

Dor nas Pessoas Não-verbais

Mensagem do Presidente da APED **3**

Editorial
Dor nas Pessoas Não-verbais **5**

A Dor no Recém-nascido **7**

Dor na Criança Até aos Três Anos **15**

Dor no Doente com Alterações
Cognitivas **23**

Dor e Doença Psiquiátrica Profunda **29**

A Dor no Doente de Cuidados
Intensivos **35**



Volume Monotemático dedicado a
DOR NAS PESSOAS NÃO-VERBAIS

Editor convidado: **Luís Agualusa**

Departamento de Anestesiologia, Unidade de Dor, Hospital Pedro Hispano, ULS Matosinhos EPE

Director

José Manuel Castro Lopes

Editores

Luís Agualusa

José Manuel Castro Lopes

Teresa Vaz Patto

Sílvia Vaz Serra

Mensagem do Presidente da APED <i>José Manuel Castro Lopes</i>	3
Editorial Dor nas Pessoas Não-verbais <i>Luís Agualusa</i>	5
A Dor no Recém-nascido <i>Aires Pereira e Delfina Antunes</i>	7
Dor na Criança Até aos Três Anos <i>Antonio Manjón e Carmen Oliveira</i>	15
Dor no Doente com Alterações Cognitivas <i>Teresa Rebelo e Carmen Oliveira</i>	23
Dor e Doença Psiquiátrica Profunda <i>Pedro Silva Carvalho e Sílvia Tavares</i>	29
A Dor no Doente de Cuidados Intensivos <i>António Sarmento</i>	35

Ilustração da capa de Armanda Passos



NORMAS DE PUBLICAÇÃO

1. A Revista «DOR» considerará, para publicação, trabalhos científicos relacionados com a dor em qualquer das suas vertentes, aguda ou crónica e, de uma forma geral, com todos os assuntos que interessem à dor ou que com ela se relacionem, como o seu estudo, o seu tratamento ou a simples reflexão sobre a sua problemática. A Revista «DOR» deseja ser o órgão de expressão de todos os profissionais interessados no tema da dor.

2. Os trabalhos deverão ser enviados em disquete, CD, DVD, ZIP o JAZZ para a seguinte morada:

Permanyer Portugal
Av. Duque d'Ávila, 92, 7.º Esq.
1050-084 Lisboa

ou, em alternativa, por e-mail:
permanyer.portugal@permanyer.com

3. A Revista «DOR» incluirá, para além de artigos de autores convidados e sempre que o seu espaço o permitir, as seguintes secções: ORIGINALS - Trabalhos potencialmente de investigação básica ou clínica, bem como outros aportes originais sobre etiologia, fisiopatologia, epidemiologia, diagnóstico e tratamento da dor; NOTAS CLÍNICAS - Descrição de casos clínicos importantes; ARTIGOS DE OPINIÃO - assuntos que interessem à dor e sua organização, ensino, difusão ou estratégias de planeamento; CARTAS AO DIRECTOR - inserção de

objecções ou comentários referentes a artigos publicados na Revista «DOR», bem como observações ou experiências que possam facilmente ser resumidas; a Revista «DOR» incluirá outras secções, como: editorial, boletim informativo aos sócios (sempre que se justificar) e ainda a reprodução de conferências, protocolos e novidades terapêuticas que o Conselho Editorial entenda merecedores de publicação.

4. Os textos deverão ser escritos configurando as páginas para A4, numerando-as no topo superior direito, utilizando letra Times tamanho 12 com espaços de 1.5 e incluindo as respectivas figuras e gráficos, devidamente legendadas, no texto ou em separado, mencionando o local da sua inclusão.

5. Os trabalhos deverão mencionar o título, nome e apelido dos autores e um endereço. Deverão ainda incluir um resumo em português e inglês e mencionar as palavras-chaves.

6. Todos os artigos deverão incluir a bibliografia relacionada como os trabalhos citados e a respectiva chamada no local correspondente do texto.

7. A decisão de publicação é da exclusiva responsabilidade do Conselho Editorial, sendo levada em consideração a qualidade do trabalho e a oportunidade da sua publicação.



© 2005 Permanyer Portugal
Av. Duque d'Ávila, 92, 7.º E - 1050-084 Lisboa
Tel.: 21 315 60 81 Fax: 21 330 42 96
E-mail: permanyer.portugal@permanyer.com

ISSN: 0872-4814
Dep. Legal: B-17.364/2000
Ref.: 514AP054



Impresso em papel totalmente livre de cloro
Impressão: Comgrafic



Este papel cumpre os requisitos de ANSI/NISO
Z39-48-1992 (R 1997) (Papel Estável)

Reservados todos os direitos.

Sem prévio consentimento da editora, não poderá reproduzir-se, nem armazenar-se num suporte recuperável ou transmissível, nenhuma parte desta publicação, seja de forma electrónica, mecânica, fotocopiada, gravada ou por qualquer outro método. Todos os comentários e opiniões publicados são da responsabilidade exclusiva dos seus autores.

Mensagem do Presidente da APED

José Manuel Castro Lopes

Terminado mais um ano, chega o momento de fazer o balanço dos principais acontecimentos que ocorreram em 2005 no âmbito da dor.

Pela positiva, destaco, desde logo, a realização do 2.º Encontro Nacional das Unidades de Dor. Foi uma reunião muito participada, organizada de acordo com um modelo que potenciou a discussão e a obtenção de conclusões sobre alguns dos temas em análise. Acresce que, na sequência do Encontro, foram criados dois grupos de trabalho que irão aprofundar a análise sobre a prescrição de opióides na dor não oncológica e sobre os registos electrónicos nas unidades de dor (coordenados pela Dr^a. Teresa Vaz Patto e pelo Dr. João Silva Duarte, respectivamente), a fim de serem feitas propostas concretas.

Ainda no âmbito das reuniões científicas, foi em 2005 que a EFIC aprovou a proposta da APED para que o *Pain in Europe VI* – 6.º Congresso Europeu da EFIC – se realize em Lisboa em Setembro de 2009. Esta será uma excelente oportunidade para todos os que se dedicam à dor ficarem a conhecer as mais recentes novidades, a baixo custo, bem como para projectar ainda mais o nosso país no meio europeu da dor.

A visibilidade de Portugal na Europa ficou bem patente na reunião organizada em Paris em Junho de 2005, ao abrigo do programa PAIN-ERA, da responsabilidade das Direcções Gerais de Saúde Francesa e Portuguesa. A inexistência de planos nacionais especificamente dedicados à dor, em outros países que não Portugal e a França, foi claramente constatada, pelo que, para já, não é possível prosseguir para um projecto mais ambicioso de harmonização das políticas de saúde referentes à dor nos países europeus.

A implementação do Plano Nacional de Luta Contra a Dor vai entrar numa fase crucial. No que se refere às unidades de dor crónica, depois do ímpeto inicial, tem-se assistido a alguma estagnação. Em 2005 foi proposta uma alteração dos critérios de classificação daquelas unidades e das metas do plano, que ainda não recebeu resposta da tutela. Pretende-se, fundamentalmente, adequar o plano à nova realidade hospitalar, decorrente das alterações da carta hospitalar e dos modelos de gestão. Pior é a situação na dor aguda pós-operatória, assunto que abordei nesta página numa das últimas edições da revista.

O Dia Nacional de Luta Contra a Dor é já um marco reconhecido pela comunicação social e por sectores da população. Este ano, para além do Encontro das Unidades de Dor já referido, a APED assinalou a data estabelecendo um protocolo com a Ordem dos Enfermeiros, destinado à realização de acções de formação pós-graduada para enfermeiros no âmbito da dor. Os primeiros cursos, sob a coordenação da Enf^a. Ananda Fernandes, irão decorrer já no início de 2006.

O primeiro grande estudo epidemiológico sobre a dor crónica a realizar no nosso país, foi também anunciado no Dia Nacional de Luta Contra a Dor. Contando com o apoio da APED e da ASTOR, este estudo está a ser realizado por uma equipa de investigadores da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com o apoio financeiro da Grünenthal, Janssen-Cilag, Pfizer e do fundo Fundação Oriente/Johnson & Johnson. Para além da prevalência da dor crónica, irão ser determinados diversos aspectos sobre as suas causas, tratamento, e o impacto individual, social e económico daquela que é, provavelmente, uma verdadeira epidemia silenciosa. Na primeira fase do estudo, quase concluída, foram validados oito questionários internacionais, que em breve ficarão ao dispor de quem pretenda realizar estudos sobre dor em Portugal e nos restantes países de expressão portuguesa.

A Semana Europeia Contra a Dor da EFIC foi este ano dedicada à «Dor no Idoso», enquanto o Dia Mundial Contra a Dor da IASP teve como tema a «Dor na Criança». Esta falta de coordenação entre as duas organizações criou algum embaraço às instituições que, tal como a APED, pertencem a ambas. «Forçados» a abordar os dois temas, optámos por realizar quatro iniciativas: um suplemento de saúde de um jornal diário inteiramente dedicado aos dois temas, um curso sobre dor para jornalistas, uma conferência de imprensa no Dia Mundial Contra a Dor e um concurso de desenhos infantis, destinado a crianças internadas em unidades de saúde, dedicado ao tema «A Dor na Criança». Relativamente ao último, que tem como primeiro prémio uma viagem à Eurodisney para três pessoas, foram recebidos cerca de 120 desenhos de todo o país, e embora tenha havido uma grande diversidade nos temas, as agulhas são claramente predominantes. Conclusões a retirar?

Foi em 2005 que se estabeleceram as bases para duas iniciativas conjuntas da APED e da

Sociedad Española del Dolor, ambas patrocinadas pela Grünenthal. O 1.º Encontro Ibérico das Unidades de Dor irá decorrer já no próximo mês de Maio em El Escorial (Espanha). Limitado aos coordenadores das unidades de dor crónica (espera-se poder vir a alargar o seu âmbito em futuras edições), esta primeira reunião conjunta constituirá um fórum para análise, discussão e partilha de experiências sobre temas da prática clínica, formação profissional, organização das unidades e política de saúde. A outra iniciativa conjunta consiste num programa de bolsas que permitirão financiar a realização de estágios clínicos em unidades de dor dos dois países, a anunciar proximamente.

