

**Interação com outros fármacos:**

- › Os efeitos sedativos da morfina podem-se adicionar aos efeitos dos antidepressivos, ansiolíticos e neurolépticos.
- › Os efeitos de obstipação da morfina podem ser agravados pela medicação anticolinérgica.
- › A petidina não deve ser usada nos cuidados paliativos mas é particularmente contra-indicada em associação com inibidores da monoaminoxidase por causa das reacções adversas graves como hiperpirexia, convulsões e morte.
- › Pode haver interações com alguns dos fármacos usados no HIV/SIDA - ver Capítulo 8 para mais informações.

**Toxicidade:**

- › Os sinais de toxicidade da morfina incluem:
- › Sonolência que não melhora
- › Confusão
- › Alucinações
- › Mioclonus
- › Depressão respiratória (diminuição da frequência respiratória)  
- raramente observado durante a morfina oral.
- › Pupilas puntiformes.
- › Se há suspeita de toxicidade, reduzir a dose em 50% e administrar fluidos por via parentérica para aumentar a excreção. Em casos graves, interromper a morfina e dar Naloxona, um antagonista opióide.  
O Haloperidol 1.5 -5 mg à noite pode ajudar em caso de alucinações ou confusão causada pela morfina.

**Em pacientes idosos:**

- › A farmacocinética está alterada pelo processo de envelhecimento, as pessoas idosas respondem bem a doses baixas de opióides.
- › A redução da dosagem ou o prolongamento do tempo entre as doses minimiza o risco de efeitos adversos graves em pacientes idosos.

## D. Mitos Sobre a Morfina que Possam Limitar o seu Uso

Há muita ignorância à volta do uso da morfina e como resultado os pacientes sofrem desnecessariamente.

### Dependência Física:

- › A dependência física é uma resposta fisiológica normal à terapia crónica com opióides, que causa sintomas de abstinência se a medicação for parada subitamente - também ocorre com muitos outros fármacos e não apenas com opióides.
- › A dependência física não impede a interrupção do fármaco se a dor tiver sido aliviada por outras formas, se o paciente for desmamado do fármaco lentamente.

### Depressão Respiratória:

- › Isto não é comum se as doses de morfina forem tituladas para alívio da dor, porque a dor é um antagonista fisiológico da depressão respiratória.
- › A depressão respiratória não ocorre se for dado o fármaco certo, à hora certa, e pela via correcta.
- › Em cuidados paliativos, doses baixas podem ser usadas com segurança em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica no estágio terminal (DPOC), cancro do pulmão e em pacientes com dispneia grave.

### Tolerância:

- › A necessidade de aumentar as doses de morfina é incomum e está relacionada com a progressão da doença. Assegurar ao paciente que há meios apropriados para tratar a dor mais severa, se tal acontecer.
- › A preocupação com a tolerância não é motivo para ‘economizar’ o uso de opióides até à fase terminal.
- › Não existe dose máxima de morfina.

### Adicção:

- › Há necessidade de diferenciar a adicção da dependência física, que é uma resposta fisiológica normal ao uso crónico de opióides e resulta em sintomas de abstinência se estes fármacos forem interrompidos bruscamente.
- › A adicção é uma resposta psicológica patológica caracterizada por comportamento anormal que inclui ansia pelos fármacos.

- › A adicção é raramente observada em cuidados paliativos uma vez que o uso terapêutico da morfina oral não leva a adicção.

#### **A morfina acelera a morte:**

- › A morfina pode ser usada por muitos meses e anos e é compatível com o estilo de vida normal.
- › Se dada correctamente, não acelera a morte.

## **E. Saiba que...**

- É seguro usar a morfina para a gestão da dor em pessoas com uma doença que ameaça a vida.
- Muitos profissionais de saúde não foram formados em matérias sobre o uso de opióides e podem não se sentir à vontade em fazê-lo.
- Pode haver alguma resistência tanto de profissionais de saúde como dos pacientes em relação ao uso da morfina.

### **Farmacocinética e efeitos colaterais dos opióides**

#### **Em crianças:**

- É seguro usar opióides em crianças, e os clínicos não devem impedir o uso de analgésicos para a dor das crianças.
- As doses iniciais são calculadas de acordo com o peso da criança e a gestão da dor é individualizada de acordo com as necessidades da criança em analgésicos através da titulação da dose de opióides.

## **Referências:**

1. Faull C, Carter Y and Woof R (1997). *Handbook of Palliative Care*. Oxford: Blackwells.
2. Hanks GW, De Conno F, Ripamonti C, Ventafridda V, Hanna M, McQuay HJ, Mercadante S, Meynadier J, Poulain P and Roca i Casas J of the Expert Working Group of the European Association for Palliative Care (1996). 'Morphine in cancer pain: Modes of administration' in *BMJ* 312:823 - 6.
3. Hanks GW (1994). 'Transdermal ferntanyl in cancer pain' in *J Drug Devel* 6:93 - 7.
4. Schug SA, Zech D, Dorr U (1990). 'Cancer pain management according to WHO analgésico guidelines' in *Journal of Pain and Symptom Management* 5(1): 27 - 32.

# CAPÍTULO 5: GESTÃO NÃO- FARMACOLÓGICA DA DOR

---

A dor é inevitável - o sofrimento é opcional.

(Anónimo)

## Princípios

- A dor é influenciada por factores psicológicos, culturais, sociais e espirituais.
  - A determinação do tipo de dor ajuda a determinar o seu tratamento.
  - Ao lidar com a dor os factores psicológicos da dor são tão importantes quanto a sua causa.
  - A gestão não farmacológica da dor é a gestão da dor sem medicamentos. Utiliza formas para alterar pensamentos e centrar-se na concentração, de modo a melhor gerir e reduzir a dor.
  - Terapias complementares ou alternativas são cada vez mais utilizadas para aliviar a dor. Estas são terapias usadas juntamente com a medicina ortodoxa ou convencional mas não a substituem.
  - Existem terapias bioquímicas tais como ervas, suplementos dietéticos, essências de flores, óleos aromaterapêuticos, terapias biomecânicas como massagens, terapias de estilo de vida como meio ambiente, dieta, exercícios e técnicas de corpo e mente como a meditação, relaxamento e imagística; terapias bioenergéticas como a acupunctura, toque terapêutico, etc.
  - As normas actuais da OMS recomendam uma combinação de modalidades de tratamento farmacológico e não farmacológico como padrão de cuidados para a dor do cancro (*Jadad & Browman, 1995*).
- Tanto as crianças como os adultos sentem menos angústia quando entendem o que está a acontecer e estão envolvidos nos seus cuidados.
  - As crianças (incluindo recém nascidos) sofrem de dor tanto quanto os adultos; as crianças mais novas sentem níveis mais elevados. O medo do tratamento pode inibi-las de exprimir a sua dor.

## Tipos de Gestão Não Farmacológica da Dor

- Existe uma variedade de técnicas e competências que complementam os métodos farmacológicos e intervencionais para a gestão da dor.
- Nem todos os métodos serão adequados a todos os pacientes.
- As terapias complementares funcionam para afectar a percepção da dor, apoiar o relaxamento, melhorar o sono ou reduzir sintomas por meio de:
  - › Efeito analgésico directo, ex. acupunctura
  - › Acção anti - inflamatória, ex. ervas
  - › Distracção, ex. terapia musical.
- Tais terapias incluem: acupunctura, terapia da dança, respiração profunda, distração, ervas, terapia quente e fria, terapia de massagem, terapia musical, terapia física, terapia de posicionamento, relaxamento, apoio social, e apoio espiritual e religioso. Cada um é descrito mais adiante.

Algumas terapias complementares, como as ervas são comumente usadas em toda a África.

### Acupunctura

- Acupunctura, acupressão e electroacupunctura são formas de medicina tradicional chinesa nas quais manifestações físicas dos meridianos, por exemplo, articulações são avaliadas.
- Pressão em pontos meridianos pode ser aplicada pela inserção de agulhas de pequeno calibre (por exemplo, acupunctura) ou uma combinação de agulhas e corrente eléctrica de baixa frequência (electroacupunctura), ou por pressão manual com um dedo (acupressão) (*Pujol & Monti, 2007*).
- A inserção e manipulação de agulhas ou a aplicação de pressão em pontos específicos, é oferecida como uma técnica discreta para o tratamento de sintomas.

### Terapia da dança

A terapia da dança usa o movimento para melhorar o bem-estar físico e mental.

A sustentação clínica sugere que a terapia da dança ajuda as pessoas a conseguir o seguinte:

- › Criar uma imagem corporal positiva;
  - › Melhorar a sua auto imagem e auto estima;
  - › Reduzir o stress, ansiedade e depressão;
  - › Diminuir o isolamento, dor crónica, e tensão corporal;
  - › Melhorar as competências comunicativas;
  - › Encorajar o sentido de bem-estar.
- A terapia de dança precisa ser realizada dentro dos limites da habilidade individual.

- Há benefícios terapêuticos da terapia da dança, embora estes resultados se baseiem em elementos de prova geralmente de má qualidade. A terapia da dança deve ser considerada como uma terapia de complemento potencialmente relevante para uma variedade de condições que não respondem bem aos tratamentos médicos convencionais (*Strassel, Cherkin, Steuten, Sherman e Vrijhoef, 2011*).

