

ORIENTAÇÃO DA DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE



NÚMERO: 015/2010

DATA: 14/12/2010

ASSUNTO:	Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa
PALAVRAS-CHAVE:	Dor crónica no idoso; avaliação; tratamento
PARA:	Todos os profissionais de saúde que tratam pessoas idosas com dor crónica.
CONTACTOS:	Direcção de Serviços de Prevenção e Controlo da Doença; Coordenador da Comissão Nacional de Controlo da Dor: helenam@dgs.pt ; jmoma@netcabo.pt

Nos termos da alínea c) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 66/2007, de 29 de Maio, na redacção dada pelo Decreto Regulamentar n.º 21/2008, de 2 de Dezembro, o Director-Geral da Saúde recomenda o cumprimento das orientações técnicas abaixo descritas referentes à avaliação e tratamento da dor crónica na pessoa idosa.

I – PLANO DE AVALIAÇÃO DA DOR CRÓNICA NA PESSOA IDOSA

Atendendo a que, como experiência subjectiva, não há testes objectivos para medir a dor a sua presença e a intensidade devem ser avaliadas e medidas pelo que o doente exprime.

A avaliação da dor no idoso pelas escalas de auto-avaliação, se não forem detectadas dificuldades de comunicação, é complementada por uma história clínica detalhada, um exame objectivo rigoroso, uma história terapêutica correcta e uma avaliação bio-psico-social¹.

Na observação dos doentes com dificuldade de comunicação nenhuma estratégia é, por si só, suficiente, sejam os antecedentes pessoais, a observação de comportamentos, o diagnóstico da patologia, ou a informação dos cuidadores, pelo que a conjugação de todas as informações é de importância fundamental para a avaliação da dor.

Orientações específicas

1. Monitorizar, reavaliar e registar a dor por rotina, para facilitar o tratamento e a comunicação entre os profissionais.
2. Inquirir obrigatoriamente a presença de dor em todos os idosos, tentando obter, em primeiro lugar, a autoavaliação do idoso, mesmo que seja uma resposta sim/não à pergunta “tem dor?”.
3. Valorizar na primeira observação do idoso as alterações comportamentais e cognitivas e as possíveis manifestações de dor em repouso, em movimento e durante os cuidados e estar atento a outros indicadores, nomeadamente:

¹ Anexo I — Fluxograma de Avaliação da Dor no Idoso

- a) A expressão facial;
- b) Os movimentos corporais;
- c) As verbalizações ou vocalizações;
- d) A alteração das relações interpessoais;
- e) As alterações do estado mental.

Observar o comportamento é, na ausência de autoavaliação, um método correcto para avaliar a dor, em conjunto com outras situações, como alterações fisiológicas ou stress emocional, através de Escalas Comportamentais².

4. Procurar causas potenciais de dor, patologias ou procedimentos, ou alterações de comportamento.
5. Inquirir das terapêuticas instituídas com analgésicos e a respectiva resposta.
6. Ter em atenção que nas pessoas idosas outros termos como mal-estar, sofrimento, magoado, etc. podem significar a presença de dor.
7. Solicitar a participação de familiares e/ou cuidadores para a avaliação multimodal da dor.
8. Ter em atenção que as alterações fisiológicas podem não significar dor e que a presença de dor pode ocorrer sem alteração dos sinais vitais.
9. Efectuar periodicamente a reavaliação do idoso, bem como os registos dos métodos de avaliação e dos indicadores de dor.
9. Ter em atenção que, no idoso com demência avançada, as lesões do sistema nervoso central afectam a memória, a linguagem e o processamento cognitivo. Apesar disso, os doentes com demência grave experimentam dor. Segundo a *American Geriatric Society* (AGS) 2002:
 - a) A observação dos comportamentos, como indicadores de dor, é a melhor forma de avaliação deste grupo de doentes;
 - b) A procura de causas potenciais de dor no idoso é da maior relevância dada a prevalência de doenças músculo-esqueléticas e neurológicas.
10. Assumir por norma a presença de dor e se houver apenas indicadores de dor efectuar uma prova terapêutica, sempre que a patologia, os procedimentos ou as alterações comportamentais o justifiquem:
 - a) Começar com fármacos não opióides se a dor é ligeira a moderada;

² ANEXO II — Escala DOLOPLUS 2. Disponível também em: <http://www.apcp.com.pt/index.php?sc=vis&id=299&cod=68>
Está em curso a validação de outras escalas, entre as quais a escala *Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate* (PACSLAC)

- b) Recorrer a opióides em dose baixa se a dor é moderada a intensa ou se o esquema anterior não é eficaz; é recomendado o aumento da dose de 25 a 50% até se obter efeito terapêutico ou aparecerem efeitos secundários;
- c) Explorar outras causas de alterações comportamentais se não é obtido efeito.

Tabela – Resumo da avaliação da dor crónica na pessoa idosa

1	Identificar a presença de dor no idoso qualquer que seja o contexto de observação, na consulta, na urgência, no internamento ou no domicílio
2	Avaliar a dor por rotina considerando que os idosos podem não a manifestar
3	Considerar como dor outros termos usados pelos idosos para a expressar: mal-estar, agonia, moinha, queimor, formigueiro, etc.
4	Escolher a Escala Numérica ou a Escala Qualitativa como primeira alternativa
5	Recorrer a observação comportamental completa quando há dificuldade de comunicação
6	Usar diagramas ou, em alternativa, considerar os locais que o idoso apontar
7	Detectar as possíveis causas de dor através do exame físico cuidado
8	Completar sempre a avaliação da história da dor com as outras dimensões, psicológica, social, cultural e espiritual
9	Solicitar a colaboração de familiares e/ou cuidadores para auxiliar na interpretação das alterações comportamentais indicativas de dor

II – TRATAMENTO DA DOR CRÓNICA NA PESSOA IDOSA

O tratamento da dor crónica da pessoa idosa assume particular importância em qualquer contexto, no domicílio, em internamento ou institucionalizado.