Infelizmente, 2005 ainda não é o ano da regulamentação da Competência em Medicina da Dor. Aprovada em 2004, só passado cerca de um ano foi criada a comissão que está encarregue de definir os critérios de atribuição da com-

petência. Esta comissão reuniu-se pela primeira vez em Setembro, e deverá concluir o seu trabalho em breve, de modo a que as admissões por consenso sejam possíveis em 2006.

Foi também em 2005 que passámos a contar com a colaboração de Armanda Passos para ilustrar a capa da revista *Dor*. O extraordinário melhoramento do aspecto gráfico foi acompanhado, infelizmente, de um grande atraso na publicação da revista. Espero que a situação fique completamente normalizada já a partir do próximo número.

Resta-me fazer votos para que, no decurso do ano que agora se inicia, a APED consiga prosseguir a sua acção visando atingir os seus objectivos fundamentais: *a promoção do estudo, ensino e divulgação dos mecanismos fisiopatológicos, meios de prevenção, diagnóstico e terapêutica da dor, de acordo com os parâmetros estabelecidos pela IASP e pela Organização Mundial de Saúde.*

Editorial

Dor nas Pessoas Não-verbais

Luís Agualusa

Dar voz a quem não a tem é o objectivo deste número dedicado à dor nas pessoas não-verbais. Os recém-nascidos, crianças, doentes com alterações cognitivas *major*, alterações de consciência, com índices de gravidade elevados, alterações afectivas, psicoses, estados confusionais, são algumas das situações que nos propomos abordar.

Nestas circunstâncias, extremas, verificando-se ou não patologia de comunicação, as problemáticas, as dificuldades que teimosamente nos acompanham, parecem ainda mais difíceis de ultrapassar. A aplicabilidade dos modelos convencionais de avaliação parecem ser insuficientes para que nos possamos sentir confortáveis e a amplificação de alguns mitos que pairam entre nós parece confirmar a delicada posição em que nos encontramos e a necessidade de implementarmos activamente estratégias de ajuda para os que sofrem mas que não se conseguem fazer ouvir. A linguagem da dor e da sua complexidade nasceu para mim, e para tantos outros, através de Ronald Melzac e Patrick Wall. Quem já sentiu uma dor intensa e tenha tentado descrevê-la a um amigo ou ao seu médico, constatou muitas vezes a dificuldade de encontrar palavras adequadas. Virginia Woolf, num ensaio intitulado *On Being Ill*, aborda precisamente esta questão: «A língua inglesa, capaz de traduzir os pensamentos de Hamlet e a tragédia de Lear, não tem palavras para exprimir o calafrio e a cefaleia... A mais humilde estudante romântica tem Shakespeare e Keats como porta-voz; mas desde que se tente descrever uma dor de cabeça a um médico, a linguagem falha» (Melzac R, Wall P. O Desafio da Dor).

Estes e outros aspectos têm despertado em mim uma profunda reflexão acerca do sofrimento evitável, nas vertentes que mais directamente nos dizem respeito, e principalmente naqueles que nos comunicam explicitamente a agonia. Em alguns doentes, após ter solicitado que descrevessem a sua dor, e ao ouvi-los atentamente, deixo-me arrastar nas longas e complexas descrições, que mais parecem retiradas de um qualquer manual de tortura, e não posso deixar de pensar no impacto neurobiológico potencial ou real, a nível das estruturas que se consideram estar envolvidas no processamento emocional da dor (córtex orbifrontal, amígdala, tálamo medial, núcleo subtalâmico...) quando solicita-

das desta forma e permanentemente. O «catastrofismo», fenómeno cada vez mais estudado e relacionado com as alterações de comportamento verificadas nos doentes submetidos a hiperestimulação sensorial no modelo de dor crónica, poder-nos-á ajudar a compreender melhor por que razão uma proporção significativa destes doentes passam a modelar o seu comportamento com opções de vida erradas, podendo desenvolver doença psiquiátrica identificada. Por vezes, a imagem que parecem reflectir no olhar e noutras formas de comunicação é de se encontrarem mergulhados num tremendo buraco negro, reféns da desorganização individual instalada, e isto apesar de todos os esforços interdisciplinares. Eles, na necessidade de se exorcizarem do sofrimento crónico, fazem-se sentir desesperadamente, comparando muitas vezes o fenómeno doloroso a uma «entidade própria com autonomia capaz de entrar dentro do seu corpo, até o ocupar, destruir e mumificar lentamente». Muitas vezes, o desejo é o da mutilação ou amputação, na tentativa de separar e erradicar o mal «de vez». Este aspecto talvez explique a especial receptividade destes doentes às intervenções cirúrgicas, quantas vezes decididas em poucos minutos de consulta sem a ponderação multidisciplinar necessária, e esquecendo que com forte probabilidade não existem quadros dolorosos crónicos passíveis de melhorar após cirurgia. No catastrofismo, o «edifício» que nos caracteriza como indivíduos parece desintegrar-se do contexto e o sentido relacional vai-se perdendo, parecendo que os esforços são centralizados na batalha diária contra o próprio. Facilmente, o doente se torna numa edição barata do estatuto que possuía, e quando assistimos e contribuimos à reconstrução lenta e difícil do edifício em ruínas, qualquer pequena adversidade parece funcionar como um terramoto, que obriga a uma nova e penosa reconstrução. Isto pode traduzir o quanto ainda temos de caminhar.

Será que a imaturidade do recém-nascido ou a diminuição da consciência nos doentes com alterações cognitivas é protectora? Ou, pelo contrário, a subavaliação do problema não é mais que a tradução da sua existência submersa. Como poderão ser quantificados estes fenómenos quando falamos em estruturas neurofisiológicas ainda em formação (prematuros e recém-nascidos), como pode a dor nestas circunstâncias

modelar o futuro de cada indivíduo? Que memórias se guardam e condicionam o futuro? Será possível estratificar grupos de risco cujas variáveis se possam quantificar de forma a actuarmos profilacticamente e no momento adequado? Com algum optimismo, podemos mesmo dizer que os próximos anos nos dirão, e que nestas circunstâncias talvez seja possível não despendermos tantas energias em processos de avaliação tão subjectivos. Nestes doentes com manifesta incapacidade de comunicação, como colocamos a hierarquia clássica da importância das medidas básicas de medição da intensidade da dor:

1. Relato do paciente usando uma escala de intensidade.
2. Condições patológicas ou procedimentos que habitualmente causam dor.
3. Comportamentos por meio de expressões faciais, caretas, movimentos do corpo, choro.
4. Relato de dor por familiar ou pessoa ligada ao doente.
5. Medições fisiológicas.

(Informação do *Guideline Panel da Agency for Health Care Policy and Research*)

Aguardemos ansiosamente a descoberta da proteína C reactiva da dor, porque no contexto de medicina analítica tudo o que não se consegue medir não existe, e como não existe não se investe. No final deste editorial, pegando nesta última frase e porque «existir com consciência» nos reforça as responsabilidades, é preciso de facto investir na erradicação do sofrimento em todas as suas vertentes, e não queria deixar de cumprimentar e enaltecer o trabalho (muito e bem visível) de todos aqueles, «pouco ou muito verbais», Cientistas, Clínicos, Editores e tantos outros profissionais, que nos últimos anos teimosamente continuam a trabalhar nesta área apesar dos custos pessoais elevados e algumas adversidades, desejando sinceramente que esse esforço seja reconhecido senão diariamente ao menos no Dia Nacional de Luta Contra a Dor.

A Dor no Recém-nascido

Aires Pereira¹ e Delfina Antunes²

Resumo

Medir um fenómeno dinâmico, complexo e subjectivo como é a dor, não é uma tarefa fácil, especialmente naqueles cujo desenvolvimento psicomotor não lhes permite a sua comunicação verbal.

A dor exige atenção e tratamento independente da sua causa original, pelo que o seu controlo surge como uma prioridade na melhoria da qualidade de vida do recém-nascido. Embora na última década se tenha verificado um interesse crescente pelo estudo da dor, ainda existe tendência para a subestimar.

Palavras-chave: Dor. Reconhecimento. Avaliação. Tratamento.

Abstract

To measure a dynamic phenomenon, complex and subjective like the pain is not an easy work, especially in those that the psychomotor development doesn't permit the verbal communication.

The pain requires attention and independent treatment in spite of own aetiology, and so, the pain control appears like a priority of newborn quality life.

Although in the last ten years, we verify a crescent interest on study of pain, still exists a minimize tendency.

Key words: Pain. Recognition. Evaluation. Treatment.

Introdução

A dor no recém-nascido apresenta-se como sintoma patológico a tratar no âmbito da assistência neonatal. Na elaboração deste trabalho, propomo-nos a atingir os seguintes objectivos:

- Aprofundar conhecimentos teóricos sobre dor em Pediatria.
- Identificar métodos de avaliação da dor.
- Conhecer métodos de tratamento da dor.
- Implementar uma escala de avaliação da dor.
- Contribuir para os cuidados médicos e de enfermagem.

Princípios gerais

- Reconhecer que o recém-nascido sente dor.
- Reconhecer que o prematuro, pela imaturidade do seu sistema nervoso, é mais sensível à dor que o adulto.
- Um tratamento adequado da dor está associado a uma diminuição de complicações clínicas e diminuição da mortalidade.

- A dor, pelo seu carácter multidimensional, pode ser influenciada pelos factores do ambiente.
- O uso apropriado do ambiente e de intervenções não-farmacológicas previne, reduz ou limita a dor no recém-nascido em muitas situações clínicas.
- Os profissionais são responsáveis pela utilização dos melhores recursos no controlo da dor.
- Os pais devem ser envolvidos no reconhecimento, avaliação e tratamento da dor.
- A comunicação interprofissional favorece o controlo da dor.
- A construção de guias de boas práticas influencia as atitudes mais correctas.

Avaliação da dor

Estando conscientes de que a dor é considerada o 5.º sinal vital, esta deve ser documentada, considerando os factores fisiológicos, comportamentais e ambientais.

Existe uma variedade de escalas de avaliação da dor, não sendo estas no entanto 100% fidedignas, estando sujeitas a uma certa subjectividade.