### **Respiração profunda e lenta (RPL)**

- Técnicas de respiração profunda e lenta (RPL) são amplamente utilizadas no alívio de alguns sintomas em cuidados paliativos especialmente aqueles que englobam doenças somáticas.
- RPL influencia decisivamente o sistema nervoso autónomo e o processamento da dor em conjunto com o relaxamento na modulação da excitação simpática e da percepção da dor.

### **Distracção**

- A distracção é usada para desviar a atenção do paciente da dor.

### **Ervas**

- As ervas são usadas na medicina tradicional africana.
- Podem produzir efeitos fisiológicos que podem ser positivos ou negativos, dependendo da situação do paciente. Porém, os efeitos fisiológicos das ervas nem sempre foram provados cientificamente.
- Algumas ervas podem causar efeitos colaterais indesejáveis como reacções alérgicas ou toxicidade directa na pele.

### **Terapia quente e fria**

- A aplicação de uma compressa quente ou fria pode ajudar a reduzir a dor.
- Alguns tipos de dor são melhor aliviados usando o calor, enquanto outros tipos de dor melhoram com o frio.

### **Terapia da massagem**

- A massagem inclui esfregar e manipular os músculos, o que aumenta a circulação sanguínea e melhora o relaxamento.
- A massagem é segura mas deve ser evitada em certas situações como a inflamação das articulações ou ferimentos, feridas abertas, infecções da pele, ou flebite.

- A massagem pode melhorar o sentimento de bem-estar e conforto do paciente.

### Terapia musical

- A música pode atingir níveis de emoção profunda, e os tipos de música podem ter significados específicos para os indivíduos.
- A terapia musical pode envolver escutar uma música, criar uma música, canto, e discussões sobre música. A imagística guiada com música também pode ser benéfica.
- A música pode também ajudar a alcançar o seguinte:
  - › Aliviar o stress, apreensão e medo;
  - › Melhorar o humor;
  - › Diminuir a frequência cardíaca, tensão arterial e frequência respiratória;
  - › Aliviar a depressão;
  - › Aliviar a insónia;
  - › Aliviar a tensão muscular e dar relaxamento;
  - › A música aumenta o fluxo sanguíneo ao cérebro e ajuda na absorção de mais oxigénio;
  - › Estudos científicos mostraram o valor positivo da terapia musical no corpo, mente e espírito de crianças e adultos.

### Terapia física

- A terapia física envolve o movimento do corpo de modo a atingir e manter uma condição saudável e um estado de aptidão física.
- Exercícios respiratórios, caminhada, lavagem, e carregar água são actividades que podem ajudar a criar força, manter energia, e contribuem para o bem-estar geral.
- Estudos mostram que o exercício físico:
  - › Reduz a ansiedade e depressão;
  - › Reduz a fadiga;
  - › Melhora o fluxo sanguíneo e reduz o risco de formação de trombozes;
  - › Reduz a dor;
  - › Reduz a incidência da diarreia e obstipação;
  - › Previne a osteoporose;
  - › Reduz o risco de doenças do coração;
  - › Aumenta o funcionamento físico geral;
  - › Reduz a dependência de outros para actividades do quotidiano;
  - › Melhora a auto-estima.

- Saber que é possível que haja problemas ou complicações se um paciente exercitar acima do nível de esforço que é adequado para si.
- Para os que estão acamados, uma variedade de actividades de movimento são úteis para prevenir a rigidez e manter a mobilidade nas articulações.

### **Terapia de posicionamento**

- Quando as pessoas estão acamadas, podem começar a sentir dor e rigidez muscular e articular.
- O movimento em pacientes acamados e a mudança da sua posição é uma forma importante de prevenir o aparecimento de escaras de decúbito naqueles que necessitam de assistência para se mover.

### **Relaxamento**

- As técnicas de relaxamento são mais frequentemente usadas na gestão da dor psicológica.
- Elas ensinam os pacientes a treinar e relaxar intencionalmente, o que constitui um processo psicofisiológico que reduz o stress e a dor.
- À medida que os pacientes aprendem estas técnicas, eles estão melhor capacitados para reconhecer a tensão interna e o stress.

### **Apoio social**

- Problemas sociais não resolvidos podem agravar a dor, enquanto o reconhecimento e gestão de questões sociais pode facilitar largamente o controle da dor.
- Este inclui aconselhamento de suporte, assistência prática tal como a provisão de ajudas para o quotidiano, e o acesso a recursos e serviços comunitários.
- Um método sensível à cultura, etnia e língua irá evitar o agravamento da dor e irá ajudar a reduzir a angústia emocional.

### **Apoio espiritual e religioso**

- O reconhecimento e gestão bem sucedida de problemas espirituais são uma parte importante do controle da dor.
- Dependendo das crenças e fé do paciente, a oração e meditação podem ajudar.
- É importante não confundir assistência espiritual com a religião.

### **Outras medidas não - farmacológicas**

Uma larga variedade de intervenções pode aliviar ou gerir a dor.

Se disponíveis, considerar os seguintes:

**Cirurgia:**

- Pode ajudar a reduzir a causa da dor, exemplo, tumores debilitantes.
- Pode ajudar em complicações ortopédicas e obstruções viscerais.

**Radioterapia:**

- A dor local devido à infiltração do tumor geralmente responde à radioterapia local.
- As doses usadas para o alívio da dor em pacientes com doença avançada são geralmente mais baixas do que as doses usadas para tratar o cancro e muitas vezes podem ser administradas numa dose única nas áreas previamente tratadas.
- A radioterapia é contudo limitada ou pode não existir em todos países Africanos.

**Reflexologia:**

- A reflexologia é uma arte natural de cura baseada nos princípios de que há reflexos nas mãos e nos pés que correspondem a cada parte do corpo.
- Estimulando e aplicando pressão nos pés e mãos na área que corresponde ao local da dor pode aliviar a dor.

**Aromaterapia:**

- A aromaterapia é a arte e ciência de usar óleos essenciais para · Cada óleo tem efeitos específicos num indivíduo - por exemplo, o óleo de lavanda pode aliviar o stress e pode ajudar o paciente a relaxar, reduzindo assim a sua ansiedade e dor.

**Saiba que...**

- Nem todos os métodos de gestão não-farmacológica da dor serão adequados para cada indivíduo.
- Existem algumas contra-indicações para os métodos não farmacológicos.
- Os métodos não farmacológicos de gestão da dor devem ser usados em paralelo com os métodos farmacológicos e não em sua substituição.
- O facto dos medicamentos naturais tais como ervas existirem há anos não significa que funcionem ou que sejam inofensivos.

- Os métodos não-farmacológicos podem ser altamente eficazes em crianças.
- Não são muito usados em África mas sem dúvida que, tendo em conta os problemas de obtenção de opióides fortes em muitas áreas, deviam ser temas centrais de aprendizagem para os profissionais de saúde que cuidam das crianças.
- São fáceis de aprender e podiam ser usados sempre que possível para dar algum controle à criança sobre a gestão da dor.
- Os métodos não farmacológicos de controle da dor que são úteis em crianças incluem:
  - Apoio emocional
  - Métodos físicos, ex, tacto
  - Métodos cognitivos, ex, terapia musical
  - Oraçãõ - dependendo da prática familiar.

**Respiração profunda:**

- A criança é instruída a fazer uma respiração profunda através do nariz e soprar para fora através da boca. Fazendo um esforço consciente para contar as respirações a criança focaliza a atenção na respiração.
- Para as crianças em idade escolar, pedir-lhes que prendam a respiração durante um procedimento doloroso o que transfere a sua atenção para a respiração afastando-a do procedimento em curso.

**Distracção:**

- As técnicas simples de distracção podem ser muito eficazes na diminuição da dor em crianças.
- Medidas simples tais como olhar para livros, soprar balões e contagem são técnicas de distracção favoritas para crianças.
- O tacto pode ser uma técnica importante de distracção - carícias, afago e embalo em crianças e bebés que estiverem em aflição.

**Terapia musical:**

- As crianças na região Africana têm uma compreensão intrínseca da música e respondem bem às diferentes formas da terapia musical.

## Referências:

1. Centers for Disease Control and Prevention / Columbia University (2009). *Complementary and alternative medicine for serious illness. Definitions*. Accessed via internet 24 August 2009.
2. O'Callaghan C and Magill L (2009). 'Effect of music therapy on oncologic staff bystanders: a substantive grounded theory' in *Palliative and Supportive Care* 7: 218-219.
3. Portenoy, R. K. (2011). Treatment of cancer pain. [Review]. *Lancet*, 377(9784), 2236-2247. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60236-5.
4. Pujol, L. A., & Monti, D. A. (2007). Managing cancer pain with nonpharmacologic and complementary therapies. [Review]. *J Am Osteopath Assoc*, 107(12 Suppl 7), ES15-21.
5. Strassel, J. K., Cherkin, D. C., Steuten, L., Sherman, K. J., & Vrijhoef, H. J. (2011). A systematic review of the evidence for the effectiveness of dance therapy. [Review]. *Altern Ther Health Med*, 17(3), 50-59.
6. University of Virginia Health System. Articles accessed via
7. Woodruff R, Doyle D (2004). *The IAHPC Manual of Palliative Care*, 2nd edition. Houston, Texas: International Association of Hospice and Palliative Care Press.
8. [www.drugs.com](http://www.drugs.com). 'Non-pharmacological pain management therapies for adults'. Article accessed via website. [www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/hub\\_cancer/altther.cfm](http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/hub_cancer/altther.cfm).
9. Zambian Ministry of Health (2005). *A Training Package for Community Home Based Care: Palliative Care Module 7*, 25-7. Lusaka: Government of Zambia.
10. Zernikow, B., Michel, E., Craig, F., & Anderson, B. J. (2009). Pediatric palliative care: use of opioids for the management of pain. [Review]. *Paediatr Drugs*, 11(2), 129-151. doi: 10.2165/00148581-200911020-00004

# CAPÍTULO 6: GESTÃO DA DOR PSICOLÓGICA, ESPIRITUAL E CULTURAL

---

A percepção de que a vida irá provavelmente terminar brevemente pode bem ... dar origem a sentimentos de ... injustiça em relação ao que está a acontecer, e ao que aconteceu antes, e sobretudo um sentimento desolador de insignificância. Aqui está, acredito eu, a essência da dor espiritual.