II.1. TERAPÊUTICA NÃO FARMACOLÓGICA

A terapêutica não farmacológica deve fazer parte de um plano global de tratamento do idoso, em especial do idoso com dor crónica.

A terapêutica não farmacológica tem, em geral, poucos efeitos adversos e, quando utilizada isoladamente, pode produzir alívio de curta duração no idoso com dor crónica. Em combinação com fármacos tem a vantagem de melhorar a terapêutica da dor potenciando o efeito terapêutico global e permitindo a redução das doses dos fármacos, com a consequente diminuição de efeitos secundários, interacções medicamentosas e, por vezes, diminuição de custos.

Muitos idosos com dor crónica utilizam, por autoiniciativa, e antes de procurarem o médico, diversas estratégias terapêuticas não farmacológicas que no passado, em situações semelhantes, lhes deram bons resultados.

A crescente utilização de terapêuticas não farmacológicas pela população idosa pode ter, em circunstâncias particulares, nomeadamente, no idoso com osteoporose ou polimedicado, riscos acrescidos, como os de lesões osteoarticulares com o exercício e a manipulação ou de interacções de ervas medicinais com terapêuticas farmacológicas, que não podem ser descurados.

Tabela - Terapêuticas não farmacológicas mais frequentemente utilizadas no tratamento da dor crónica na pessoa idosa

1	Exercício O exercício deve ser adaptado às necessidades e preferências de cada idoso, e realizado, no mínimo, durante oito a doze semanas. Os exercícios regulares de resistência e fortalecimento muscular, de intensidade moderada, podem melhorar a capacidade funcional e diminuir a dor por patologia músculo-esquelética e os exercícios de estiramento ou de aumento de amplitude podem melhorar a dor provocada por espasmos musculares
2	Aplicação local de calor ou frio É benéfica nos espasmos musculares ou na dor neuropática periférica. Ter especial cuidado em presença de alterações cognitivas ou da sensibilidade, por exemplo nos diabéticos
3	Massagem Está indicada nos espasmos musculares, devendo ser realizada por profissionais
4	Diatermia e ultra-sons Têm indicação no alívio da dor músculo-esquelética profunda
5	Imobilização Tem benefício no alívio da dor osteo-articular, se realizada por curtos períodos (alguns dias) Se prolongada aumenta o risco de capsulite adesiva e de diminuição permanente da amplitude articular
6	Cirurgia A artroplastia está indicada em idosos com patologia dolorosa que a justifique. A neuroablação é benéfica em idosos com dor refractária e esperança de vida curta
7	Estimulação Eléctrica Nervosa Transcutânea (TENS) Pode ser benéfica em diversos tipos de dor, nomeadamente na neuropatia diabética, bursites e fractura costal ¹⁹ . Na dor pós-operatória pode diminuir o uso de analgésicos e melhorar a mobilidade precoce
8	Educação do doente e do cuidador Tem demonstrado bons resultados em programas individuais ou em grupo, desde que adaptados às necessidades do idoso e à sua capacidade de compreensão. Deve incluir informação sobre a etiologia da dor, utilização de instrumentos de avaliação e registo da dor, medicação e estratégias não farmacológicas
9	Estratégias cognitivas Em programas individuais ou em grupo, têm como objectivo alterar as atitudes e crenças do idoso e promover a modificação da experiência da dor e sofrimento. A presença de um familiar, cuidador ou pessoa de confiança do idoso nestas sessões parece melhorar os resultados. São necessárias múltiplas sessões e não estão indicadas em pacientes com alterações cognitivas
10	Distracção A utilização de técnicas como a música, leitura, ou outra, tem demonstrado benefício no controlo da dor crónica no idoso

II.2. TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

Os objectivos principais da terapêutica farmacológica são o controlo da dor e a melhoria da capacidade funcional e da qualidade de vida.

O modo habitual do tratamento da dor em idosos é farmacológico e deverá ser balanceado em função dos riscos e dos benefícios. A efectividade do tratamento farmacológico é maior quando combinada com formas de tratamento não farmacológico.

Devido à heterogeneidade dos idosos na resposta à terapêutica farmacológica a dose óptima e os efeitos secundários dos medicamentos são difíceis de prever. As doses devem ser ajustadas em avaliações frequentes, de modo a otimizar o controlo da dor e minimizar os efeitos secundários.

O controlo da dor implica a utilização de associações medicamentosas que são potencialmente geradoras de efeitos colaterais. Contudo, a polimedicação pode ser necessária para minimizar os efeitos secundários específicos de cada fármaco. A combinação de pequenas doses de diferentes grupos de fármacos, com os ajustes apropriados às alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas induzidas pela idade, permite obter o controlo da dor com menor risco de desencadear efeitos secundários.

Orientações específicas:

1. Os idosos com dor crónica moderada a intensa são candidatos a tratamento farmacológico que segue os mesmos princípios e tipo de analgésicos que as pessoas mais jovens, mas com os ajustes necessários às suas particularidades.
2. Nos idosos que se apresentam mais sensíveis às reacções adversas, a maioria dos analgésicos são eficazes e relativamente bem tolerados quando usados com precaução, e o efeito analgésico obtido será o melhor indicador da dose e do ritmo de administração, não esquecendo que a via de administração deverá, sempre que possível, ser a menos invasiva, portanto a via oral.
3. O tratamento da dor em idosos deve ser orientado de acordo com a escada analgésica da OMS, tendo em consideração as particularidades dos idosos para os diferentes grupos de fármacos (Figura 1).