O recém-nascido, particularmente o que está internado numa UCI, está sujeito a múltiplas e, por vezes, repetidas agressões (estímulos visuais, auditivos, tácteis, punções, intubação endo-

¹Assistente Graduado de Pediatria com a subespecialidade de Neonatologia
²Enfermeira Especialista em Neonatologia
Hospital Pedro Hispano
ULS Matosinhos EPE
Matosinhos, Portugal

traqueal, ventilação mecânica, aspiração de secreções, etc.), para além da dor que deriva da sua própria patologia (processos inflamatórios, enterocolite necrosante, hipertensão intracraniana, etc.). Tem-se verificado uma falta de sensibilização para este problema no RN, entretanto, são realizados todos os procedimentos que, em nome da ciência, do progresso e do seu bem-estar, se consideram necessários, não havendo por vezes a preocupação necessária com a dor que estes possam provocar.

Os efeitos secundários do tratamento intensivo só há pouco tempo começaram a ser considerados. A dor é sempre nefasta para o RN, do ponto de vista comportamental, metabólico e fisiológico.

Dor é definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor, como «sendo uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão real ou potencial de algum tecido». Prevenir e tratar a dor é um imperativo ético, uma condição inalienável dos cuidados de saúde para um crescimento e desenvolvimento harmonioso da criança. A avaliação válida e segura da dor é a primeira condição para se atingir essa meta.

O controlo da dor no RN é um desafio que requer uma equipa bem treinada no conhecimento da fisiologia, e de todo o processo de avaliação e controlo terapêutico. Assim, o seu reconhecimento e quantificação efectivos são as variáveis essenciais para conseguirmos um tratamento adequado.

A dor que se encontra relacionada com os cuidados e actos de diagnóstico e terapêuticos deve ser reconhecida, prevenida e tratada.

A avaliação da dor no RN é assim um dos mais importantes desafios actuais da Neonatologia, uma vez que existe uma certa dificuldade em dispor de um instrumento confiável e reprodutível que a mensure. Para tal, recorre-se às avaliações comportamentais (ocorrência e frequência de alterações no comportamento, desencadeadas pela dor) e fisiológicas (monitorizam a resposta orgânica do RN ao estímulo nociceptivo).

Na avaliação comportamental, são avaliadas alterações que possam estar relacionadas com respostas motoras, mímica facial, choro, ciclo sono-vigília, relação da díada mãe-filho. Existem várias escalas às quais podemos recorrer para efectuarmos este estudo.

Manifestações fisiológicas de dor aguda no recém-nascido

Sinais vitais: observar as variações (↑ catecolaminas).

- ↑ frequência cardíaca.
- ↑ pressão arterial.
- ↑ respiração rápida e pouco profunda.

Oxigenação

- ↑ PaO₂ (aumento do consumo de O₂).
- ↑ PaCO₂ (hiperventilação).

Pele: observar coloração e estado.

- Palidez ou rubor.
- Diaforese.
- ↑ sudorese palmar.

Outras observações (alterações neurovegetativas):

- ↑ do tónus muscular.
- Pupilas dilatadas.
- ↓ do tónus nervoso vagal.
- ↑ da pressão intracraniana.

Evidências laboratoriais de alterações metabólicas ou endócrinas

- Hiperglicemia (stress metabólico).
- ↓ do pH (lesão celular).
- Corticóides endógenos aumentados (stress metabólico).

Respostas comportamentais de dor aguda no recém-nascido

Vocalizações: observar qualidade, duração e ocasião do:

- choro, gemido, grito.

Expressões faciais: observar características, ocasião, orientação dos olhos e boca:

- Face de sofrimento.
- Franzimento das sobrancelhas.
- Tremor do queixo.
- Olhos bem fechados.
- Boca aberta e de forma quadrangular.

Movimentos e posição do corpo:

- Afastamento dos membros.
- Batimento dos braços.
- Rigidez.
- Flacidez.
- Punho cerrado.
- Alterações nos ciclos de vigília/sono.
- Alterações no comportamento do apetite.
- Alterações no nível de actividade.
- Irritabilidade, desinteresse.

Estas alterações são, no entanto, transitórias e revelam a capacidade do RN saudável recuperar da dor. No RN prematuro e/ou doente, o menor procedimento pode causar uma alteração fisiológica aguda.

A dor por tempo prolongado pode afectar o sistema imunológico.

Diagnóstico

A informação laboratorial pode-nos apoiar na avaliação da dor, através do doseamento de algumas parâmetros, dando-nos uma ideia do stress a que o RN está submetido:

- Catecolaminas.
- Cortisol.
- Hormona de crescimento.
- Glucagon.
- Etc.

Estratégia de avaliação

- Apresentar a escala de avaliação da dor à equipa, tendo por base a exemplificação e discussão de casos práticos.

Escala de Dor e Desconforto do RN (EDIN)	
Indicador	Descrição
Rosto	<ul style="list-style-type: none"> – Rosto calmo – Caretas passageiras: sobrançelas franzidas lábios contraídos, queixo franzido e/ou trémulo – Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas
Corpo	<ul style="list-style-type: none"> – Crispação permanente ou face prostrada petrificada ou face acinzentada – Corpo calmo – Agitação transitória, geralmente calmo – Agitação frequente, mas acalma-se – Agitação permanente: crispação das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada, com corpo imóvel
Sono	<ul style="list-style-type: none"> – Adormece facilmente, sono prolongado, calmo – Adormece dificilmente – Acorda espontânea e frequentemente, sono agitado – Não adormece
Interacção	<ul style="list-style-type: none"> – Atento – Apreensão passageira no momento do contacto – Contacto difícil, grito à menor estimulação – Recusa o contacto, nenhuma relação possível. Grito ou gemido sem a menor estimulação.
Reconforto	<ul style="list-style-type: none"> – Sem necessidade de reconforto, – Acalma-se rapidamente com carícias.com voz ou chupeta – Acalma-se dificilmente – Inconsolável. Sucção desesperada
Pontuação	<p>Escala de 0-15 0 ↑ ausência de dor 15 ↑ máximo de dor</p>

- Incluir a EDIN em todos os processos clínicos.
- Incluir, na passagem de turno, a avaliação da dor.

A EDIN

- Aplicar quando o recém-nascido está acordado.
- Necessário excluir alguns factores externos (alimentação, sono).
- O registo da pontuação obtida deverá ser efectuado na folha de avaliação de dor.
- O total da pontuação varia de 0 (ausência de dor) a 15 (máximo de dor).

Norma: monitorização da dor no recém-nascido

Conceito

Processo destinado a obter avaliação sobre a dor.

Objectivos

Avaliar sistematicamente a dor através do uso de escala de avaliação da dor (EDIN).

- Registar a intensidade da dor no recém-nascido.
- Registar a eficácia das intervenções farmacológicas e não-farmacológicas.

Considerações gerais

Quem executa

O enfermeiro responsável pelo recém-nascido.

Horário

Registo de uma vez por turno em todos os recém-nascidos.

Mais do que uma vez por turno quando:

- Existem sinais de desconforto/dor.
- Utilizadas estratégias de analgesia para sua monitorização.
- Se erificou anteriormente avaliação de dor.

Orientação quanto à execução

- Pesquisa de sinais fisiológicos e comportamentais de dor.
- Ter em conta a história de dor do recém-nascido.

Na presença de sinais de dor identificar e registar:

- A localização (distensão abdominal, lesões externas, agitação...).
- A duração (observação directa da intermitência e continuidade).
- Características sensitivas (exame neurológico orientado...).
- Intensidade (através da utilização de EDIN).

Tratamento

O objectivo principal no alívio/tratamento da dor em Neonatologia é a utilização de intervenções que venham a minimizar a intensidade e a duração da dor, ajudando o recém-nascido a recuperar dessa experiência stressante.

De acordo com a circunstância, podem ser utilizadas intervenções não-farmacológicas e/ou farmacológicas. Uma vez definida a presença

de dor no RN, devemos então tratá-la. O seu tratamento, inicia-se pela «humanização do berçário», dentro da abordagem não-farmacológica.

Uma vez administrada a intervenção indicada, deve ser feita uma avaliação novamente da dor, 15 a 30 minutos após a intervenção.

Medidas não-farmacológicas

Medidas ambientais e comportamentais

- Presença dos pais.
- Evitar estímulos excessivos, tanto auditivos como luminosos (ruído não superior a 80 dB e a utilização de coberturas nas incubadoras).
- Promoção de ciclos dia/noite.
- Manusear o mínimo, movimentos suaves e agrupando procedimentos.
- Aquecer o calcanhar antes de colher sangue, evitando assim repetir a picada.
- Utilização de lanceta apropriada para picada do calcanhar.
- Posição confortável (posição flectida e uso de «ninho»).
- Minimização das colheitas de sangue e dos procedimentos invasivos.
- Utilizar logo que possível a via enteral, suspendendo a venóclise.
- Evitar injeções intramusculares.
- Uso de berços ou incubadoras aquecidas.
- Uso de glucose (ou sacarose oral) a fim de estimular o sistema opióide endógeno, promovendo algum grau de analgesia (produção de endorfinas).
- O uso de chupeta modula o desconforto e inibe a hiperactividade.
- O uso de analgesia adequada antes de procedimentos invasivos.
- Musicoterapia.

As intervenções não-farmacológicas têm como finalidade prevenir ou reduzir a intensidade de um processo doloroso leve. Nos casos de dor moderada a severa, bem como nos procedimentos dolorosos – colocação de cateter venoso central, colocação de dreno tórax, pós-operatório, infecções abdominais (NEC), fracturas ou lacerações de pele extensas, ventilação mecânica, etc. –, deverão ser adicionadas intervenções farmacológicas.

Sacarose

Solução oral de sacarose 12-24%.

Administrar solução oral dois minutos antes do procedimento.

Dose:

RN termo → 2 ml.

RN pré-termo → 0,1-0,4 ml.

Limitações e Complicações

Hiperglicemia.

As intervenções farmacológicas

A administração de agentes farmacológicos tem como principal objectivo aliviar a dor causada por procedimentos dolorosos ou invasivos. Os analgésicos devem ser administrados antes de

se apresentarem sinais de alteração fisiológicos e de comportamento associados com o processo da dor, como nos casos de procedimentos dolorosos, no período pós-operatório imediato.