(Dame Cicely Saunders)

## A. Princípios

- A avaliação e gestão da dor dependem da comunicação eficaz.
- As intervenções psicológicas têm um papel importante na gestão da dor e devem constituir uma parte integral dos cuidados.
- A terapia psicológica e aconselhamento são componentes principais da gestão da dor.
- A informação e educação do paciente devem constituir uma parte integral na gestão da dor.
- A espiritualidade é um factor importante ao lidar com a dor.
- A cultura influencia o modo através do qual as pessoas podem entender a sua dor.
- Cada grupo cultural tem a sua própria visão acerca da dor e isto influencia a forma como os indivíduos respondem à sua dor.

## B. Terapia Psicológica / Aconselhamento

A terapia psicológica e/ou aconselhamento são a chave da gestão não farmacológica da dor.

- Ela pode envolver:
  - Aconselhamento individual
  - Aconselhamento familiar
  - Aconselhamento de grupos.
- Os factores psicológicos têm um papel crucial na habilidade individual de gerir e lidar com a dor.
- A angústia psicológica relacionada com a dor crónica manifesta-se muitas vezes sob a forma de depressão ou ansiedade mas também se pode apresentar sob forma de ira, frustração, desespero, recusa, pesar, tristeza, desamparo ou isolamento.
- A gestão deve facilitar os mecanismos de adaptação e luta do paciente e diminuir o sentimento de desamparo.

A maioria dos profissionais de saúde podem dar algum apoio psicológico, tal como:

- Boa comunicação
- Educação do paciente
- Aconselhamento básico
- Ajudar os pacientes a desenvolver expectativas reais em relação ao futuro.

Pode ser necessário outro apoio, mais especializado para terapias tais como:

- Reconstrução cognitiva;
- Resposta biológica;
- Gestão do stress;
- Formação em relaxamento.

### **A importância de comunicação eficaz na gestão da dor**

- A comunicação eficaz permite que o paciente e sua família falem sobre a sua dor, seus medos e preocupações.
- Também contribui para uma relação muito forte entre o cuidador e o paciente.
- A comunicação é vista como uma terapia, que é usada para ajudar o paciente de modo que possa lidar com um problema ou resolvê-lo.

### **Princípios para ajudar os cuidadores a comunicarem de forma eficaz**

- Comunicar com sensibilidade, empatia, compaixão e apoio ao paciente e sua família.
- Escutar atentamente e permitir que lágrimas ou emoções sejam exprimidas sem apressar o paciente.
- Tomar em consideração a família e sua etnia, raízes culturais e religiosas.
- Dar atenção ao paciente, seus familiares e cuidadores.
- Ter consciência da importância da comunicação não verbal tal como a expressão facial.
- Usar linguagem clara e adequada (que seja acessível ao paciente); usar um intérprete se necessário.
- Fazer perguntas apropriadas, e permitir que o paciente e sua família façam perguntas em cada encontro.
- Ao colocar questões, parafrasear, resumir, etc, garantir que o paciente e sua família entendem o que se está a dizer, e que se entende o que eles estão a dizer.

### **Competências básicas de comunicação**

**Escuta activa:** Isto é, ouvir com interesse, atenção e compreendendo as mensagens verbais e não verbais que os pacientes e suas famílias estão a comunicar. Os indicadores de atenção estão resumidos como “ROLES”:

- Relax (Relaxar)
- Openness (Abertura)
- Lean forward (Inclinar-se para a frente)
- Eye contact (Contacto visual)

- Sit near (Sentar-se próximo) (Confortavelmente próximo)
- Confirmar a compreensão através de parafraseamento e resuminho a história do paciente, e identificando e reflectindo os sentimentos e emoções da pessoa a partir da sua história.

**Colocar questões:** Concentrar-se em questões que tenham um propósito para o paciente e cuidador. Estas devem ter como objectivos:

- Obter informação
- Avaliar o conhecimento
- Direcção e focalizar decisões
- Obter uma compreensão profunda dos problemas do paciente
- Priorizar questões
- Determinar o local do diálogo com a pessoa que procura assistência
- Demonstrar que o cuidador está a tentar entender a pessoa e o problema da melhor forma.
- Usar principalmente perguntas de desenvolvimento, isto é, perguntas que estimulam o pensamento, e convidam a pessoa a falar e explicar uma situação e oferecem uma variedade de respostas - por exemplo, “O que lhe faz sentir-se mal?”, “Como se sentiu quando foi diagnosticado o cancro?”, “O que o preocupa mais?”
- Pode usar-se algumas perguntas fechadas se necessário. Estas são breves e directas e são usadas para obter factos e não conhecimentos ou sentimentos - por exemplo, “Esta parte do seu corpo dói?”
- Evitar perguntas capciosas - estas sugerem uma resposta preferida ou desejada, por exemplo, “Sei que deve estar a sentir muita dor - não é?”

Quando se estiver a responder às questões:

- Entender que por detrás de cada questão há uma história, por isso é preciso ser honesto e dar respostas correctas.
- Fornecer informação correcta.
- Dar informação simples e clara
- Verificar a compreensão ou equívocos
- Respeitar e acreditar na informação importante.

Usar atitudes positivas:

**Não-crítico:** tratar as pessoas como são, com respeito e dignidade e evitar condenar ou criticá-las.

**Confidencial:** Não revelar qualquer informação obtida de um paciente salvo se houver consenso. Todo o paciente tem direito à confidencialidade e deve sentir-se seguro à medida que comunica.

**Solidário:** colocar-se no ‘lugar do paciente’ por entender e aceitar a sua situação.

**Atencioso:** dar atenção e preocupar-se com o bem-estar de outra pessoa. Mostra-se atencioso sendo carinhoso e acessíveis, por mostrar interesse, etc. Isto implica fazer com que o paciente se sinta em casa e que o profissional de cuidados responda com interesse ao que o paciente diz.

## C. Educação do Paciente

- Explicar ao paciente acerca da causa da sua dor e a gestão possível irá ajudar a:
- Construir a sua confiança
- Ganhar expectativas reais
- Construir confiança e relacionamento
- Auxiliar a aderência ao tratamento
- Reduzir o stress e a ansiedade.
- O medo e a ansiedade agravam a dor.
- Explicar ao paciente o que está a acontecer - o seu envolvimento e informação ajudarão a acalmar a tensão e por via disso a reduzir a ansiedade e a dor.
- É importante que, ao prescrever fármacos para gerir a dor, o trabalhador da saúde explique claramente ao paciente como e quando tomá-los.

Isto deve incluir:

- Nome e formulação do fármaco
- Porque precisam tomá-los
- Dose a tomar e, se for líquido, como medir a dose correcta
- E em que momento deve tomar e se precisa tomar com alimentos, etc.
- Possíveis efeitos colaterais dos fármacos
- Como guardar os fármacos
- Quando e como obter mais fármacos
- Quem contactar se estiver preocupado, com efeitos colaterais ou se a dor não estiver controlada.

## D. Cuidados Espirituais e Culturais

- A espiritualidade de um indivíduo é moldada pela cultura em que vive.
- A espiritualidade também é moldada pela vivência do indivíduo - por ex, ao ser confrontado com uma doença que ameaça a vida.
- Os pacientes podem passar por um período de dúvida, conflito e confusão - sentimentos que são naturais face a doenças que ameaçam a vida e que necessitam de apoio.

- Em África, a espiritualidade tem um impacto prático, social e material no quotidiano das pessoas - não podemos abordar as necessidades de um paciente sem falar das suas necessidades espirituais.
  - A maioria dos profissionais de saúde será capaz de dar apoio espiritual - por exemplo:
    - Escutando os medos e preocupações dos pacientes
    - ‘Estando com eles’
    - Orando com eles, conforme adequado e conforme pedido.
- Outros apoios especiais podem às vezes ser necessários, por exemplo:
- Rituais específicos relacionados com a sua religião.
  - Aconselhamento espiritual profundo.
  - Pode ser necessário dar apoio ao paciente de diferentes formas - por exemplo, se o paciente tiver coisas importantes por concluir, ou se estiver com ansiedade ou pesar antecipado.

## E. Saiba que...

- Os cuidados psicológicos e espirituais eficazes levam tempo.
  - Às vezes as pessoas com dor podem precisar de tratamento farmacológico para a sua ansiedade ou depressão, em paralelo com apoio e aconselhamento psicológico.
  - Não substituir a gestão farmacológica por estas terapias mas usá-las de uma forma integrada de modo a gerir a dor com eficácia.
  - É sempre possível ‘fazer as coisas melhorar’ mas como trabalhador da saúde o importante é estar próximo do paciente e apoiá-lo na sua vivência espiritual.
- Quando se estiver a comunicar com crianças usar linguagem e meios de comunicação que as crianças possam entender de acordo com a sua idade - por exemplo, desenhos, figuras, música, dança e drama, histórias, etc.
  - Explicar à criança de uma forma adequada à sua idade.