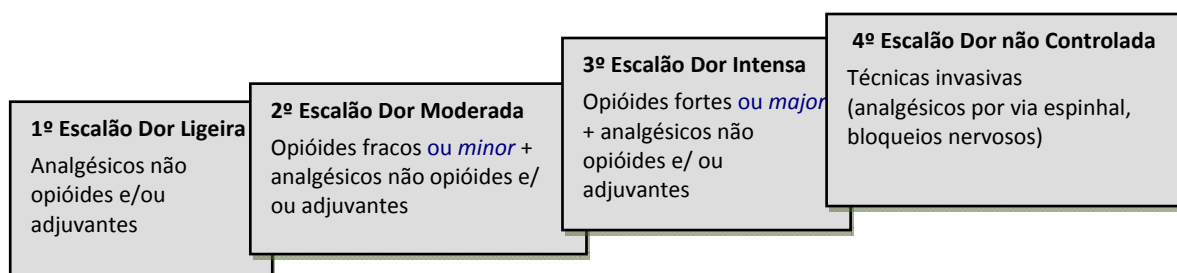


Figura 1 – Escada analgésica modificada para o tratamento da dor

a) ANTIPIRÉTICOS E ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTERÓIDES

▪ Paracetamol

É o analgésico de eleição para dor músculo-esquelética ligeira e moderada. Possui propriedades antipiréticas e anti-inflamatórias fracas. Atinge o pico plasmático em 30 a 60 minutos, com uma semi-vida plasmática de cerca de 120 minutos. A dose máxima não poderá exceder 4000mg por dia. O efeito adverso mais importante é a hepatotoxicidade, com queixas de náuseas e vómitos nas 1^{as} horas, dores abdominais e falência renal com oligúria em 24 a 48 horas.

▪ Anti-inflamatórios não esteróides (AINEs)

O mecanismo de acção primário é a inibição da produção de prostaglandinas E. Inibem também a produção de prostaciclina e tromboxano, o que provoca alguns dos seus efeitos adversos.

Ter em conta que:

- i) A maioria da dose administrada por via oral é completamente absorvida;
- ii) Mais de 95% da dose absorvida liga-se às proteínas plasmáticas;
- iii) Apresentam metabolismo hepático pelo citocromo P450 e são excretados pela urina;
- iv) Diferentes AINEs têm diferentes propriedades analgésicas, antipiréticas e anti-inflamatórias;
- v) AINEs de longa duração de acção ou em doses altas devem ser evitados;
- vi) Para uso crónico só deverão ser usados durante curtos períodos, durante uma crise de dor;
- vii) Devem utilizar-se com maior cuidado quando exista insuficiência hepática ou renal ou alterações da coagulação;
- viii) Não deve ser utilizado mais que um AINEs em simultâneo;
- ix) Os diferentes AINEs não apresentam todos a mesma toxicidade gastrointestinal, por exemplo, a toxicidade do piroxicam é maior que a do naproxeno, que por sua vez é superior à do meloxicam;
- x) As alterações farmacocinéticas dos diferentes AINEs com a idade não são claramente indicadores para mudar a dosagem, a não ser quando existam alterações da função hepática e ou renal³.

b) OPIÓIDES

Ter em conta que:

³ Anexo III – Tabela dos AINEs

- i) Os idosos têm uma maior sensibilidade à acção dos opióides tanto na sua vertente terapêutica-analgésica, como na sua vertente iatrogénica-sedação e outras reacções secundárias. Esta maior sensibilidade é independente das alterações farmacocinéticas relacionadas com a idade;
- ii) A semi-vida de eliminação da morfina, fentanilo e remifentanilo é reduzida no idoso;
- iii) A petidina converte-se num metabolito activo excretado pelo rim. Devido à insuficiência renal própria do idoso verifica-se acumulação, pelo que não é aconselhável a sua administração;
- iv) O ajuste das doses deve ter em conta a persistência da dor e probabilidade de uma exacerbação, a farmacocinética e farmacodinâmica de cada opióide nos idosos, a sua propensão para ser acumulado e a necessidade de prever as reacções adversas, para preveni-las ou tratá-las com rapidez;
- v) A obstipação deve ser prevenida, com medidas profiláticas ou, se necessário, com laxantes osmóticos ou estimulantes directos (se não houver obstrução intestinal), em simultâneo com a prescrição inicial do opióide;
- vi) O aparecimento de sedação ou de alterações cognitivas deve ser previsto. Quando é necessário aumentar a dose rapidamente, existe o risco de depressão respiratória;
- vii) As náuseas e vómitos podem ocorrer com alguma frequência. Se ligeiros desaparecem espontaneamente em poucos dias; se não desaparecerem deverão ser prescritos antieméticos com poucos efeitos secundários. A metoclopramida pode provocar efeitos extrapiramidais;
- viii) O prurido e a mioclonia tratam-se, respectivamente, com anti-histamínicos e clonazepam;
- ix) Os efeitos secundários, na maioria das vezes, desencadeiam tolerância num curto espaço de tempo, excepto a obstipação;
- x) Em dor recorrente – uso ocasional de opióides de curta duração;
- xi) Em dor contínua – uso de apresentações de libertação retardada.⁴

c) FÁRMACOS ADJUVANTES

São especialmente úteis em alguns casos de dor neuropática. São utilizados isoladamente ou em associação com opióides e/ou AINEs.

▪ Antidepressivos tricíclicos

Apresentam efeitos anticolinérgicos como principais efeitos colaterais (boca seca, confusão, visão turva, taquicárdia, obstipação, retenção urinária, vertigens e hipotensão ortostática). A nortriptilina é o menos propenso a desencadear hipotensão ortostática nos idosos.

⁴ Anexo IV – Tabela dos Opióides

- **Anticonvulsivantes (gabapentina, pregabalina, carbamazepina, oxcarbamazepina)**

Apresentam como efeitos secundários: vertigens, disforia e alterações cognitivas.

- **Corticóides**

Apresentam como potenciais efeitos adversos alterações neuropsíquicas, hiperglicemia e retenção de líquidos. Não devem ser administrados de uma forma crónica por poderem desencadear hipertensão, osteoporose, miopatia, aumento do risco de infecção, toxicidade gastrointestinal e efeito neuropsicológico tardio.

- **Relaxantes musculares**

Quando usados em simultâneo com opióides potenciam os efeitos sedativos e depressores.