Medidas farmacológicas (Quadro 1)

EMLA

Composição

A EMLA existe actualmente sobre as formas farmacêuticas de EMLA Creme e EMLA Penso, contendo os princípios activos de lidocaína e prilocaína, misturados com os excipientes, polioxietileno de óleo de rícino hidrogenado, carboxipolimetileno, hidróxido de sódio e água purificada.

Um grama de EMLA contém 25 mg de lidocaína e 25 mg de prilocaína.

Cada EMLA Penso contém 1 g de emulsão EMLA com composição idêntica à do EMLA Creme (Astra Brasil, 1999).

Apresentação

O EMLA Creme é uma emulsão óleo/água, em que a fase oleosa consiste numa mistura eutética de lidocaína e prilocaína na proporção de 1:1. Apresenta-se em bisnaga de 5 g.

O EMLA Penso é um sistema de dose única na forma de compressa occlusiva, sendo constituído por uma lâmina de suporte, um disco de celulose absorvente e uma fita adesiva circular. O disco contém 1 g de emulsão EMLA, sendo a área de contacto de aproximadamente 10 cm².

Indicações

- Punções venosas.
- Punções arteriais.
- Vacinação.
- Punções subcutâneas/intradérmicas.
- Punções lombares.
- Punções medulares.
- Punções vesicais.
- Cirurgias cutâneas superficiais (biópsias cutâneas, curetagem, excisões cirúrgicas, eletrocirurgias, tratamentos locais com laser, colheitas de pequenos enxertos de pele, biópsias da mucosas genital).

Posologia e modos de administração

A aplicação do EMLA Creme obedece a determinados princípios na sua administração para se obter o máximo de eficácia:

- Recém-nascido pré-termo (a partir das 32 semanas de gestação) – 0,5 g.
- Recém-nascido termo → 1 a 2 g. Máximo 2 g/dia.

Limitações

- Efeito cerca de 60-80 minutos após aplicação.

Quadro 1. Procedimentos mais frequentes no RN hospitalizado, com indicação para analgesia	
Procedimento	Analgesia
Punção venosa periférica/colocação de cateter venoso periférico	Chupeta com sacarose EMLA, se não urgente
Punção arterial/colocação de cateter arterial periférico/colocação de cateter epicutâneo	Chupeta com sacarose EMLA, se não urgente
Colocação de cateter venoso central	Anestesia geral sempre que possível Chupeta com sacarose EMLA, se não urgente Considerar infiltração SC com lidocaína Considerar infusão ev. com opióides
Colocação de cateteres umbilicais	Chupeta com sacarose Evitar suturas e pinças hemostáticas na pele em redor do coto umbilical
Punção lombar	Chupeta com sacarose EMLA, se não urgente
Punção do calcanhar	Considerar punção venosa periférica no RN de termo e pré-termo mais «maduro» Chupeta com sacarose Considerar contacto cutâneo com a mãe Manipulação suave (a compressão do calcanhar é a parte mais dolorosa) Preferir dispositivos mecânicos e não lanceta EMLA, paracetamol e aquecimento do calcanhar são ineficazes
Injecções SC e 1M	Preferir a via ev. Chupeta com sacarose EMLA, se não urgente
Intubação endotraqueal (IET)	– Morfina ou midazolam – Combinação de outros fármacos é frequente – Considerar spray tópico com lidocaína IET sem analgesia – apenas na reanimação na sala de partos e situações de emergência.
Aspiração endotraqueal	Chupeta (considerar sacarose) Considerar perfusão de opióide (morfina) ou doses intermitentes ev. lento (fentanil, meperidina, alfentanil)
Colocação de dreno torácico	Eventual necessidade de entubação e uso de ventilação mecânica, no RN em ventilação Espontânea Chupeta com sacarose Considerar infiltração local com lidocaína Considerar morfina ou fentanil em perfusão Não se recomenda o uso de midazolam
Punção suprapúbica	Chupeta com sacarose EMLA
Manipulação em ventilados	Considerar opiáceo em dose extra
Tratamento de retinopatia	Morfina ou fentanil em <i>bolus</i>
Procedimentos de rotina	Chupeta (considerar sacarose) Morfina ou fentanil (perfusão de baixa dose no RN ventilado) Considerar paracetamol Medidas ambientais
Colocação de sonda gástrica (oro ou nasogástrica)	Chupeta com sacarose Lubrificação da sonda Técnica suave
Desbridamento vascular (arterial ou venoso periférico)	Chupeta com sacarose EMLA local Considerar infiltração subcutânea de lidocaína Considerar opióide se acesso vascular disponível

- Não aplicar se há lesões cutâneas (infecções, escoriações, exantemas, queimaduras ou outros ferimentos).
- Usar no RN de termo e pré-termo com idade gestacional superior a 32 semanas e com mais de sete dias de vida.
- Evitar doses repetidas, pelo risco de meta-hemoglobinemia, especialmente se associado ao paracetamol.
- Não deve ser aplicado mais do que um penso EMLA simultaneamente.
- Nunca aplicar perto dos olhos, visto provocar irritação da córnea.
- Nunca aplicar quando se suspeita de sensibilidade ou alergia aos componentes do creme.
- Não deve ser aplicado quando há história de dermatite atópica, dada a função da barreira do extracto da córnea da pele se encontrar deprimida.
- Não deve ser aplicado em crianças com idade inferior a 12 meses que estejam a tomar medicamentos indutores da formação de meta-hemoglobina (ex.: sulfonamidas, nitroglicerina, fenitoína, etc.).
- Não deve ser aplicado em qualquer doente que sofra de meta-hemoglobinemia.
- Não deve ser aplicado numa membrana timpânica deficiente, porque tem efeito ototóxico quando instilado no ouvido médio.
- Deve-se ter atenção ao risco de toxicidade sistémica adicional em doentes a receber outros anestésicos locais ou agentes estruturalmente relacionados com anestésicos locais.

Reacções adversas

As reacções com a aplicação do EMLA Creme são geralmente transitórias e ligeiras. Podem ocorrer algumas reacções cutâneas na área em que o EMLA foi aplicado, tais como:

- Descoloração transitória da pele/palidez, causada pelas substâncias activas do creme.
- Eritema, que aumenta com o tempo de aplicação do creme e na maioria dos casos surge duas horas após a sua aplicação.
- Tumefacção ligeira.
- Sensação de queimadura.
- Prurido.
- Petéquias ou púrpura mais frequente em RN prematuros.

Modo de aplicação

Na utilização do EMLA Creme e do EMLA Penso deve-se ter em consideração determinadas formas de proceder.

EMLA Creme

- Limpe e seque muito bem a área de pele a anestésiar. Aplique uma camada espessa

de creme, de acordo com a idade gestacional do RN.

- Retire a protecção de papel do penso oclusivo e cubra o creme. No tratamento de grandes áreas de pele, pode envolver-se toda a área com película aderente transparente.
- Prima suavemente os bordos do penso para que este fique firmemente aplicado; retire então o caixilho de papel.
- Registe a hora de aplicação no penso. Uma vez decorrido o tempo de aplicação correcto, remova o creme e limpe toda a área.

EMLA Penso

- Limpe e seque muito bem a área de pele a anestésiar. Pegando por um canto, separe a superfície adesiva cor de pele da lâmina de suporte de alumínio. Não toque na parte central redonda que contém o creme.
- Aplique a parte branca redonda na área a ser anestésia. Pressione com firmeza apenas os bordos do penso, de forma a assegurar uma boa aderência à pele. Não pressione o centro do penso durante a sua aplicação, pois pode espremer involuntariamente a emulsão para fora do adesivo.
- Registo da hora de aplicação. Uma vez decorrido o tempo de aplicação correcto, remova o penso e limpe a pele.

Sobredosagem

Os efeitos activos do EMLA Creme podem provocar efeitos tóxicos agudos devido a absorção rápida ou a sobredosagem.

A prilocaína em doses elevadas pode provocar aumento do nível de meta-hemoglobina.

A toxicidade dos anestésicos locais manifesta-se por sintomas de excitação do sistema nervoso e, em casos graves, depressão do sistema nervoso central e cardiovascular.

Conservação

De forma a não perder as suas propriedades, o EMLA Creme deve ser armazenado à temperatura ambiente (15 a 30°). Deve evitar-se a congelação.

Conclusões

Evidências recentes sugerem que alterações fisiológicas prolongadas podem acompanhar estimulação dolorosa persistente, sendo fundamental evitar potenciais consequências para o RN. Bradicardias, cianose e hipotensão tem ocorrido durante e após intervenções passíveis de provocar dor. Em RN com doença de membrana hialina, respostas fisiológicas à dor aumentam as suas necessidades de oxigénio suplementar e ventilação mecânica, podendo agravar portanto a doença pulmonar. Esta condição contribui para o aumento do risco de dis-

plasia broncopulmonar e conseqüentemente sequelas neurológicas. Lesões importantes como hemorragia intraventricular poderão estar associadas a alterações hemodinâmicas, ocasionadas por intervenções rotineiras, geralmente dolorosas.

Actualmente, o conhecimento fisiopatológico da dor no recém-nascido, «obriga» a uma tomada de medidas no sentido da sua correcta avaliação e tratamento.

A EDIN ou similar deverá integrar o processo clínico de qualquer recém-nascido internado na UCI, de forma a tornar visível para todos que a dor, sendo considerada um sinal vital, deverá ser correctamente tratada e monitorizada a eficácia terapêutica.

As manobras invasivas, na perspectiva racional da sua utilização em ambiente intensivo, deverão estar condicionadas a opções clínicas lógicas, em que o princípio deverá ser a profilaxia do sofrimento e do stress do recém-nascido.

As atitudes terapêuticas, incluindo o tratamento da dor, devem ser consideradas na medida do necessário e interrompidas logo que tal seja adequado na tentativa de diminuir os efeitos secundários e a conseqüente iatrogenia.

Prevenir, avaliar e tratar a dor é um dever dos profissionais de saúde e um direito do recém-nascido.