## Referências:

1. Saunders C (1988) Spiritual pain. *Journal of Palliative Care*. 4 (3) p29-32.

# CAPÍTULO 7: CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS PARA PESSOAS COM HIV/SIDA, OS IDOSOS E OS QUE ESTÃO EM FIM DE VIDA.

---

Não faço nada, porque não posso andar nem mesmo rastejar. Fico aqui de manhã à noite, apenas pego o meu rosário e oro... O meu maior desafio é a dor - Tenho uma dor ardente nas pernas. Está a consumir-me.

(Um homem idoso no Kenya)

## A. Princípios

- Os princípios básicos de controle da dor são os mesmos para todos. O melhor método para tratar a dor em pacientes com HIV e SIDA é multimodal.
- Existem algumas características exclusivas dos idosos que precisam ser consideradas.
- Para os idosos, o lema é ‘inicie devagar, vá devagar’ no uso de analgésicos.
- O controle da dor e outros sintomas é fundamental nos cuidados de fim de vida

## B. Considerações Específicas para a Gestão da Dor em Pessoas com HIV/SIDA

- A dor no HIV é altamente prevalente, apresenta-se com variados síndromas, pode ter duas ou três causas em simultâneo e é de difícil gestão.
- A dor pode estar directamente relacionada com a infecção do HIV, imunossupressão ou tratamento do HIV.
- Na África do Sul a prevalência da dor neuropática em pacientes com SIDA era de 62% antes da terapia anti-retroviral, onde os homens tinham mais probabilidade de sentir a dor do que as mulheres.

Os síndromas mais comuns reportados nos adultos Seropositivos (ver também a tabela) incluem:

- Neuropatia periférica dolorosa
- Dor causada pelo sarcoma de Kaposi extenso
- Dores de cabeça
- Dor oral e faríngea
- Dor abdominal
- Dor torácica
- Artralgias e mialgias
- Afecções dermatológicas dolorosas.

**Tabela 5: Fontes Comuns de Dor em Pacientes com HIV e SIDA**

| Cutânea / Oral              | Visceral            | Somática             | Neurológica/Dores de Cabeça  |
|-----------------------------|---------------------|----------------------|--|
| Sarcoma de Kaposi           | Tumores<br>Gastrite | Doença reumatológica | Dores de cabeça relacionadas com HIV: encefalite, meningite etc.   |
| Dor da Cavidade Oral        |                     | Dor lombar           | Dores de cabeça não relacionadas com HIV: de tensão, enxaqueca etc.  |
| Herpes Zoster               |                     | Miopatias            | Iatrogénica (AZT)  |
| Candidíase Oral / Esofágica |                     |                      | Neuropatia periférica  |
|                             |                     |                      | Neurite herpética  |
|                             |                     |                      | Neuropatias associadas à toxicidade de DDI, D4T<br>Álcool, défices nutricionais<br>Modificada a partir de Carr |

- A gestão farmacológica da dor deve ser feita de acordo com a escada analgésica da OMS, conforme apresentado no capítulo 4.
- AINEs, adjuvantes, por exemplo, antidepressivos tricíclicos, anticonvulsivantes e intervenções não farmacológicas são importantes no controle da dor no HIV/SIDA. Usar AINEs com cuidado em pacientes com plaquetas baixas e naqueles com história de doença gastrointestinal, como úlcera péptica.
- A maioria dos ARVs, especialmente os inibidores da protease, causa desconforto abdominal, náuseas e vômitos.
- As dores de cabeça e as neuropatias periféricas também constituem efeitos colaterais comuns dos ARVs.

Alguns medicamentos anti-retrovirais interagem com analgésicos, daí a necessidade de se ter cuidado ao dar analgésicos a pacientes que estejam a tomar os ARVs. Em particular:

- As interações principais ocorrem com os analgésicos adjuvantes tais como Fenitoína, Carbamazepina, Dexametasona e Amitriptilina.
- As possíveis interações estão apresentadas no Anexo 3.
- A maioria das pessoas com o HIV e SIDA terão também cancro e por isso é importante conhecer os síndromas específicos relacionados com a dor em pessoas com HIV e em pessoas com cancro bem como os síndromas relacionados com as intervenções terapêuticas (ver tabela 6).

**Tabela 6: Síndromas Específicos Relacionados com a Dor no HIV e Cancro**

| Tipo de dor                              | Manifestação Clínica  | Causas  | Tratamento   |
|--|---|---|--|
| <b>DOENÇA RELACIONADA COM HIV E SIDA</b> |   |   |  |
| <b>Neuropatia Periférica</b>             | Dor ardente: mãos e pés<br>Alfinetes e agulhas<br>Alodínia (a sensação de dor em resposta a um estímulo que normalmente não causa dor num indivíduo normal)<br>Dor aliviada por pressão local | O HIV em si (neuropatia sensorial distal)<br>Nevralgia pós-herpética;<br>HAART: especialmente D4T e Efavirenz<br>Outros tratamentos: quimioterapia, Isoniazida, Metronidazol  | Remover, se possível, os agentes agressores: mudar de DT4 para Abacavir, ou de Efavirenz para Ritonovir/ Lopinavir (Kaletra).<br>Tratar o Herpes zoster precocemente com Aciclovir para reduzir a probabilidade de surgimento da nevralgia pós – herpética.<br>Usar a escada analgésica da OMS: AINEs e opióides Gabapentina (onde disponível) em casos resistentes<br>Tentar analgésicos tópicos<br>Neuropatias localizadas: bloqueio nervosos  |
| <b>Dor Abdominal no HIV</b>              | Dor abdominal<br>Pode manifestar-se de forma aguda ou crónica   | TB abdominal<br>MAC<br>Pancreatite<br>Úlcera péptica e doença de refluxo gastroesofágico<br>Doenças da vesícula e vias biliares<br>Síndromas de mal absorção<br>Efeitos colaterais dos fármacos;<br>Dor abdominal neuropática (diagnóstico de exclusão) | Diagnosticar e tratar a causa fundamental se possível<br>Iniciar TARV se indicado<br>Tratar a dor de acordo com a escada analgésica da OMS<br>Cuidado com vôlvo/ obstipação intestinal devido a opióides: pode piorar a dor<br>Lembrar que a morfina causa contrações do esfíncter de Oddi, por isso a Petidina é a melhor escolha em caso de Pancreatite<br>Para o Síndrome de Reconstituição Imunológica por MAC (SRI), experimentar baixas doses de esteróides<br>Cuidado com os AINEs e gastrite |

| Tipo de dor                            | Manifestação Clínica  | Causas  | Tratamento   |
|--|---|---|--|
| <b>Espasmo Muscular no HIV</b>         | Espasmo muscular.   | Causado pelo próprio HIV na forma de encefalopatia por HIV com um tónus aumentado<br>Lesões cerebrais secundárias a meningite bacteriana ou tuberculosa   | TARV<br>Levodopa (disfunção extrapiramidal)<br>Analgésicos (nível dois: não-opioides + opioides fracos)<br>AINes pode ajudar na dor músculo-esquelética<br>Baclofen (para espasmos musculares, pode causar convulsões)<br>Adjuvantes, especialmente Clonazepan |
| <b>Pressão Intracraniana Elevada</b>   | Dores de cabeça<br>Défices neurológicos focais                            | Meningite criptocócica<br>Toxoplasmose  | Tratar a dor de acordo com a escada analgésica da OMS<br>A morfina e a petidina estão contra-indicadas na pressão intracraniana elevada  |
| <b>DOENÇAS RELACIONADAS COM CANCRO</b> |   |   |  |
| <b>Dor Óssea</b>                       | Dor picante e severa mais intensa à mobilização<br>Comum pontos sensíveis | Infiltração óssea<br>Metástases ósseas - irritação e compressão dos receptores da dor no periósteo e endósteo<br>Libertação de prostaglandinas devido a destruição óssea;<br>Infiltração de nervos (nos canais Haversianos)<br>componente neuropática | AINes<br>Corticosteróides<br>Opióides (inicialmente)<br>Radiação<br>Adjuvantes (Carbamazepina)<br>Bisfosfonatos  |

| Tipo de dor                                 | Manifestação Clínica   | Causas   | Tratamento  |
|---|--|--|---|
| <b>Dor Neuropática</b>                      | Sensações anormais ou desagradáveis, geralmente descritas como picantes, ardentes ou penetrantes<br>Muitas vezes de início retardado<br>Dor breve e aguda<br>Dor desencadeada por estímulos normalmente não dolorosos (alodinia) | Lesão dos nervos causada por infiltração de tumor; pode também ser causada por lesões de tratamento (exemplo, toxicidade à vincristina)<br>Infiltração ou compressão de nervos periféricos<br>Interrupção cirúrgica de nervos (dor fantasma pós amputação) | Opióides (inicialmente)<br>Adjuvantes (Amitriptilina ou Carbamazepina)<br>Gabapentina<br>Bloqueio dos nervos para neuropatias locais secundárias à invasão de tumores<br>Radioterapia |
| <b>Dor Visceral Tumores do Intestino ou</b> | Deficientemente localizada<br>Varia em intensidade<br>Pressão, intensa e profunda  | Obstrução - intestinal, aparelho urinário, aparelho biliar<br>Ulçeração da mucosa<br>Alteração metabólica<br>Activação do nociceptor, geralmente a partir da distensão ou inflamação de órgãos viscerais   | Dar opióides e não opióides<br>Evitar a morfina em casos de obstrução intestinal e cólicas biliares.<br>Os adjuvantes podem também estar indicados                                    |