- **Associações de medicamentos**

Existem anti-inflamatórios e analgésicos associados a opióides (paracetamol + codeína; paracetamol + tramadol). É recomendado não exceder as doses máximas.

Deve prever-se o “efeito de tecto”, pela toxicidade que pode resultar do paracetamol e dos AINEs.

II.3. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO

Quando se inicia ou se procede a ajustes das doses da medicação analgésica é necessário avaliar com frequência a eficácia e os efeitos secundários.

1. Num doente medicado com um opióide há que alertar para não utilizar concomitantemente um outro opióide, eventualmente receitado por outro médico.
2. Num doente medicado com um AINE há que vigiar periodicamente possíveis perdas de sangue por via digestiva, insuficiência renal ou hepática, hipertensão e interações medicamentosas com outros fármacos ou patologias associadas.

III – FUNDAMENTAÇÃO

A dor é definida, segundo *International Association for the Study of Pain (IASP)*, como uma “experiência sensorial e emocional desagradável, relacionada com uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos que evocam essa lesão”.

Considera-se dor crónica quando, de forma contínua ou recorrente, existe há 3 meses ou mais, ou quando persiste para além do curso normal de uma doença aguda ou da cura da lesão que lhe deu origem. A relação entre dor e lesão é variável e nem sempre é previsível.

A dor crónica moderada a intensa é um sintoma comum entre as pessoas idosas, qualquer que seja o contexto, no domicílio, em internamento ou institucionalizado, e pode ter um forte impacto na sua qualidade de vida. Afecta cerca de 50% dos idosos que vivem na comunidade e atinge cerca de 83% daqueles que estão institucionalizados em lares. Relaciona-se frequentemente com patologias de incidência elevada, como a osteoartrose, cancro, pós-acidente vascular cerebral, neuropatia periférica da diabetes, enxaqueca, fibromialgia, dor pós-herpética e traumatismo.

A dor crónica do idoso tende a ser multifocal, multifactorial, de intensidade moderada a intensa e com duração de vários anos. Está associada a depressão⁵, diminuição da socialização e da capacidade funcional, alterações do sono e da marcha, síndrome de imobilidade, maior consumo de serviços e aumento dos custos em saúde, aumento do risco de polimedicação e de interacções medicamentosas, constituindo um grave problema de saúde pública.

O Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCDor), aprovado por Despacho da Ministra da Saúde, de 8 de Maio de 2008, prevê, nas suas estratégias de intervenção, a criação e divulgação junto dos profissionais de saúde de orientações técnicas, com o objectivo da melhoria efectiva da qualidade de vida dos doentes com dor, e da implementação de programas eficientes de avaliação e tratamento.

Assim, a emanação da presente Orientação teve em consideração que:

1. A investigação científica demonstrou que a dor crónica tem importantes consequências físicas, psicológicas e sociais e pode inclusivamente influenciar o curso das doenças. Segundo a OMS, “a dor pode matar”.
2. A dor é frequentemente subvalorizada nas pessoas idosas e, conseqüentemente, subtratada e as diversas barreiras à sua manifestação colocam problemas específicos face a um grupo vulnerável com problemas de comunicação, em que a presença de dor tem maior probabilidade de ocorrer.
3. O direito humano à saúde é reconhecido na Constituição da República Portuguesa e, também, em numerosos documentos internacionais.
4. A garantia deste direito obriga a que sejam tomadas medidas que promovam e garantam o acesso a cuidados de saúde de qualidade, de acordo com as necessidades dos doentes idosos, assegurando uma referenciação para o nível de cuidados mais adequados⁶, protegendo-os do sofrimento desnecessário resultante da dor associada às doenças.



Francisco George
Director-Geral da Saúde

⁵ Há autores que sugerem a avaliação da depressão por rotina, podendo ser usadas as Escalas de Depressão já validadas para português, como a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

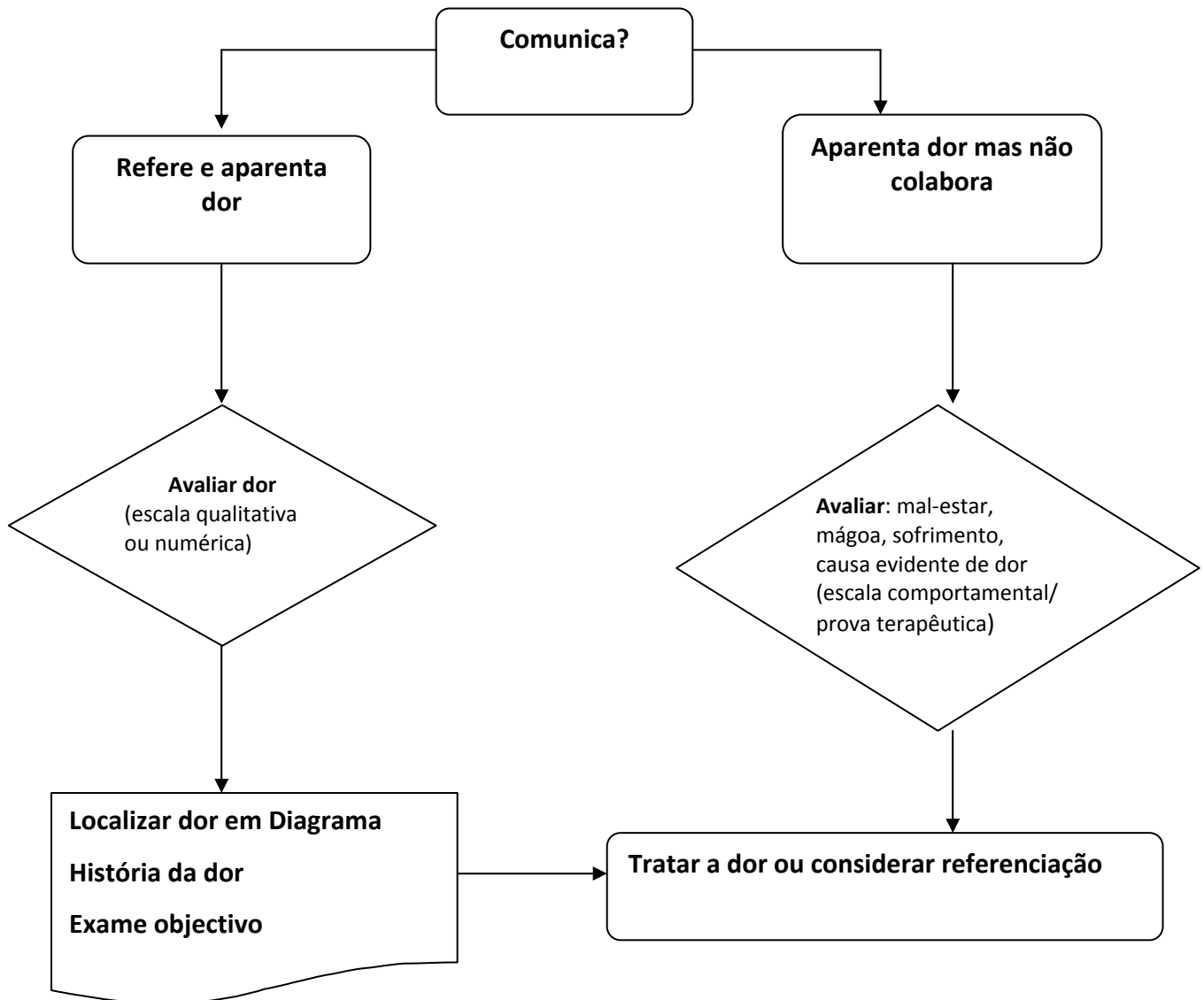
⁶ Anexo V – Referenciação da pessoa idosa com dor crónica em ambulatório