Bibliografia

- Ananda KJS, The International Evidence-Based Group for Neonatal Pain. Consensus Statement for the Prevention and Management of Pain in the Newborn. *Arc Pediatr Adolescent Med* 2001;155:173-80. Disponível em: www.archpediatrics.com
- Ananda KJS. Clinical importance of pain and stress in preterm newborn infants. *Biol Neonate* 1998;73:1-9.
- Barker DP, Rutter N. Exposure to invasive procedures in neonatal intensive care unit admissions. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* 1995; 72:47-8.
- Batalha L, Santos LA, Guimarães H. Avaliação da Dor e Desconforto no Recém-Nascido. *Acta Pediatr Porto* 2003;34(3):159-63.
- Stevens B. The efficacy of sucrose for relieving procedural pain in neonates: a systematic review and Meta-analysis. *Acta Pediatr* 1997; 86:837-42.
- Cruz M. Fundamentos actuales de la terapéutica del dolor en Pediatría. Universidad de Barcelona 1999;39(169):186-96.
- Díaz-Gómez NM, et al. Tratamiento del dolor en recién-nacido. 1999. Disponível em: <http://www.se-neonatal/relan174-79.pdf>
- Fernández I, et al. Enfermería Neonatal: Escala de Valoración del Dolor en Neonatología. *Tempus Vitalis. Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Critico* 2004;4(1):1-9. Disponível em: <http://www.pre-maturos.el/webagosto/enfermerianeonatal/valoraciondolor.htm>
- Januário RC. A Dor no Recém-Nascido. *Sinais Vitais Jul* 2001;37:15-9.
- Projecto FID - Orientações para a Avaliação da Dor. Hospital Pediátrico de Coimbra, 2004.
- Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria c Analgesia e Sedação. Consensos Nacionais em Neonatologia; Coimbra: 2004. p. 45-51.
- Tamez RN, Silva MJP. Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém-Nascido de Alto Risco. 2.ª ed. Brasil: Guanabara Koogan; 2002.
- www.astrazeneca.com.br/azws006/upload/home/bulas/emladisco.doc (p. I-6).
- www.astrazeneca.com.br/azws006/upload/home/bulaslemlacreme.doc (p. I-9).

Dor na Criança Até aos Três Anos

Antonio Manjón¹ e Carmen Oliveira²

Resumo

Nos últimos anos, tem vindo a aumentar o número de publicações sobre dor na criança, bem como a sensibilidade dos profissionais de saúde para o seu tratamento. No entanto, ainda persistem mitos que impedem a correcta abordagem terapêutica. Um dos principais problemas surge no momento de quantificar a dor, especialmente em idades inferiores a três anos. Independentemente de publicações preconizarem a utilização de novas escalas de avaliação, consideramos que as que já estão validadas e homologadas devem ser preferidas. A abordagem terapêutica deve ser multimodal, recorrendo a todo o arsenal farmacológico disponível de forma a evitar os erros cometidos no passado.

Palavras-chave: Dor. Criança. Escalas. Terapêutica.

Abstract

In the last years there has been an increase in published articles concerning Pain in Children, as well as in professional's awareness for its proper treatment. In spite of this, many are the myths that prevent the ideal therapeutic approach. One of the major difficulties arises in the assessment and quantification of pain, mainly in children under 3 years of age. In the literature one might find newer assessment scales, however we prefer to use the validated ones. Children's treatment must be multimodal, using all therapeutic tools available in order to prevent repeating the same mistakes.

Key words: Pain. Children. Scales. Therapeutic.

Introdução

O estudo da dor na criança tem sido uma matéria esquecida ao longo dos anos.

Neste sentido podemos referir que, das 1.380 publicações sobre dor realizadas entre 1970-75, só 33 foram dedicadas às crianças¹. Felizmente esta situação tem-se modificado. A partir dos anos 80, assistiu-se a um aumento progressivo de trabalhos e encontros científicos relacionados com a dor pediátrica². Independentemente de se verificar um incremento nas publicações indexadas à *Med-Line* entre 1980 e 2000 (Quadro 1), estas ainda continuam a ser insuficientes dada a complexidade do tema.

A prevalência da dor na criança é no mínimo idêntica à dos adultos, sendo a administração de analgésicos muito inferior. Isto significa que uma percentagem significativa de crianças é tratada de forma inadequada^{3,4}, independentemente de existir uma maior sensibilidade por parte dos pro-

fissionais. Verifica-se que os opióides são pouco utilizados, a analgesia é frequentemente prescrita em SOS através de vias de administração pouco eficazes e seguras, como é o caso da via rectal.

Estudos realizados com pediatras espanhóis, sobre a qualidade da formação no âmbito da dor, demonstraram que 90% destes profissionais tiveram uma formação deficitária e 65% se sentiam incapazes de avaliar correctamente as situações⁵.

São vários os factores responsáveis pela deficiente abordagem terapêutica. Os mais frequentemente referidos na literatura são:

- Preocupação na realização do diagnóstico etiológico, ficando para segundo plano o tratamento precoce da dor¹.
- Mitos referentes à maior tolerância à dor e inexistência de consequências a longo prazo⁶.
- Inadequadas avaliações e reavaliações por parte dos profissionais⁶.
- Crença relativa à imaturidade neuronal da criança e incapacidade para interpretar estímulos nódicos como dor⁷.
- Desconhecimento da farmacologia dos opióides e receio de efeitos adversos como a depressão respiratória ou dependência^{1,6}.
- Falta de tempo para comunicar^{1,6}.

¹Assistente Hospitalar de Anestesiologia

²Interna Complementar de Anestesiologia
Unidade da Dor Crónica e Medicina Paliativa
ULS Matosinhos EPE
Matosinhos, Portugal

Quadro 1. Publicações por ano relacionadas com a dor na criança

Ano	1980	1985	1990	1995	2000
N.º de publicações	17	30	123	195	262

Sabemos hoje que a dor na criança é uma realidade baseada em conceitos neurofisiológicos, neuroanatômicos e neuroquímicos. Está presente desde o nascimento e o seu tratamento é uma obrigação ética e legal, implicando consequências nefastas, caso não seja tratada de forma correcta^{8,9}.

Métodos de avaliação da dor

Não existem métodos suficientemente sensíveis e específicos para quantificar a intensidade da dor. Neste sentido estão descritas múltiplas técnicas, escalas e questionários específicos, que permitem a quantificação de vivências subjectivas dificilmente verbalizadas².

Uma correcta avaliação deve ser concordante com:

- Fase de desenvolvimento da criança.
- Gravidade e cronicidade da doença.
- Procedimentos médicos e cirúrgicos.
- Ambiente médico⁹.

Tesler MD, et al. demonstraram a importância de utilizar escalas adaptadas ao desenvolvimento cognitivo¹⁰.

O conhecimento que a criança tem da dor e o modo como responde encontram-se resumidos no quadro 2¹¹.

Sendo a dor uma experiência sensorial e emocional desagradável, com um importante componente subjectivo, a forma mais correcta para a sua avaliação é o auto-relato. Não obstante, em crianças até aos três anos, este pode ser complexo e inadequado, tornando-se necessário o recurso a outros métodos¹². Através de pesquisas efectuadas na Internet, verificamos que as diferentes instituições hospitalares, face às dificuldades encontradas nesta faixa etária, adoptam protocolos já existentes ou nalguns casos criam a sua própria metodologia¹³⁻¹⁵.

Até aos três anos, recorre-se frequentemente a escalas baseadas em parâmetros fisiológicos e comportamentais, devendo ser preferidas as que já estão validadas¹⁶⁻¹⁸. Estas podem ser usadas pelo clínico, pessoal de enfermagem e, em casos pontuais, pelos pais¹².

Nenhum procedimento é por si só suficiente para avaliar todos os tipos de dor, no entanto, é possível escolher um método fidedigno válido e pratico¹⁹. Na literatura consultada, encontram-se validadas as seguintes escalas: TPPPS²⁰ (*Toddler-Preschooler Postoperative Pain Scale*), OPS²¹ (*Objective Pain Scale*), CHEOPS²² (*Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale*), COMFORT²³ e a DEGR²⁴ (*Douleur Enfants Gustave Roussy*), esta mais específica na avaliação da dor crónica.

Quadro 2. Resposta da criança a dor

Idade	Forma de interpretar a dor
0-3 meses	Não compreende a dor. Talvez se lembre, não havendo evidências de que assim seja. As reacções são de tipo reflexo.
3-6 meses	Reage à dor, acompanhando-se de fenómenos de tristeza e ira.
6-18 meses	Temerosa a situações dolorosas. Começa a localizar e utilizar palavras vinculadas com a dor (au! buu!).
18-24 meses	Utiliza a expressão «dói-me» para indicar mal-estar.
24-36 meses	Começa a descrever a dor e a atribuir uma causa externa.

Adaptado de: Bonica JJ. Terapéutica del dolor; 2001.

Quadro 3. Escala TPPPS

Expressão dolorosa	Comportamentos
Verbal	Queixas de dor e/ou choro Gritos Gemido
Facial	Boca aberta com lábios contraídos Olhos semicerrados Franzir sobrolho
Movimentos corporais	Comportamento motor agitado e/ou contacto com a zona dolorosa

A TPPPS (Quadro 3) é utilizada no pós-operatório para idades compreendidas entre um e cinco anos. Avalia comportamentos por períodos de 1-5 minutos, atribuindo 1 ou 0 pontos consoante estejam presentes ou não. O *score* final é igual à soma dos pontos de todos os comportamentos, considerando-se dor ligeira < 1,17, moderada 1,18-3,00, e severa 3,02-5,33.

As vantagens que apresenta são a boa correlação entre a pontuação obtida por pais e enfermeiros e a eficácia da analgesia instituída. O principal inconveniente é o número de parâmetros a avaliar.

A OPS (Quadro 4) permite avaliar crianças até aos sete anos. Considera as alterações do comportamento e parâmetros fisiológicos, indicando necessidade de terapêutica quando o *score* é igual ou superior a 4.

Entre as vantagens encontram-se: o número de parâmetros avaliados, a simplicidade, a concordância entre os resultados obtidos por diferentes observadores e a correlação da pontuação final com as necessidades analgésicas. A principal desvantagem é o facto de não ser possível aplicá-la a crianças ventiladas mecanicamente.