| Tipo de dor  | Manifestação Clínica  | Causas  | Tratamento  |
|--|---|---|---|
| <b>PROBLEMAS RELACIONADOS COM O TRATAMENTO DE AMBAS AS DOENÇAS</b> |   |   |   |
| Mucosite   | Dificuldade em engolir, dor devido às lesões orofaríngeas. Pode estender-se ao longo de todo o aparelho GI.                       | Efeitos colaterais directos do tratamento do cancro.<br>Quimioterapia<br>Radiação<br>Cirurgia | Pode ser causada por candidíase, herpes ou mucosite<br>Tratar a causa subjacente<br>Garantir ingestão oral adequada<br>Dar paracetamol regularmente de 4/4 - 6/6 horas antes das refeições<br>Usar antissépticos orais se apropriado<br>Usar para gargarejar e cuspir |
| Infecção   | As infecções podem causar dor localizada devido a uma infecção focal ou serem generalizadas (especialmente a sepsis neutropénica) |   | Tratar a infecção subjacente  |
| Dores de Cabeça Pós Punção Lombar                                  | Dor de cabeça severa a seguir a punção lombar   |   | Descanso, analgésicos simples, hidratação adequada. Pode necessitar de tampão sanguíneo epidural<br>A cafeína pode ser benéfica   |
| Dermatite de Radiação  | Inflamação da pele que causa aspecto avermelhado e fissuras   |   | Corticosteróides locais   |
| Pós Cirúrgica  | Dor relacionada com lesão tecidual devido ao trauma cirúrgico   |   | Gestão adequada da dor pós operatória   |

**Neuropatia Periférica**

- É mais comum em adultos que em crianças, mas ocorre em crianças e muitas vezes não é diagnosticada.
- No seu tratamento, acrescentar adjuvante: Carbamazepina para crianças menores, Amitriptilina para crianças mais crescidas. É melhor não usar Carbamazepina associada ao Efavirenz, pelo que, se necessário, mudar Efavirenz para Kaletra.

**Espasmos musculares em HIV**

- As crianças com a doença dos gânglios basais e movimentos anormais podem também ter dores consideráveis devido aos espasmos musculares.

**Tratamento de problemas relacionados com o HIV/ SIDA e cancro**

- Mucosite - Usar antissépticos orais conforme adequado, por exemplo, em crianças 10 ml de lidocaína (1%), 30ml de suspensão de nistatina e 15 - 30 mg de morfina. Usar para gargarejar e cuspir.

## C. Considerações Especiais para a Gestão da Dor nos Idosos

- Uma pessoa idosa é definida como alguém com idade biológica avançada, e muitas vezes tem múltiplas morbidades.
- O tratamento de um idoso é complicado quando houver demência.
- A percentagem de pessoas com dor crónica aumenta em idosos.
- A dor na idade avançada é muitas vezes vista como sendo 'parte da vida' e os médicos muitas vezes pensam que os idosos lidam melhor com a dor do que as gerações mais novas.
- Nos idosos, a dor pode dever-se a múltiplas causas – por exemplo, osteoartrite, polineuropatia, nevralgia pós hérpica, ou cancro.
- Os desafios da gestão da dor nos adultos incluem:
- Problemas de comunicação e conceito errado de dor.
- Complacência, dado que os idosos podem ter problemas práticos em tomar os medicamentos - por exemplo, visão limitada e assim não podem ver as instruções ou medicamentos devidamente, mobilidade ou destreza limitada para tomar os medicamentos, ou problemas de memória.
- Disponibilidade e prescrição de opióides
- Co-morbidade
- Mudanças farmacocinéticas, que causam interacções medicamentosas perigosas e níveis plasmáticos imprevisíveis.
- Uma das principais razões da falta de controle adequado da dor é a fraca avaliação, particularmente nas pessoas com demência.

A avaliação pode ser feita:

- Usando os instrumentos normais de avaliação da dor conforme adequado (ver Capítulo 2)
- Usando um instrumento de observação que avalia a dor em pacientes que estejam cognitivamente debilitados (por exemplo, com demência), tais como a Escala de Avaliação da Dor em Demência Avançada (PAINAD) que consiste de cinco itens avaliados usando uma escala de três pontos dando uma pontuação total que varia de 0 (significando não há dor) a 10 (significando dor severa) - ver tabela abaixo.

**Tabela 7. Escala de Avaliação da Dor em Demência Avançada (PAINAD)**

| Itens   | 0                          | 1  | 2   | Pontos |
|---|----------------------------|--|---|--------|
| <b>Respiração independente da vocalização</b> | Normal                     | Respiração difícil ocasional. Curto período de hiperventilação                             | Respiração difícil e ruidosa. Longos períodos de hiperventilação. Respiração de Cheyne - Stokes |        |
| <b>Vocalização Negativa</b>                   | Nenhuma                    | Suspiro e gemido ocasional. Discurso de baixo tom com uma qualidade desaprovativa negativa | Clamor perturbado repetido. Alto suspiro, gemido ou choro.                                      |        |
| <b>Expressão facial</b>                       | Sorridente ou inexpressivo | Triste Assustado Franzido  | Careta facial   |        |
| <b>Linguagem corporal</b>                     | Relaxado                   | Tenso Angustiado Inquieto  | Rígido. Punhos fechados. Joelhos levantados. Empurrando ou puxando. Golpeando.                  |        |
| <b>Consolabilidade</b>                        | Sem necessidade de consolo | Distraído ou tranquilizado pela voz ou pelo toque  | Incapaz de consolar, distrair ou tranquilizar   |        |
|   |                            |  | Total:  |        |

*Reimprimido de Warden et al. (2003), 'Development and Psychometric Evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale' in Journal of the American Medical Directors Association (Jan - Feb 2003); com permissão de Elsevier.*

Para a gestão da dor em idosos:

- Incluir os familiares no processo
- Fornecer informação escrita conforme adequado bem legível, com letras grandes para os que tiverem deficiência visual
- Antecipar e tratar a dor de forma adequada
- Encorajar
- Titular as doses individualmente, começando com doses iniciais muito baixas (exemplo, 2.5 mg de morfina oral de 4/4 h) - ‘começar com doses baixas e aumentar gradualmente devagar’.
- Titular as doses individualmente, começando com doses iniciais muito baixas.
- Usar os adjuvantes cuidadosamente para evitar interações medicamentosas e efeitos colaterais indesejáveis.

## D. Considerações Especiais para a Gestão da Dor em Fim de Vida

- À medida que a doença avança e o paciente se aproxima do fim da vida, pode haver uma intensificação da dor e outros sintomas que requerem aumentos contínuos e ajustamentos nas terapias medicamentosas.
- Se um paciente tiver recebido bons cuidados paliativos, então a sua dor pode ser controlada antes que ele entre na fase terminal da doença; porém, muitas vezes este não será o caso.
- As medidas de avaliação e gestão da dor abordadas nos capítulos anteriores continuam adequadas para a fase terminal de uma doença, apesar de que vários métodos alternativos de administração de analgésicos podem ser necessários como resultado da diminuição do consumo oral e diminuição da consciência.
- Os métodos alternativos de fornecer analgésicos incluem as vias:
  - Rectal
  - Sublingual ou bucal
  - Transdérmica com adesivos para a dor tais como o fentanil
  - Subcutânea - pode ser feito em casa
  - Sonda nasogástrica ou gastrostomia
  - Intravenosa (no hospital).

### Analgésicos Rectais

- Supositórios de morfina - às vezes estão disponíveis.
- Morfina de libertação prolongada (LP) de 12 em 12h - pode ser usada por via rectal.

### Analgésicos Sublinguais ou Bucais

- A solução de morfina é absorvida a partir da mucosa bucal - porém como a absorção é variável, pode ser necessária uma dose maior.
- Tal analgésico pode por isso ser dado a pacientes moribundos.