BIBLIOGRAFIA

- American Geriatric Society. Panel on Chronic Pain in Older Persons. *JAGS* 1998 May; 46(5):635-651.
- Brennan F, Carr DB, Cousins UM. Pain Management: A Fundamental Human Right. *Anesth Analg* 2007 July; 105(1): 205–21.
- Direcção-Geral da Saúde. A Dor como 5.º sinal vital: registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa N.º 09. Lisboa: DGS/DGCG; 2003.
- Estilista J, Hidalgo J, Salles, M. Dor no idoso: Um Grande Esquecimento. *Rev Reg Anest Pain Med*. 2009 Mar: p. 20-27.
- Ferrel, BA. Overview of Aging and Pain. Ferrel BR, Ferrel BA. (Eds). *Pain in the Elderly*. IASP Press; 1996. p. 4.
- Flores J. Fármacos y Dolor. In: *La utilización de analgésicos en el anciano*. Fundación Instituto Upsa del Dolor; 2004. p. 101-125.
- Forniés AL, Diego FIG, Sierra MC, Landázuri JGO. Dolor. In: *Tratado de Geriatria para residentes*. MarCo; 2010. p. 721-731.
- Galvão C. O Idoso Polimedicado: Estratégias para melhorar a prescrição. *Rev Port Clín Geral* 2006; 22:747-752.
- Helme RD, Gibson SJ. Pain in the elderly. Jensen TS, Turner JA. (Eds). *Proceedings of the 8th World Congress on Pain*. IASP Press; 1997:925.
- Helme RD, Gibson SJ. Pain in Older People. In: Crombie IK, Croft PR. (Eds). *Epidemiology of Pain*. IASP Press; 1999. p.103-110.
- Herr KA. Pain Assessment in older Adult with Verbal Communication Skills. In: Gibson SJ, Weiner DK (Eds). *Pain in Older Persons: Progress in Pain Research and Management*.. Seattle: IASP Press; 2005.
- International Association for the Study of Pain. Pain Relief as a Human Right. *Pain Clinical Updates* 2004 Sept; XII (5)
- International Association for the Study of Pain. Classification of chronic pain. Elsevier; 1991. p. 216.
- Johnson M. Physiology of chronic pain. In: Banks C, Mavkrodt K. (Eds). *Chronic Pain Management*. Whurr Publishers; 2005. p. 41–42.
- Loeser JD, Melzack R. Pain: an overview. *Lancet* 1999 May; 353(8):1609.
- Muravchick S. Physiological Changes of Aging. *ASA Ref Courses* 2003; 31(1):127-138.
- Nebreda C, Urban B. Manual de farmacos utilizados en el tratamiento del dolor cronico. IASP Press; 2001.
- Organização Mundial da Saúde. National Cancer Control Programme: Policies and Managerial Guidelines. WHO; 2002:83.
- Pasero C, Reed AB, McCaffery M. Chapter 15: Pain in Eldery. In: *Pain: Clinical Manual*. 2nd ed. Mosby; 1999. p. 674-707.
- Please, do not make us suffer any more: Access to Pain Treatment as a Human Right. Human Rights Watch 2009. p.15.
- Gibson SJ, Weiner DK (Eds). *Progress in Pain Research and Management*. Vol 35, IASP Press, Seattle; 2005.
- Questionários sobre Dor Crónica. *Dor* 2007; 15 (4).
- Royal College of Physicians, British Geriatrics Society, British Pain Society. The assessment of pain in older people: national guidelines. Concise guidance to good practice series, No. 8. London: RCP; 2007.
- Rudy T; Lieber S "Functional Assessment of Older Adults with Chronic Pain"; *Cap 8*; Pain Older Persons.
- Sousa C, Pereira MG. Morbilidade psicológica e representações da doença em pacientes com esclerose múltipla: Estudo de validação da "Hospital anxiety and Depression Scale"(HADS). *Psic., Saúde & Doenças*, 2008;9 (2):283-298 Disponível em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862008000200008&script=sci_arttext
- The Merck Manual of Geriatrics. Section 6: Neurological Disorders. Ch. 43: Pain. 2005. Disponível em <http://www.merck.com/mkgr/mmg/sec6/ch43/ch43a.jsp>
- Thomas J, Gunten CF. Pharmacologic Therapies for Pain. In: *Current Diagnosis & Treatment of Pain*. McGraw-Hill; 2006. p. 21-37.