Entre o primeiro e quinto anos de vida, a CHEOPS (Quadro 5) é uma das escalas comportamentais já validadas. Classifica a dor em ligeira (5-8), moderada (9-11) e severa (12-13).

É uma escala confusa, com dificuldades de aplicação prática e que apresenta o mesmo in-

Quadro 4. Escala OPS (Objective Pain Scale)		
Observação	Critérios	Pontuação
Tensão arterial	Cerca de 10% valores pré-operatórios	0
	20% superior a valores pré-operatórios	1
	30% superior a valores pré-operatórios	2
Choro	Sem choro	0
	Choro ligeiro (confortável)	1
	Inconsolável	2
Movimento	Nenhum	0
	Inquieto	1
	Agitado	2
Agitação	A dormir	0
	Tranquilo mas atento	1
	Descontrolado	2
Postura	Nenhuma	0
	Flexão	1
	Agarrado à zona cirúrgica	2
Queixas verbais	Não refere dor	0
	Refere dor, sem localizar	1
	Localiza dor	2

Quadro 5. Escala CHEOPS		
Item	Comportamento	Pontuação
Choro	Sem choro	1
	Gemidos, choro	2
	Gritos	3
Expressão facial	Sorriso	0
	Neutra	1
	Lacrimação, esgar de dor	2
Verbalização	Sem queixas, positiva	0
	Nenhuma	1
	Outras queixas que não dor	1
Movimento corporal	Queixa de dor	2
	Neutro	1
	Agitação, movimentos desordenados, rigidez	2
Toque da ferida	Nulo	1
	Desejo ou acto de tocar a ferida	1
Extremidades inferiores	Em repouso ou movimentos ocasionais	1
	Movimentos incessantes, pontapear	2
	Em pé, posição genopeitoral, agachado	2

conveniente que a OPS: não tem utilidade em cuidados intensivos.

Em crianças ventiladas, a escala de eleição é a COMFORT (Quadro 6). Para além da resposta ventilatória, avalia também o estado de consciência, agitação, movimentos, tónus muscular, expressão facial e o choro no caso de ventilação espontânea.

A recolha dos dados deverá estar concluída ao fim de dois minutos controlados por relógio, sendo o tónus corporal o último parâmetro a determinar. A medicação analgésica não está contemplada até aos 17 pontos.

A DEGR (*Douleur Enfants Gustave Roussy*) avalia a dor visceral, somática e neuropática e é utilizada em situações de dor crónica. Inclui 10 itens que passamos a descrever.

Item 1 – Posição antiálgica em repouso

Espontaneamente, é evitada ou adoptada uma postura particular para aliviar a tensão de uma zona dolorosa. A avaliação deverá ser feita com a criança em repouso, deitada ou sentada. Não confundir com a atitude antiálgica ao movimento.

Cotação:

- 0 Ausência de posição antiálgica.
- 1 Parece evitar certas posições.
- 2 Evita certas posições, mas sem ficar incomodada.
- 3 Adota posição antiálgica evidente, que lhe proporciona algum alívio.
- 4 Procura posição antiálgica sem sucesso.

Item 2 – Expressividade facial

Avalia a capacidade em reprimir e transmitir certos sentimentos e emoções com a expressão facial, olhar e alterações do tom de voz.

Cotação:

- 0 Criança activa, dinâmica e feliz.
- 1 Aparentemente afectada.
- 2 Pelo menos um dos seguintes sinais presentes: traços do rosto pouco expressivos, olhar triste, voz monótona, lentificação verbal.
- 3 Apresenta vários dos sinais mencionados na cotação 2.
- 4 Fácies inexpressivo, olhar distante, fala com esforço.

Item 3 – Protecção espontânea das zonas dolorosas

Evita constantemente o contacto com pontos dolorosos.

Cotação:

- 0 Não demonstra qualquer preocupação em se proteger.
- 1 Evita movimentos súbitos.
- 2 Protege-se evitando e desviando-se de algo que a possa tocar.
- 3 Preocupa-se em evitar qualquer contacto com uma região específica do seu corpo.
- 4 Toda a atenção está voltada para a protecção da zona dolorosa.

Item 4 – Queixas somáticas

Este item refere-se ao modo como a criança verbaliza a dor, espontaneamente ou quando questionada durante a observação.

Cotação:

- 0 Sem queixas.
- 1 Queixas neutras (sem expressão afectiva e sem esforço em comunicar).
- 2 Fácies expressiva que acompanha a queixa ou verbalização da dor.
- 3 Cotação 2 mais: chamada de atenção para informar que dói, pedido de analgesia.

Quadro 6. Escala COMFORT		
Item	Comportamento	Pontuação
Estado de consciência	Sono profundo (olhos fechados, sem resposta a alterações do ambiente)	1
	Sono superficial (olhos quase sempre fechados, respostas ocasionais)	2
	Sonolento (fecha os olhos frequentemente, menor resposta ao ambiente)	3
	Acordado e alerta (reage ao ambiente)	4
	Acordado e hiperalerta (resposta exagerada a estímulos ambientais)	5
Agitação	Calma (aparentemente serena e tranquila)	1
	Ligeiramente ansiosa	2
	Ansiosa (agitada mas controlada)	3
	Muito ansiosa (muito agitada, difícil de controlar)	4
	Em pânico (impossível de controlar)	5
Resposta ventilatória (só em crianças em ventilação mecânica)	Sem respiração espontânea	1
	Respiração espontânea e mecânica	2
	Agitação ou resistência ao ventilador	3
	Movimentos respiratórios activos contra ventilador ou tosse frequente	4
	Luta contra ventilador	5
Choro (só na criança em ventilação espontânea)	Respiração tranquila, sem choro	1
	Choro ou gemidos ocasionais	2
	Gemido monótono	3
	Choro	4
	Gritos estridentes	5
Movimentos corporais	Sem movimentos	1
	Movimentos ligeiros ocasionais (menor ou igual a 3)	2
	Movimentos ligeiros frequentes (mais de 3)	3
	Movimentos vigorosos limitados às extremidades	4
	Movimentos vigorosos incluindo cabeça e tronco	5
Tónus muscular	Músculos relaxados	1
	Tónus muscular diminuído, menor resistência que normal	2
	Tónus muscular normal	3
	Aumento do tónus muscular, flexão das mãos e pés	4
	Rigidez muscular, flexão das mãos e pés	5
Expressão facial	Músculos faciais totalmente relaxados	1
	Tónus facial normal	2
	Aumento do tónus em alguns grupos musculares	3
	Aumento do tónus em muitos grupos musculares	4
	Músculos faciais contraídos, esgar	5

4 Informa que dói com gemido, choro ou voz suplicante.

Item 5 – Atitude antiálgica com o movimento

Apresenta atitudes de defesa perante a solicitação de movimentos. Não confundir com a lentidão ou diminuição na frequência de movimentos.

Cotação:

- 0 Não demonstra qualquer incómodo a movimentar o corpo, com movimentos suaves.
- 1 Incómodo ligeiro, falta de naturalidade nos movimentos.
- 2 Evidencia cuidado com certos gestos.
- 3 Mobiliza-se com precaução e cuidado, evitando de forma explícita certos movimentos.
- 4 Deve ser assistida para realizar os movimentos mais dolorosos.

Item 6 – Desinteresse pelo meio ambiente

Traduz a relação com o meio externo.

Cotação:

- 0 Motivada, interessa-se pelo meio ambiente, permanece atenta e consegue-se distrair.
- 1 Interessa-se pelo meio que a rodeia mas não evidencia entusiasmo.

2 Aborrecida mas estimulável.

3 Deambula lentamente, olhar passivo, incapaz de participar em jogos.

4 Apática e indiferente ao meio ambiente.

Item 7 – Oposição à mobilidade passiva

Controlo exercido no momento da mobilização.

Cotação:

- 0 Sem dificuldades.
- 1 Dirige olhar quando mobilizada.
- 2 Cotação 1 mais necessidade de cuidados à mobilização.
- 3 Para além da cotação 2, a criança guia ou retira a mão do cuidador.
- 4 Opõe-se a qualquer iniciativa de mobilização.

Item 8 – Localização das zonas dolorosas

Refere-se ao modo como a criança localiza as zonas dolorosas.

Cotação:

- 0 Ausência de localização.
- 1 Assinala verbalmente sensação dolorosa em zona indefinida.
- 2 Para além da cotação 1, aponta com gesto vago a zona dolorosa.

- 3 Localiza com a mão a zona dolorosa.
- 4 Cotação 3 mais descrição precisa do local da dor.

Item 9 – Resposta ao exame físico

Resposta das zonas dolorosas ao exame físico.
Cotação:

- 0 Ausência de reacção.
- 1 Pequena resistência ao exame.
- 2 Mostra sinais como crispação, esgar de dor ou choro intenso.
- 3 Para além da cotação 2 apresenta alterações da tonalidade da face, transpiração ou tentativa de suspender o exame.
- 4 Impossível de realizar devido às reacções da criança.

Item 10 – Alteração nos movimentos

Avalia a lentificação dos movimentos espontâneos.

Cotação:

- 0 Movimentos amplos, enérgicos, rápidos e variados.
- 1 Ligeira lentificação.
- 2 Presença dum dos seguintes sinais: lentificação dos gestos, restrição dos movimentos, pouca iniciativa em se movimentar.
- 3 Simultaneamente vários dos sinais da cotação 2.
- 4 Impossibilidade em tocar a criança.

Tratamento

O objectivo principal da correcta avaliação da dor tem a ver com a sua prevenção^{25,26}. No que diz respeito à dor pós-operatória, as modalidades terapêuticas geralmente utilizadas são: anestesia tópica, infiltração da ferida operatória, analgesia regional e analgesia sistémica⁹. Os pais devem ser envolvidos nos protocolos, aprendendo técnicas e adoptando comportamentos de forma a ajudar os filhos e reduzir a ansiedade e o desconforto de ambos²⁵.

Anestesia tópica

Indicada especialmente em procedimentos com agulha como punção lombar, mielograma, biópsias, vacinação e punções venosas. Habitualmente recorre-se à mistura de prilocaína e lidocaína (EMLA). A sua utilidade também está demonstrada na sutura de lacerações num contexto emergente⁹.