### Analgésicos Subcutâneos

- A via subcutânea é útil se o paciente não for capaz de ingerir o medicamento.
- A dosagem intermitente através de uma agulha subcutânea (borboleta) pode ser dada da mesma forma que a morfina de 4 em 4 horas.
- Este método de administrar analgésicos é muitas vezes tão eficaz quanto as infusões e mais acessível e disponível em contextos de recursos limitados.
- As seringas condutoras (ou bombas infusora), quando disponíveis, podem ser usadas para administrar analgésicos e outros fármacos para o controle de sintomas por via subcutânea de uma forma segura e relativamente menos dolorosa. Este método é muitas vezes usado num hospício ou no contexto de cuidados domiciliários. Uma seringa condutora é uma pequena bomba infusora usada para administrar gradualmente pequenas quantidades de fármacos ao paciente. Nos cuidados paliativos, as seringas condutoras são usadas para administrar continuamente analgésicos, antieméticos e outros fármacos.
- Existem diferentes tipos de seringas condutoras disponíveis - a mais frequentemente usada é a bomba infusora Graseby MS26, que administra uma quantidade constante de analgésicos através de uma agulha borboleta inserida no espaço subcutâneo por um período de 24 horas.
- Para administrar analgésicos com uma seringa condutora é preciso:
  - Converter a dose de morfina oral para a dose subcutânea – isto é feito somando a dose oral total das 24 horas e dividindo por 2. Por exemplo, 10 mg de 4 em 4 horas = 60 mg/ 24 horas via oral = 30 mg/24 horas via parentérica.
  - Diluir esta quantidade de morfina parentérica numa seringa luer-lok com soro fisiológico/água destilada e preencher a seringa com fluído até 48mm de comprimento (cerca de 8-9 ml). (Nota: o soro fisiológico não deve ser usado com ciclizina dado que causa cristalização).
  - Se for usado seringa Graseby MS26, colocar a uma velocidade de 2 mm/hr de modo a administrar morfina de forma contínua durante 24 horas.
  - Inserir a agulha borboleta no subcutâneo do abdómen, parte superior do braço ou coxa.
  - Outros fármacos também podem ser administrados com a seringa condutora, tais como anti-eméticos (por exemplo, ciclizina), metoclopramida, haloperidol, hioscina ou midazolam.
- É preciso ter cuidado para garantir que, se mais de um fármaco for administrado com uma seringa condutora, os fármacos possam ser misturados com segurança. **Notar, por exemplo**, que a dexametasona não deve ser misturada com outros fármacos porque pode precipitar.

Desafios para a via subcutânea incluem o seguinte:

- Em alguns lugares, especialmente na África Subsariana esta via não é uma prática muito comum de administrar medicamentos para a dor;
- É preciso envolver o paciente e sua família - há sempre inquietações sobre o uso de seringas condutoras;
- Que máquina usar é sempre um desafio, tomando em consideração as características possivelmente conflituosas da simplicidade, conveniência, disponibilidade e custo. O 'Springfusor' pode ser usado ao invés da bomba Grassby dado que usa uma mola e por isso não precisa de baterias, e é mais simples e mais barata;
- Alguns fármacos são demasiado irritantes para ser administrados por via subcutânea - por exemplo, diazepam, clorpromazina e proclorperazina;
- Os fármacos precisam ser trocados de 24 em 24 horas e o local das agulhas verificado e portanto, o paciente precisa ser visto pelo profissional de saúde de 24 em 24 horas, o que em alguns contextos pode não ser possível.

## E. Saiba que...

- Dor no HIV/SIDA é altamente prevalente, mas infelizmente subtratada;
- O Herpes zoster pode ocorrer mais cedo na doença por HIV e pode tornar-se severo com a nevralgia pós hérpica persistente;
- O maior desafio na gestão da dor no HIV/SIDA é o acesso a fármacos adequados tais como a morfina oral;
- O estigma associado com a doença do HIV pode causar stress e ansiedade e por via disso criar um impacto na sensação de dor;
- Há evidências que mostram que os idosos não recebem alívio adequado da dor;
- A dor é muitas vezes não diagnosticada e subtratada nos idosos - perguntar sempre aos idosos se sentem dor;
- As decisões do fim de vida devem respeitar os desejos dos pacientes.

## Referências:

1. Carr DB. 'Pain in HIV/AIDS: A Major Health Problem'. IASP/EFIC (press release). Available at [http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Press\\_Release&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=2910](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Press_Release&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=2910). Accessed March 2010.
2. Warden V, Hurley AC and Volice L (2003). 'Development and Psychometric Evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale' in *Journal of the American Medical Directors Association*, 4(1): 1 - 8.

## REFERÊNCIAS

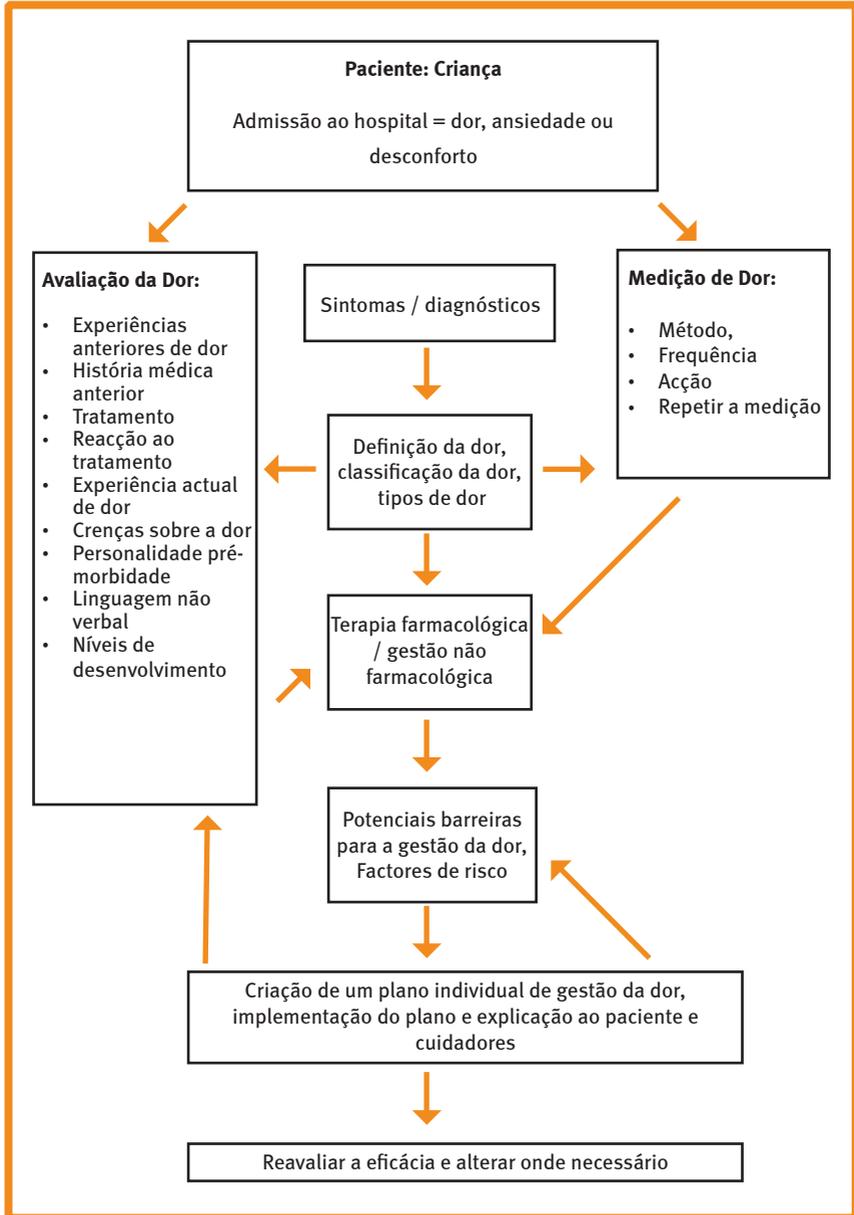
Os livros a seguir apresentados foram usados como textos centrais ao longo do manual de bolso:

1. Amery J (2009). *Children's Palliative Care in Africa*. London: Oxford University Press.
2. APCA (2009). *Competency framework for palliative care*. Kampala: African Palliative Care Association.
3. APCA (2009). *Standards for palliative care in Africa*. Kampala: African Palliative Care Association.
4. Cousins MJ, Brennan F, Carr DB (2000). 'Pain Management: A fundamental human right' in *Medical Journal of Australia* 172:3.
5. Garcia M, Jemal A, Ward EM, Center MM, Hao Y, Siegel RL, Thun MJ (2007). *Global Cancer: Facts and figures 2007*. Atlanta, GA: American Cancer Society.
6. Gwyther L, Merriman A, Mapanga Sebuyria L and Schietinger H (2006). *A Clinical Guide to Supportive and Palliative Care for HIV and AIDS in Sub-Saharan Africa*. Kampala: African Palliative Care Association.
7. Harding R, Molloy T, Easterbrook P, Frame K, Higginson IJ. Is antiretroviral therapy associated with symptom prevalence and burden? *International Journal of STD & AIDS* Harding R, Higginson IJ. *Palliative care in Sub-Saharan Africa*. *Lancet* 2005 Jun 4;365(9475):1971-72006 Jun;17(6):400-5.
8. Harding R, Powell RA, Kiyange F, Downing J and Mwangi-Powell F (2007). *Pain-relieving drugs in 12 African PEPFAR Countries: Mapping current providers, identifying current challenges, and enabling expansion of pain control provision in the management of HIV/AIDS*. Kampala, Uganda: African Palliative Care Association.
9. Hospice Africa Uganda (2006). *Palliative Medicine: pain and symptom control in the cancer and/or AIDS patient in Uganda and other African Countries* (4th Edition). Uganda: Hospice Africa Uganda.
10. INCTR (2008). *INCTR Palliative Care Handbook*. INCTR Publication nr. 3.
11. International Narcotics Control Board. *Use of essential narcotic drugs to treat pain is inadequate, especially in developing countries*. Austria: International Narcotics Control Board; 2004 Mar 3. Report No.: Press Release No. 6.
12. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2008). *Report on the Global AIDS Epidemic*. Geneva: UNAIDS.
13. Kopf A and Patel NB (eds) (2009). *Guide to Pain Management in Low Resource Settings*. United States: IASP Press.
14. Lavy V, Bond C and Wooldridge R (2007). *Palliative Care Toolkit: Improving care from the roots up in resource-limited settings*.