ANEXO I

Fluxograma de avaliação da dor na pessoa idosa



Adaptado de: Royal College of Physicians, British Geriatrics Society, The British Pain Society; *Concise Guidance to Good Practice_Number8, the assessment of pain in older people, October 2007*

ESCALA DOLOPLUS

AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DA DOR NA PESSOA IDOSA

APELIDO.....NOME PRÓPRIO

DATAS

SERVIÇO.....

Observação comportamental

REPERCUSSÃO SOMÁTICA

1. Queixas somáticas	. ausência de queixas	0	0	0	0
	. queixas apenas quando há solicitação	1	1	1	1
	. queixas espontâneas ocasionais	2	2	2	2
	. queixas espontâneas contínuas	3	3	3	3
2. Posições antálgicas em repouso	. ausência de posição antálgica	0	0	0	0
	. o indivíduo evita certas posições de forma ocasional	1	1	1	1
	. posição antálgica permanente e eficaz	2	2	2	2
	. posição antálgica permanente e ineficaz	3	3	3	3
3. Protecção de zonas dolorosas	. ausência de protecção	0	0	0	0
	. protecção quando há solicitação, não impedindo o prosseguimento do exame ou dos cuidados	1	1	1	1
	. protecção quando há solicitação, impedindo qualquer exame ou cuidados	2	2	2	2
	. protecção em repouso, na ausência de qualquer solicitação	3	3	3	3
4. Expressão facial	. mímica habitual	0	0	0	0
	. mímica que parece exprimir dor quando há solicitação	1	1	1	1
	. mímica que parece exprimir dor na ausência de qualquer solicitação	2	2	2	2
	. mímica inexpressiva em permanência e de forma não habitual (átona, rígida, olhar vazio)	3	3	3	3
5. Sono	. sono habitual	0	0	0	0
	. dificuldade em adormecer	1	1	1	1
	. despertar frequente (agitação motora)	2	2	2	2
	. insónia com repercussão nas fases de despertar	3	3	3	3

REPERCUSSÃO PSICOMOTORA

6. Higiene e/ou vestir	. capacidades habituais conservadas	0	0	0	0
	. capacidades habituais pouco diminuídas (com precaução mas completas)	1	1	1	1
	. capacidades habituais muito diminuídas, higiene e/ou vestir difíceis e parciais	2	2	2	2
	. higiene e/ou vestir impossíveis; o doente exprime a sua oposição a qualquer tentativa	3	3	3	3
7. Movimento	. capacidades habituais conservadas	0	0	0	0
	. capacidades habituais activas limitadas (o doente evita certos movimentos, diminui o seu perímetro de marcha)	1	1	1	1
	. capacidades habituais activas e passivas limitadas (mesmo ajudado, o doente diminui os seus movimentos)	2	2	2	2
	. movimento impossível; qualquer mobilização suscita oposição	3	3	3	3

REPERCUSSÃO PSICO-SOCIAL

8. Comunicação	. sem alteração	0	0	0	0
	. intensificada (o indivíduo chama a atenção de modo não habitual)	1	1	1	1
	. diminuída (o indivíduo isola-se)	2	2	2	2
	. ausência ou recusa de qualquer comunicação	3	3	3	3
9. Vida social	. participação habitual nas diferentes actividades (refeições, actividades recreativas, ateliers terapêuticos,...)	0	0	0	0
	. participação nas diferentes actividades apenas quando há solicitação	1	1	1	1
	. recusa parcial de participação nas diferentes actividades	2	2	2	2
	. Recusa de qualquer tipo de vida social	3	3	3	3
10. Alterações do comportamento	. comportamento habitual	0	0	0	0
	. alterações do comportamento quando há solicitação e repetidas	1	1	1	1
	. alterações do comportamento quando há solicitação e permanentes	2	2	2	2
	. alterações do comportamento permanentes (sem qualquer solicitação)	3	3	3	3

COPYRIGHT

Faculdade de Medicina de Lisboa, Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos - Fevereiro 2006 - Hirondina Guarda

PONTUAÇÃO

--	--	--	--	--

ESCALA DOLOPLUS LÉXICO

Queixas somáticas

O paciente exprime a sua dor através da palavra, do gesto ou de gritos – choros – gemidos.

Posições antálgicas

Posição corporal não habitual, visando evitar ou aliviar a dor.

Protecção de zonas dolorosas

O paciente protege uma das zonas do seu corpo através de uma atitude ou determinados gestos de defesa.

Mímica

O rosto parece exprimir a dor através da expressão (crispada, tensa, átona) e do olhar (olhar fixo, vazio, ausente, lágrimas).

Solicitação

Toda e qualquer solicitação (aproximação de um cuidador, mobilização, cuidados, etc).

Higiene/Vestir

Avaliação da dor durante a higiene e/ou o vestir, sozinho ou com ajuda.

Movimentos

Avaliação da dor no movimento: mudança de posição – transferências – marcha, sozinho ou com ajuda.

Comunicação

Verbal ou não verbal.

Vida Social

Refeições, animações, actividades, ateliers terapêuticos, acolhimento das visitas, etc.

Perturbações do comportamento

Agressividade, agitação, confusão, indiferença, deslize, regressão, pedido de eutanásia, etc.

ESCALA DOLOPLUS CONSELHOS DE UTILIZAÇÃO

1. A UTILIZAÇÃO NECESSITA DE UMA APRENDIZAGEM

Como para qualquer novo instrumento, será sensato experimentá-lo antes de o difundir. O tempo de cotação da escala diminui igualmente com a experiência (alguns minutos no máximo). Logo que possível, será útil designar uma pessoa de referência numa determinada estrutura de cuidados de saúde.