Infiltração da ferida operatória

A bupivacaína e outros anestésicos locais de longa duração podem ser utilizados em procedimentos como cirurgia inguinal, colocação de cateteres venosos centrais com ou sem sistemas de reservatório e inserção de *shunts* ventriculoperitoneais. Esta modalidade terapêutica é de particular utilidade em crianças pequenas, melhorando o pós-operatório principalmente quan-

do associada a analgésico como o paracetamol^{9,27} ou outros.

Analgesia regional

Deve ser usada sempre que possível, desde que não existam contra-indicações. Entre estas, destacamos: infecção no local da punção, quadros sépticos, coagulopatias, inexperiência do anestesista e a recusa dos pais.

As técnicas habitualmente utilizadas são a analgesia epidural, subaracnoideia, bloqueio de plexos e nervos periféricos. Vários estudos demonstraram eficácia semelhante entre o bloqueio de nervos periféricos e o bloqueio do plexo inguinal, peniano e caudal⁹. Por outro lado, os efeitos laterais da analgesia epidural não podem ser descurados: retenção urinária, fraqueza dos membros inferiores, taquifilaxia, hematoma ou abscesso epidural e administração subaracnoideia acidental. Uma das contra-indicações relativas desta técnica é a sua utilização nas vítimas de trauma, pelo risco acrescido de desenvolvimento de síndromes compartimentais não-diagnosticadas. Para além dos anestésicos locais, podem ser administrados opióides por via epidural e/ou subaracnoideia. O risco de depressão respiratória tardia na utilização destas vias implica o estabelecimento de *guidelines* de monitorização, facto que em alguns centros limita a sua utilização (p. ex. cirurgia de ambulatório)²⁷.

A terapêutica pode ser administrada em *bolus* ou perfusão contínua. Existe controvérsia relativamente à perfusão, considerada de elevado risco em pediatria. São referidos potenciais erros na prescrição, nas diluições, mau funcionamento do equipamento e extravasamento de fluidos, obrigando a cuidadosa monitorização. A principal desvantagem da administração em *bolus* é a analgesia inadequada.

O quadro 7 apresenta um exemplo de esquema terapêutico para perfusão contínua⁹.

Analgesia sistémica

Opióides

Excepto a meperidina, todos os opióides podem ser utilizados na criança. São considerados analgésicos potentes e nalgumas situações os seus efeitos sedativos e ansiolíticos são vantajosos. As doses deverão ser individualizadas e adaptadas a cada paciente. O risco de efeitos laterais como a depressão respiratória, pode levar à redução da sua prescrição. Este receio no entanto pode ser ultrapassado modificando a via de administração, estabelecendo protocolos analgésicos e recorrendo a uma vigilância e monitorização adequadas.

Entre as vias de administração, tanto a intramuscular como a subcutânea encontram-se associadas a desconforto e dor, depreciando o modo como é encarada a instituição hospitalar e os prestadores de cuidados. Podem ser utili-

Quadro 7. Exemplo de perfusão de opióides e anestésicos locais via epidural

- Adicionar 0,5 mg morfina para administração epidural a 50 ml de bupivacaína 0,125% (solução de morfina 10 µg/ml). Perfundir a 0,1-0,4 ml/kg/h (morfina 1-4 µg/kg/h).
- Adicionar 100 µg de fentanil a 50 ml de bupivacaína 0,125% (solução de fentanil 2 µg/ml). Perfundir a 0,1-0,4 ml/kg/h.

Quadro 8. Potência relativa dos opióides

Fármaco	Potência em relação a morfina	Bolus	Infusão contínua iv.
Tramadol	0,1	1-2 mg/kg	
Morfina	1	0,05-0,2 mg/kg	10-40 µg/kg
Hidromorfina	5	0,01-0,03 mg/kg	
Alfentanil	10	5-10 µg/kg	1-4 µg/kg/min ou TCI*
Fentanil	50-100	0,5-1 µg/kg	0,1-0,2 µg/kg/min
Remifentanil	50-100	0,1-1 µg/kg	0,05-4 µg/kg/min ou TCI*
Sufentanil	500-1.000	0,025-0,05 µg/kg	TCI*

*TCI: *Target Controlled Infusion*

Quadro 9. Doses de AINE em crianças

Fármaco	Dose	Dose máxima diária
Diclofenac	1 mg/kg	3 mg/kg
Ibuprofeno	10 mg/kg	40 mg/kg
Indometacina	1 mg/kg	3 mg/kg
Ketorolac	0,5 mg/kg	2 mg/kg
Naproxeno	7,5 mg/kg	15 mg/kg
Piroxicam	0,4 mg/kg	0,4 mg/kg

zadas outras vias: endovenosa, oral, sublingual, transdérmica, intranasal e a perfusão contínua ou N/PCA (*Nurse ou Parent Controlled Analgesia*). A PCA (*Patient Controlled Analgesia*) deve ser evitada até ao quinto ano de idade⁹.

A potência relativa dos opióides, tomando como referência a morfina, encontra-se descrita no quadro 8²⁷.

Anti-inflamatórios não-esteróides (AINE)

São importantes na prevenção e tratamento da dor ligeira e moderada, particularmente quando associada a processos inflamatórios. Resultam mais eficazes em combinação com outros analgésicos, permitindo reduzir tanto as necessidades como os efeitos laterais dos opióides. Deverão ser evitados até aos seis meses de idade, assim como em situações de hipovolemia, desidratação, falência hepática e renal, alterações da coagulação, úlcera péptica, risco significativo de hemorragia e casos de alergia a aspirina e AINE. O quadro 9 descreve as doses dos AINE mais utilizados⁹.

Paracetamol

Este fármaco possui uma acção analgésica e antipirética. Pode ser administrado de forma iso-

lada na prevenção e tratamento da dor ligeira a moderada, sendo amplamente recomendado por ter demonstrado um efeito poupador de opióides.

Por via intravenosa deve ser administrado em perfusão contínua em doses de 15 mg/kg em intervalos de quatro a seis horas, sendo a dose máxima diária de 60 mg/kg. Na administração oral, a dose pode atingir os 20 mg/kg até aos três meses de idade, com intervalos de oito em oito horas. A partir de esta idade, a dose recomendada por esta via é de 15 mg/kg em intervalos de quatro em quatro horas⁹.

Conclusão

A subjectividade da dor, e por vezes a incapacidade de verbalização nesta faixa etária, transformam o diagnóstico dos quadros dolorosos num desafio clínico. As escalas comportamentais validadas representam uma das múltiplas e variadas metodologias disponíveis hoje em dia, tanto para detecção precoce da dor como para a instituição de uma terapêutica adequada. Desta forma consegue-se não só assegurar o máximo conforto pelo maior período de tempo, como também uma redução nos efeitos laterais e um regresso precoce à actividade escolar.

O esquema terapêutico, para além de ser multimodal e instituído por equipas multidisciplinares, deverá ter em conta: 1) uma adequada avaliação tanto da criança como da família, 2) a reavaliação da dor e os seus efeitos e 3) a elaboração de um plano diário adequado a cada caso.

Neste contexto, a elaboração de protocolos de avaliação e esquemas terapêuticos adequados aos diferentes quadros clínicos pode ser o primeiro passo para adoptar uma atitude humana e eticamente desejável na prevenção e tratamento da dor na criança.

Bibliografia

1. Aliaga L, Baños JE, Barutell C, Molet J, de la Serna AR. Tratamiento del dolor. Teoría y práctica. Capítulo 13. Segunda edición. 2002. p. 183-218.
2. Villoria M, Árias M. Estudio y tratamiento del dolor agudo y crónico. Capítulo 31. Segunda edición. 1995. p. 611-21.
3. Schechter NL, Berde CB, Master M. Pain in infants, children, and adolescents: an overview. Em: Schechter NL, Berde CB, Master M, eds. Pain in infants, Children, and Adolescents. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1993. p. 3-9.
4. Breau LM, Hons BA, Finley GA, McGrath PJ, Camfield CS. Validation of the Non-communicating Children's Pain Checklist – Postoperative Version. *Anesthesiology* 2002;96:528-35.
5. Millán Millán MJ, Reinoso Barbero F, Díaz Miguel MP, et al. Clinical characteristics of children with chronic pain in a pediatric pain unit: oncologic pain *versus* non-oncologic pain. *An Pediatr* 2003;58(4): 296-301.
6. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The Assessment and Management of Acute Pain in Infants, Children, and Adolescents. *Pediatrics* 2001;108:793-7.
7. Schechter NL. Recurrent pains in children: An overview and approach. *Pediatric Clinics of North America*;31(5):949-68.
8. Walco GA, Cassidy RC, Schechter NL. Pain, hurt, and harm: the ethics of pain control in infants and children. *N Engl J Med* 1994;331:5541-4.
9. Morton NS. Prevention and control of pain in children. *Br J Anaesth* 1999;83:118-29.
10. Tesler MD, Savedra MC, Holzemer WL, Wilkie DJ, Ward JA, Paul SM. The wordgraphic rating scale as a measure of children's and adolescents' pain intensity. *Research in Nursing and Health* 1991;14:361-71.
11. Bonica JJ, Loeser JD, Butler SH, Turk DC. Terapéutica del dolor, Traducción de la Tercera Edición Inglesa; 2001, capítulo 44, 947-65.
12. International Association for the Study of Pain. Pain Measurement in Children. *Pain* 1995;3:2.
13. Peden V, Vater M, Choonara I. Validating the Derbyshire Children's Hospital Pain Tool: a pilot study. *Pediatric Anaesthesia* 2003;13:109-13.
14. Pain control Service, GOSH (Great Ormond Street Hospital for Children) NHS Trust, Oct 2001.
15. Stewart B, Lancaster G, Lawson J, Williams K, Daly J. Validation of the Alder Hey Triage Pain Score. *Archives of Disease in Childhood* 2004;89:625-30.
16. Van Dijk M, Peters JW, van Deventer P, Tibboel D. The COMFORT Behaviour Scale: a tool for assessing pain and sedation in infants. *Am J Nurs* 2005;105(1):33-6.
17. The Royal College of Nursing. The recognition and assessment of acute pain in children. Clinical Practice Guidelines. Oxford: RCN; 1999.
18. The Royal College of Paediatrics and Child Health. Recognition and assessment of acute pain in children. Guidelines for Good Practice. London: RCPCH; 2001.
19. Morton N. Pain assessment in children. *Paediatr Anaesth* 1997; 7:267-72.
20. Tarbell SE, Cohen IT, Marsh JL. The Toddler-Preschooler Postoperative Pain Scale: An observational scale for measuring postoperative pain in children aged 1-5. *Pain* 1992;50:273.
21. Hannallah RS, Broadman LM, Belman AS, Abramowitz MD. Comparison of caudal and ilioinguinal/iliohypogastric nerve blocks for control of post orchiopexy pain pediatric ambulatory surgery. *Anesthesiology* 1987;66:832-4.
22. McGrath P, Johnson G, Goodman JT, Schillinger J, Dunn J, Chapman J. CHEOPS: A behavioural scale for rating postoperative pain in Children. Em: Fields HL, Dubner R, Cervero F, eds. Advances in pain research and therapy. New York: Raven Press. p. 395-402.
23. Ambuel B, et al. Assessing distress in pediatric intensive care environments: The COMFORT scale. *J Pediatr Psychol* 1992;17(1):95-109.
24. Gauvain-Piquard A, Rodary C, Rezvani A, Lemerle J. Pain in children aged 2-6 years: a new observational rating scale elaborated in a pediatric oncology unit—preliminary report. *Pain* 1987;31(2):177-88.
25. Zempsky WT, Achechter NL. What's new in the management of pain in children. *Pediatrics in Review* 2005;24(10):337-48.
26. Mathew PJ, Mathew JL. Assessment and management of pain in infants. *Postgrad Med J* 2003;79:438-43.
27. Lonnqvist PA, Morton NS. Postoperative analgesia in infants and children. *Br J Anaesth* 2005;95:59-68.