- London: Help the Hospices and WPCA.
15. Mathews WM, Christopher MD, McCutchan JA, Asch S, Turner BJ, Giffird AL, et al. National estimates of HIV-related symptom prevalence from the HIV Cost and Services Utilization Study. *Medical Care* 2000;38(7):750-62.
  16. Meiring M (2009). *Guidelines for managing pain in children*. Adcock Ingram, South Africa.
  17. Mwangi-Powell F, Ddungu H, Downing J, Kiyange K, Powell RA and Baguma A. (2010). 'Palliative Care in Africa' in Textbook of Palliative Nursing, Ferrell BC and Coyle N (eds). London: Oxford University Press.
  18. Oxford English Dictionary. Oxford, UK: Oxford University Press.
  19. Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and renal disease. *Journal of Pain and Symptom Management* 2006; 31: 58-69.
  20. Sternsward J, Foley K, Ferris F (2007). 'The public health strategy for palliative care' in *Journal of Pain and Symptom Management* 33: 486 - 93.
  21. Twycross R (2003). *Introducing Palliative Care*. Economy reprint for Indian subcontinent and Africa. University of Witwatersrand.
  22. UNAIDS. AIDS Epidemic Update 2007: Sub-Saharan Africa. [http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2007/04-Sub\\_Saharan\\_Africa\\_2006\\_EpiUpdate\\_eng.pdf](http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2007/04-Sub_Saharan_Africa_2006_EpiUpdate_eng.pdf) 2007
  23. Watson, M, Lucas C, Hoy A and Wells J (2009). *Oxford Handbook of Palliative Care*. Second Edition. Oxford University Press.
  24. WHO. Palliative care. 2002 [cited 2005 Mar 23]; Available from: URL: <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>
  25. WHO. Palliative Care. 2005 [cited 5 A.D. Mar 22]; Available from: URL: <http://www.who.int/hiv/topics/palliative/PalliativeCare/en/>
  26. WHO. Who's pain ladder. 2007 Available from: URL: <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>
  27. World Health Organization (1996). *Cancer pain relief with a guide to opioid availability*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
  28. World Health Organization (2002) *Palliative care*. Available from: [www.who.int/hiv/topics/palliative/PalliativeCare/en/](http://www.who.int/hiv/topics/palliative/PalliativeCare/en/). Accessed 01/10.
  29. World Health Organization (2004). *Palliative Care: Symptom management and end-of-life care. Integrated management of adolescent and adult illness*. Geneva: World Health Organization.
  30. World Health Organization (2007). *WHO Model List of Essential Medicine - 15th List*. Geneva: World Health Organization.
  31. [www.palliativedrugs.com](http://www.palliativedrugs.com). 'Palliative drugs: Essential information for palliative and hospice care'. Accessed March 2010.

## ANEXOS

### Anexo 1: Os Três Pilares de Tratamento da Dor: Gestão, Avaliação e Medição



## Anexo 2: A Escala de Resultados Paliativos Africanos da APCA (POS)

| PACIENTE No. _____  | POSSÍVEIS RESPOSTAS  | Visita 1 DATA | Visita 2 DATA | Visita 3 DATA | Visita 4 DATA |
|---|--|---------------|---------------|---------------|---------------|
| <b>PERGUNTAR AO PACIENTE</b>  |  |               |               |               |               |
| <b>Q1.</b> Por favor classifique a sua dor (de 0 = sem dor a 5 = dor pior/insuportável) durante os últimos 3 dias | <b>0 (sem dor)<br/>- 5 (dor pior/insuportável)</b>                 |               |               |               |               |
| <b>Q2.</b> Tem outros sintomas que afectam o seu estado nos últimos 3 dias? (ex. náuseas, tosse ou obstipação)    | <b>0 (de forma alguma)<br/>- 5 (insuportável)</b>                  |               |               |               |               |
| <b>Q3.</b> Tem-se sentido preocupado com a sua doença nos últimos 3 dias?   | <b>0 (de forma alguma)<br/>- 5 (muita preocupação)</b>             |               |               |               |               |
| <b>Q4.</b> Nos últimos 3 dias, já foi capaz de falar sobre como se sente com a sua família ou amigos?             | <b>0 (de forma alguma)<br/>- 5 (sim, tenho falado abertamente)</b> |               |               |               |               |
| <b>Q5.</b> Nos últimos 3 dias tem sentido que a vida vale a pena?   | <b>0 (não, de forma alguma)<br/>- 5 (Sim, a cada momento)</b>      |               |               |               |               |
| <b>Q6.</b> Nos últimos 3 dias, tem-se sentido em paz?   | <b>0 (não, de forma alguma)<br/>- 5 (Sim, a cada momento)</b>      |               |               |               |               |
| <b>Q7.</b> Tem tido ajuda e aconselhamento suficiente para que a sua família se planifique para o futuro?         | <b>0 (de forma alguma)<br/>- 5 (tanto quanto necessário)</b>       |               |               |               |               |

| PERGUNTAR AO FAMILIAR CUIDADOR   |   |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|
| <b>Q8.</b> Quanta informação você e sua família receberam?   | o (nenhuma)<br>- 5 (tanto quanto necessária)<br>N/A   |  |  |  |  |
| <b>Q9.</b> Qual é o grau de confiança da família na prestação dos cuidados a ____ (nome do paciente/grau de parentesco)? | o (de forma alguma)<br>- 5 (muito confiante)<br>N/A   |  |  |  |  |
| <b>Q10.</b> A família tem-se sentido preocupada com o paciente nos últimos 3 dias?                                       | o (de forma alguma)<br>- 5 (muita preocupação)<br>N/A |  |  |  |  |

### Anexo 3: Possíveis interações entre os ARVs e fármacos usados na gestão da dor

| ART              | Analgésicos               | Efeitos   | Duração    |          | Comentários  |
|------------------|---------------------------|---|------------|----------|--|
| Zidovudine (AZT) | Paracetamol               | Raramente pode provocar granulocitopenia e hepatotoxicidade   | Prolongada | Menor    | O uso intermitente de paracetamol é considerado seguro. Os efeitos adversos não são consistentemente reportados. |
| Nevirapina (NVP) | Fenitoína e Carbamazepina | Pode reduzir os níveis séricos dos NVP e anticonvulsivantes   | Prolongada | Moderada | Considerar anticonvulsivantes alternativos como um analgésico adjuvante  |
| Efavirenz (EFV)  | Fenitoína e Carbamazepina | Pode reduzir os níveis séricos do EFV e anticonvulsivantes  | Prolongada | Moderada | Considerar anticonvulsivantes alternativos como um analgésico adjuvante  |
| Indinavir (IDV)  | Fenitoína e Carbamazepina | Pode reduzir os níveis séricos de IDV; e o IDV pode aumentar os níveis séricos dos anticonvulsivantes | Prolongada | Moderada | Considerar anticonvulsivantes alternativos como um analgésico adjuvante  |
| Saquinavir (SQV) | Dexametasona              | Pode diminuir os níveis séricos do  | Prolongada | Moderada | Significado clínico desconhecido   |
|                  | Fenitoína e Carbamazepina | Pode reduzir os níveis do SQV   | Prolongada | Moderada | Considerar anticonvulsivantes alternativos como um analgésico adjuvante  |
|                  | Amitriptilina             | Pode aumentar os níveis séricos dos tricíclicos   | Imediata   | Menor    | Monitorar de perto e ajustar os fármacos conforme necessário   |

| ART              | Analgésicos               | Efeitos   | Duração    |          | Comentários   |
|------------------|---------------------------|---|------------|----------|---|
| Ritonavir (RTV)  | Benzodiazepinas           | Sedação prolongada devido à acumulação de benzodiazepinas   | Prolongada | Maior    | Monitorar de perto e ajustar os fármacos conforme necessário                |
|                  | Fenitoína e Carbamazepina | Pode reduzir os níveis séricos do RTV. O RTV pode aumentar os níveis                                | Prolongada | Moderada | Considerar anti-convulsivantes alternativos como um analgésico adjuvante    |
|                  | Antidepressivos           | Níveis séricos aumentados de antidepressivos  | Imediata   | Maior    | Monitorar de perto e ajustar a dose ou mudar o fármaco conforme necessário. |
| Nelfinavir (NFV) | Benzodiazepinas           | Sedação prolongada devido à acumulação de benzodiazepinas   | Prolongada | Maior    | Monitorar de perto e ajustar o fármaco conforme necessário                  |
|                  | Fenitoína e Carbamazepina | Pode reduzir os níveis séricos do NFV. O NFV pode aumentar os níveis séricos dos anticonvulsivantes | Prolongada | Moderada | Considerar anti-convulsivantes alternativos como um analgésico adjuvante    |
| Amprenavir (APV) | Midazolam                 | Sedação prolongada  | Imediata   | Maior    | Monitorar de perto e ajustar os fármacos conforme necessário                |
|                  | Dexametasona              | Pode reduzir APV  | Prolongada | Moderada | Usar com cuidado  |
|                  | Amitriptilina             | Pode aumentar os níveis séricos dos tricíclicos   | Imediata   | Moderada | Monitorar de perto e ajustar os fármacos conforme o caso.                   |
|                  | Fenitoína e Carbamazepina | Pode reduzir significativamente os níveis séricos de APV.   | Prolongada | Moderada | Considerar anti-convulsivantes alternativos como um analgésico adjuvante    |

| ART                    | Analgésicos                      | Efeitos   | Duração    |          | Comentários  |
|------------------------|----------------------------------|---|------------|----------|--|
| Lopinavir/r<br>(LPV/r) | Benzodiazepinas                  | Sedação prolongada devido à acumulação de benzodiazepinas   | Prolongada | Maior    | Monitorar de perto e ajustar os fármacos conforme necessário             |
|                        | Antidepressivos                  | Níveis séricos aumentados de antidepressivos  | Imediata   | Moderada | Pode aumentar a toxicidade   |
|                        | Fenitoína (também Carbamazepina) | Pode diminuir significativamente os níveis séricos de LPV/r.  | Prolongada | Maior    | Considerar anti-convulsivantes alternativos como um analgésico adjuvante |
| Atazanavir<br>(ATV)    | Benzodiazepinas                  | Sedação prolongada devido à acumulação de benzodiazepinas   | Prolongada | Maior    | Monitorar de perto e ajustar os fármacos conforme necessário             |
|                        | Fenitoína e Carbamazepina        | Pode diminuir os níveis séricos do ATV. O ATV pode aumentar os níveis séricos de anticonvulsivantes | Prolongada | Moderada | Considerar anti-convulsivantes alternativos como um analgésico adjuvante |