2. COTAR EM EQUIPA PLURISCIPLINAR

Quer se trate de uma estrutura sanitária, social ou no domicílio, é preferível que a cotação seja efectuada por vários cuidadores (médico, enfermeiro, auxiliar...). No domicílio, é possível integrar a família e os outros intervenientes, com o apoio de um boletim de articulação de cuidados, do telefone, ou até mesmo de uma reunião em torno da cama do doente. A escala deve ser integrada no processo clínico ou no “boletim de articulação de cuidados”.

3. NÃO COTAR NADA NO CASO DE EXISTIR UM ITEM DESADEQUADO

Não é necessário obter uma resposta para todos os itens da escala, em particular face a um paciente desconhecido, relativamente ao qual não se possuem ainda todos os dados, nomeadamente no plano psico-social. Do mesmo modo, em caso de coma, a cotação será baseada essencialmente nos itens somáticos.

4. OS COMPORTAMENTOS PASSIVOS

São menos perceptíveis mas tão presentes e importantes como os comportamentos activos; por exemplo, as perturbações do comportamento podem-se exprimir de um modo hiperactivo, tal como a agressividade pouco habitual, mas também como modo de afastamento.

5. A COTAÇÃO DE UM ITEM ISOLADO

Não tem significado; é a pontuação global que se tem que considerar. Se ela se concentra nos últimos itens, a existência de dor é pouco provável.

6. ESTABELECEER UMA ACTUALIZAÇÃO DAS PONTUAÇÕES

A reavaliação será efectuada duas vezes ao dia até à sedação das dores e posteriormente o seu espaçamento será estabelecido em função das situações. Estabelecer uma actualização das pontuações, fazendo-a aparecer na folha de tratamento (ao mesmo nível que a temperatura ou a tensão arterial) será um argumento primordial na percepção do sintoma e na implementação do tratamento.

7. NÃO COMPARAR AS PONTUAÇÕES DE PACIENTES DIFERENTES

A dor é uma sensação e uma emoção subjectiva e pessoal. A comparação das pontuações entre pacientes não faz, portanto, qualquer sentido. Apenas a evolução das pontuações de um dado paciente nos interessa.

8. EM CASO DE DÚVIDA, NÃO HESITAR EM FAZER UM TESTE TERAPÊUTICO ANTÁLGICO ADAPTADO

Admite-se, actualmente, que uma pontuação superior ou igual a 5/30 é sinal de dor. Contudo, para as pontuações próximas deste limiar, é necessário dar o benefício da dúvida ao doente. Se o comportamento observado se modificar com a toma de analgésicos, confirma-se a existência de dor.

9. A ESCALA EFECTUA A COTAÇÃO DA DOR E NÃO DA DEPRESSÃO, DA DEPENDÊNCIA OU DAS FUNÇÕES COGNITIVAS

Existem numerosos instrumentos adaptados a cada situação, e é primordial compreender que se procura determinar as alterações de comportamento ligadas a uma eventual dor. Assim, para os itens 6 e 7, não se procede à avaliação da dependência ou da autonomia, mas sim da dor.

10. NÃO RECORRER SISTEMATICAMENTE À ESCALA DOLOPLUS-2

Quando a pessoa idosa é comunicante e cooperante será mais lógico utilizar instrumentos de auto-avaliação. Quando a dor é evidente, será mais urgente acalmá-la do que avaliá-la... No entanto, à mínima dúvida, a hetero-avaliação evitará qualquer subavaliação.

ANEXO III

Tabela de AINEs

Fármaco	Dose	Pico conc. plasmática	Semi-vida de eliminação	Precauções
Paracetamol (Acetoaminofeno)	q 4-6 h até 4000 mg/dia	30-60 min	120 min	Na insuficiência hepática e insuficiência renal
Aspirina	q 4-6 h até 4000mg/dia	30 min.	2-3 h	Alteração da função plaquetária e hemorragias gastrointestinais
Naproxeno	275-500 mg q 8-12 h	4-6 h	12-15 h	Evitar doses altas por longos períodos de tempo
Ibuprofeno	400-800 mg q 6-8 h	1-2 h	2-2.5 h	Evitar doses altas por longos períodos de tempo. Risco de hemorragia em doentes hipocoagulados, devido ao efeito anti-agregante plaquetário
ketoprofeno	25.75 mg q 6-8 h	½-2 h	1-3 h	
Flurbiprofeno	50-100 mg q 12-24 h	1-2 h	2 h	
Indometacina	25-50 mg q 8-12 h	½-4 h	2-11 h	Pode aumentar as concentrações plasmáticas de lítio, digoxina e metotrexato
Etodolac	200-400 mg q 6-8 h	1-2 h	6-7 h	
Sulindac	150-200 mg q 12 h	2 h	16-18 h	
Diclofenac	25-75 mg q 8-12 h	14-50 min	1-2 h	Efeito anti-agregante plaquetário. Pode aumentar as concentrações plasmáticas de lítio, digoxina e metotrexato
Ac. Mefenâmico	250-500 mg q 12-24 h	2-4 h	3-4 h	Risco de toxicidade renal e hematológica
Nabumetona	1000-2000 mg q 24 h	3-6 h	24 h	Pode aumentar as concentrações plasmáticas de lítio, digoxina e metotrexato, e interferir com o efeito dos diuréticos e anti-hipertensores
Piroxicam	10-20 mg q 24 h	3-5 h	45-50 h	Elevada incidência de reacções de fotosensibilidade. Não exceder 20mg/dia
Meloxicam	7,5-14 mg q 24 h	4-5 h	15-20 h	
Valdecoxib	10-20 mg q 12-24 h	3 h	8-11 h	Usar com precaução em doentes com Insuficiência cardíaca, hipertensão ou edemas. Contra indicados em doentes com doença cérebro-vascular, doença cardíaca isquémica e na insuficiência renal
Rofecoxib	12,5-50 mg q 24 h	2-3 h	17 h	
Celecoxib	100-400 mg q 12 h	3 h	11 h	
Etoricoxib	60-90-120 mg q 24 h	2- 4h	22 h	
Metamizol	500-1000 mg q 6-8 h	1,5 h	4 h	Reacção adversa mais preocupante é a agranulocitose com risco de 1,1 casos por milhão