*Adaptado a partir do Guia Clínico para apoio e cuidados paliativos para HIV/SIDA na África Subsaariana (APCA, 2006).*

**Anexo 4: Lista de Fármacos Usados no Manual de Bolso (Excluindo ARVs)**

| <b>Medicamento</b>                                 | <b>Número da Página</b> |
|--|-------------------------|
| Amitriptilina                                      |                         |
| Buprenorfina                                       |                         |
| Butilbrometo de hioscina (Buscopan / Escopolamina) |                         |
| Carbamazepina                                      |                         |
| Ciclizina  |                         |
| Clonazepam   |                         |
| Clorfeniramina                                     |                         |
| Clorpromazina                                      |                         |
| Dexametasona                                       |                         |
| Diazepam   |                         |
| Diclofenac   |                         |
| Fenitoína  |                         |
| Fentanil (Durogesic)                               |                         |
| Fosfato de codeína                                 |                         |
| Gabapentina  |                         |
| Haloperidol  |                         |
| Hidromorfona                                       |                         |
| Ibuprofeno   |                         |
| Metadona   |                         |
| Metoclopramida                                     |                         |
| Midazolam  |                         |
| Morfina  |                         |
| Naloxona   |                         |
| Oxicodona  |                         |
| Pamidronato  |                         |
| Paracetamol (Acetaminofeno)                        |                         |
| Petidina (Meperidina)                              |                         |
| Proclorperazina                                    |                         |
| Ranitidina   |                         |
| Tramadol   |                         |
| Valporato de sódio                                 |                         |

## LISTA DE ACRÓNIMOS

|                  |  |
|------------------|--|
| ABC              | Abacavir   |
| ACMP             | Acesso ao Programa Controlado de Medicamentos              |
| AIDSTAR          | Apoio em SIDA e Recursos Técnicos                          |
| AINEs            | Anti Inflamatório Não Esferóide                            |
| APCA             | Associação Africana de Cuidados Paliativos                 |
| APV              | Amprenavir   |
| ATV              | Atazanavir   |
| AZT              | Zidovudina   |
| CD <sub>4</sub>  | Grupo de Diferenciação 4                                   |
| CPCNO            | Oficial de Enfermagem de Cuidados Paliativos Clínicos      |
| D <sub>4</sub> T | Stavudina  |
| DDI              | Didanosina   |
| DPOC             | Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica                         |
| EFV              | Efavirenz  |
| EVA              | Escala Visual Analógica                                    |
| FLACC            | Face, Pernas, Actividade, Choro, Consolação [Escala]       |
| GI               | Gastrointestinal   |
| h                | horas  |
| HAU              | Hospice Africa Uganda                                      |
| HIV              | Vírus de Imunodeficiência Humana                           |
| IAHPC            | Associação Internacional de Hospício e Cuidados Paliativos |
| IASP             | Associação Internacional para o Estudo da Dor              |
| ICPCN            | Rede Internacional de Cuidados Paliativos de Crianças      |
| IDV              | Indinavir  |
| IM               | Intramuscular  |
| INCB             | Corpo Internacional de Controle de Narcóticos              |
| INCTR            | Rede Internacional para o Tratamento do Cancro e Pesquisa  |
| INH              | Isoniazida   |
| IO               | Infecção oportunistas                                      |
| IPPF             | Corporação Internacional da Política da Dor                |
| IPS              | Escala de Dor em Bebés Recém - nascidos                    |
| IQC              | Contrato de Quantidade Indefinida                          |
| IV (ou iv)       | Intravenosa  |
| kg               | Kilograma  |
| LP               | Libertação Prolongada                                      |
| LPV/r            | Lopinavir/r  |
| MAC              | Complexo Micobacterium avium                               |
| max              | Máximo   |
| mcg              | Micrograma   |
| mg               | Miligrama  |
| MISAU            | Ministério da Saúde  |

|            |   |
|------------|---|
| NFV        | Nelfinavir  |
| NVP        | Nevirapina  |
| PAINAD     | Avaliação da Dor em Demência Avançada                         |
| PCCO       | Oficial Clínico de Cuidados Paliativos                        |
| PL         | Punção Lombar   |
| POS        | Escala de Resultados Paliativos                               |
| RTV        | Ritonavir   |
| SC (ou sc) | Subcutânea  |
| SIDA       | Síndrome de Imunodeficiência Adquirida                        |
| SQV        | Saquinavir  |
| SRI        | Síndrome de Reconstituição Imunológica                        |
| TARV       | Terapia Antiretroviral  |
| TVP        | Dor Tacto Visual [Escala]                                     |
| UN         | Nações Unidas   |
| UNAIDS     | Programa Conjunto das NU para HIV/SIDA                        |
| USAID      | Agência dos Estados Unidos para Desenvolvimento Internacional |
| USG        | Governo dos Estados Unidos                                    |
| WHO        | Organização Mundial de Saúde                                  |
| WPCA       | Aliança Mundial de Cuidados Paliativos                        |

## A Associação Africana de Cuidados Paliativos (APCA)

Reconhecendo a génese dos modernos cuidados paliativos no Reino Unido, a APCA esforça-se para adaptá-los às tradições africanas, crenças, culturas e ambientes, que variam entre e dentro das Comunidades e países do continente. Como tal, em colaboração com os seus membros e parceiros, a APCA fornece soluções africanas para problemas africanos, articulando-os com o que é a voz regional reconhecida para cuidados paliativos.

A visão da APCA é garantir o acesso a cuidados paliativos para todos os necessitados em toda a África, sendo a sua missão garantir que os cuidados paliativos sejam amplamente compreendidos, apoiados pela evidência e integrados em todos os sistemas de saúde para reduzir a dor e o sofrimento em toda a África. Os objectivos gerais da APCA são:

- Reforçar os sistemas de saúde através do desenvolvimento e implementação de uma estratégia de informação para melhorar o conhecimento dos cuidados paliativos entre todas as partes interessadas;
- Fornecer liderança e coordenação de integração de cuidados paliativos nas políticas de saúde, programas de educação e serviços de saúde em África;
- Desenvolver uma base de evidência de cuidados paliativos em África;
- Garantir a boa governação, práticas de gestão eficiente e recursos humanos competentes para oferecer sustentabilidade institucional;
- Posicionar os cuidados paliativos no mais amplo debate de saúde global de modo a obter uma matriz mais ampla das partes interessadas e desenvolver parcerias de colaboração estratégicas, e;
- Diversificar a base de recursos financeiros para atender às necessidades de financiamento actuais da APCA e para assegurar a sustentabilidade futura da organização.

[www.africanpalliativecare.org](http://www.africanpalliativecare.org)

## AIDSTAR-One

O mecanismo de Apoio e Recursos Técnicos em SIDA (AIDSTAR) é um contrato de quantidade indefinida (IQC) gerido pelo escritório de HIV e SIDA na Secretaria da USAID para a Saúde Global. A AIDSTAR-One é um mecanismo flexível disponível às equipas do Governo Americano (USG), unidades operativas da USAID/Washington, missões e outras agências do Governo Americano para aceder à competência técnica e apoio na implementação numa larga variedade de áreas técnicas relacionadas com o HIV e SIDA. A AIDSTAR-One pode ser usada para:

- Assistência técnica a curto e longo prazo e apoio na implementação de programas nas áreas especializadas de HIV/SIDA, incluindo mudanças comportamentais; serviços comunitários e clínicos relacionados com HIV/SIDA; cuidados de crianças órfãs e vulneráveis; monitoria e avaliação; e fortalecimento de sistemas de saúde específicos para os serviços de HIV/SIDA.
- Apoio interno a curto e longo prazo para a coordenação e desenvolvimento de actividades no âmbito do HIV/SIDA em apoio à estratégia do governo Americano no país.
- Documentação e disseminação de métodos inovativos de sucesso e modelos sustentáveis; melhores práticas baseadas em evidências e lições aprendidas; e novos métodos, instrumentos e metodologias na programação de HIV/SIDA.

[www.aidstar-One.com](http://www.aidstar-One.com)