Álamo, C. Guia Farmacológica dos Analgésicos: Analgésicos anti-inflamatórios no esteroídicos. Madrid: Aran; 2006.
 Goodman & Gilman's. The Pharmacological Basis of Therapeutics Analgesic .Pharmacotherapy of Gout: Antipyretic Agents, 11ª ed. New York: McGraw-Hill; 2006

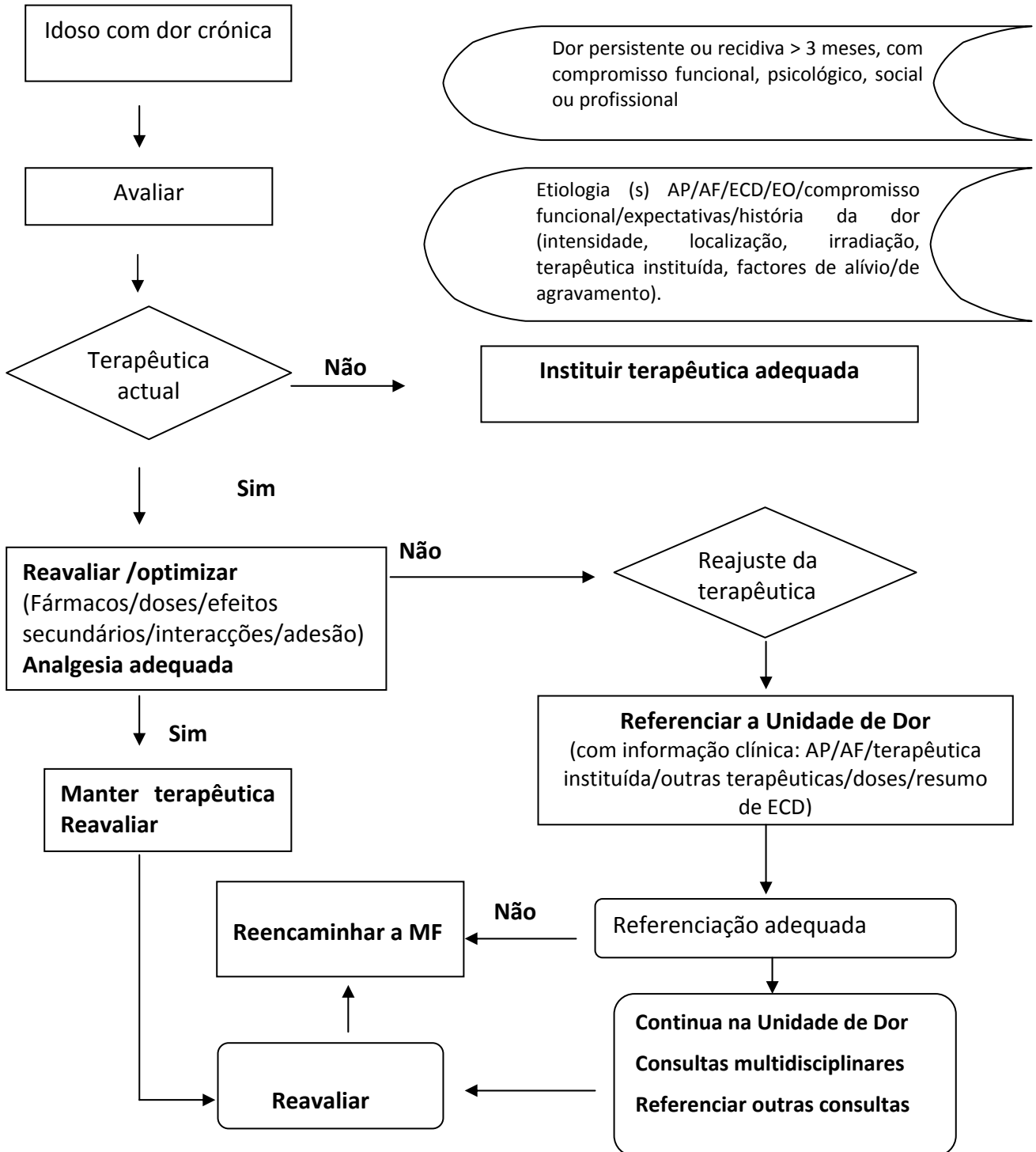
ANEXO IV

Tabela dos Opióides

Farmaco	Dose Inicial	T. Conc. Máxima	Efeitos nos idosos	Precauções
Codeína	30 – 60 mg q 4-6 h	2 h	Obstipação acentuada	Iniciar precocemente uso de laxantes
Tramadol	50 – 100 mg q 6-8 h	2 h	Sedação, depressão do centro respiratório, cardiotoxicidade	Doentes com mais de 75 anos e ou insuficiência renal o tramadol apresenta semi-vida aumentada, pelo que deve iniciar com doses baixas e aumentar gradualmente com doses baixas
Morfina	10 – 30 mg q 4-6 h	20 – 120 min	Grande sensibilidade aos efeitos secundários.	Iniciar com doses baixas, antecipar e prevenir efeitos secundários.
Hidromorfona "Técnica Oros"	8 –24 mg /24 h	6 – 8 h	Precaução com os efeitos colaterais	Dose inicial reduzida Atenção aos insuficientes renais.
Fentanilo	>25mcg/h	8 – 12 h	Formulação TD de uso q 72 h (3 dias)	Não recomendado em doentes não habituados a opióides Iniciar precocemente uso de laxantes
Buprenorfina	> 35 mcg/h	8 –12 h	Formulação TD de uso q 84 h (3,5 dias)	

ANEXO V

Referenciação da pessoa idosa com dor crónica em ambulatório



AP – Antecedentes pessoais; AF – Antecedentes familiares; ECD – Exames Complementares de Diagnóstico; EO – Exame Objectivo; MF – Médico de Família