Dor no Doente com Alterações Cognitivas

Teresa Rebelo¹ e Carmen Oliveira²

Resumo

Sendo a dor uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesão tecidual actual ou potencial ou descrita em função dessa lesão (IASP), é uma entidade predominantemente subjectiva, que de algum modo pretendemos objectivar. Para tal dispomos de alguns métodos de uniformização, para que a avaliação seja a mais correcta possível. Se esta tarefa já é difícil, os problemas potencializam-se nos doentes com défices cognitivos, na sua maioria incapazes de descrever a dor, levando a uma subvalorização do quadro e consequente subtratamento. Embora sejam poucos os trabalhos publicados, as escalas de comportamento continuam a ser o método mais usado para avaliação da dor nestes doentes. Um grupo particularmente estudado é o dos idosos com demência, enquanto as crianças ainda nos impõem muitas limitações. Um instrumento fiável e prático que permita o correcto manuseio da dor continua a ser sonho que todos os clínicos gostariam de tornar realidade.

Palavras-chave: Dor. Défice cognitivo. Avaliação.

Abstract

Pain is defined as an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage or described in terms of such damage. In other words, it is a subjective concept which the clinician attempts to objectivate. For this purpose there are assessment tools one can use in order to perform the most correct approach to pain evaluation. If this assessment is difficult on a regular basis, it becomes even more of a challenge in the cognitive impaired patient, frequently leading to under evaluation and under treatment. Few examples can be found in published literature which concern this subject; notwithstanding, behavioural assessment tools are the most recommended. The adult cognitive impaired patient is better studied than the younger, leading to crucial limitations when evaluating an impaired child's pain. The search for a practical and reliable instrument is far from being concluded, but continues at the expense and perseverance of some.

Key words: Pain. Cognitive deficits. Assessment.

Introdução

A correcta abordagem da dor passa pela avaliação da mesma pelos profissionais que cuidam do doente. O recurso a linguagem adequada mas simples e metodologia amplamente divulgada são as formas mais eficazes para obter resultados consistentes e continuados e diminuir o risco de confusão e erros¹.

Dado o carácter subjectivo e multidimensional da dor, a auto-avaliação é o método mais fide-

digno para a sua caracterização, no entanto existem doentes incapazes de se expressar de uma forma clara e precisa² (crianças até aos três anos e doentes com défices cognitivos). Torna-se então necessário o recurso a outros métodos ou instrumentos para identificar e tratar estes doentes impedindo o seu sofrimento³ e o não-diagnóstico de situações potencialmente fatais.

Existem poucos trabalhos sobre doentes com défices cognitivos, contudo aqueles que se debruçaram sobre esta temática referem que 25% destes doentes apresentam limiar de dor aumentado e apresentam frequentemente comportamentos paradoxais (simulação de comportamentos de dor sem a sentirem e comportamentos de auto-agressão).

O não-tratamento da dor apresenta consequências nefastas na qualidade de vida dos doentes,

¹Assistente Hospitalar de Anestesiologia

²Interna Complementar de Anestesiologia

Unidade da Dor Crónica e Medicina Paliativa

ULS Matosinhos EPE

Matosinhos, Portugal

nomeadamente alterações da função imune, alterações psicológicas (depressão, ansiedade, medo), alterações da função motora (quedas, diminuição na recuperação motora, limitação da mobilidade), perturbações do sono e funções cognitivas e sociais diminuídas⁴. Por outro lado, a sedação provocada por medicação excessiva predispõe à diminuição da actividade, promovendo maior declínio funcional, quedas e úlceras de pressão⁵. Estas consequências podem resultar em maior dependência e fragilidade, com custos de saúde acrescidos (aumento do tempo de internamento e idas mais frequentes ao hospital), tornando-se o impacto da dor na qualidade de vida destes doentes um elemento difícil de determinar.

A dificuldade de avaliação ainda é maior no caso da criança com défices cognitivos¹. Este problema levou à criação de vários métodos, mas nem todos conseguiram ser validados⁶.

Dos adultos, os mais difíceis de avaliar são os que estão gravemente doentes e aqueles com demência. Estes grupos apresentam elevado risco para o não-diagnóstico e não-tratamento da dor^{1,7}. A avaliação fica assim, muitas vezes, reduzida a parâmetros comportamentais, fisiológicos e baseados na experiência clínica. Além disto, é realizada por elementos da equipa médica com limitações de tempo e deficiente percepção das necessidades individuais destes doentes⁷. A conjugação destes factores leva a que adultos com défices cognitivos incapazes de comunicar, desorientados e com limitações funcionais recebam menos medicação analgésica que doentes capazes de comunicar, no mesmo contexto clínico⁴.

Avaliação da dor

A dor (5.º sinal vital) deve ser avaliada com a mesma frequência com que se avaliam os outros sinais vitais. Existem algumas barreiras que limitam a avaliação da dor, nomeadamente a incapacidade do doente em a referir e caracterizar. Por outro lado, a controvérsia relativamente a alterações do sistema nervoso central que podem influenciar a transmissão do estímulo doloroso, leva à crença de que doentes com défices cognitivos sentem dor com menor intensidade.

As alterações cognitivas caracterizam-se pela deterioração de pelo menos um dos seguintes factores: memória, atenção, linguagem, comportamento e capacidades espaciais visuais. Os défices cognitivos são habitualmente classificados com base no QI⁸ (coeficiente de inteligência) em:

- Ligeiros: 50-70.
- Moderados: 35-49.
- Graves: 20-34.
- Profundos: < 20.

Alguns sistemas internacionais^{9,10} categorizam os défices cognitivos com base na idade mental:

- Ligeiros: idade mental entre nove e 12 anos.
- Moderados: entre seis e nove anos.
- Graves: idade mental entre três e seis anos.
- Profundos: idade mental inferior a três anos.

O atraso mental surge na infância e caracteriza-se por limitação quer da inteligência quer das capacidades adaptativas, estando o indivíduo desajustado relativamente ao meio que o rodeia. As causas podem ser divididas em biomédicas, sociais e comportamentais, e originadas por factores de risco educacionais que interagem durante a vida dum indivíduo e/ou através de gerações. As diferentes categorias são baseadas em resultados de testes cognitivos adaptados à idade.

Na avaliação da dor nestas populações existem alguns pontos a considerar:

- Um procedimento ou patologia que origine dor num doente sem défices cognitivos irá provavelmente provocar dor em doentes com défices cognitivos, demência ou imobilizados.
- Parâmetros fisiológicos são bons indicadores de dor aguda mas não de dor persistente.
- Alterações do comportamento indicam dor aguda e por vezes dor persistente.
- Os familiares são importantes para esclarecer ou relacionar comportamentos na presença de dor.
- A sensibilidade para as necessidades dos doentes facilita a avaliação e tratamento da dor.
- Abordagem sistemática e consistente é a chave para abordagem correcta da dor em qualquer população. Importa também ressaltar que a necessidade de efectuar registos adequados tem implicações humanas, éticas e legais. Se a avaliação da dor não for registada, considera-se que nunca foi feita⁷.

A avaliação baseada somente em parâmetros fisiológicos não é fiável, uma vez que alterações de pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e sudação são sinais que podem indicar tanto a presença de episódio agudo de dor, bem como situações de stress, distensão vesical ou fome. Por outro lado, não estão presentes na dor crónica ou persistente⁷.

Como já foi referido, a auto-avaliação deve ser instituída, mas para tal é necessário que o doente perceba as questões colocadas e consiga recordar e interpretar correctamente estímulos nociceptivos como episódios dolorosos. É importante perguntar usando diferente terminologia, não somente se dói, mas também se se sente desconfortável, dorido ou magoado. Saber o vocabulário que estes doentes usam quando sentem dor ajuda nas avaliações e diagnósticos posteriores.

Algunas das medidas mais simples passam por adaptar escalas já existentes (Escala Horizontal 0-10¹ ou a *Faces Pain Scale*¹¹) e contextualizar a linguagem à realidade dos doentes¹².

Alguns artigos referem que doentes com défices cognitivos ligeiros a moderados são capa-

zes de auto-relatar a dor de uma forma válida e fiável ou apontar o local doloroso¹³. No entanto, mesmo nestes indivíduos, as alterações da memória de curta duração levam a que não se lembrem de vários episódios dolorosos, acabando por não se fazer o seu diagnóstico⁷. Verificou-se também que, apesar de serem capazes de colaborar, os doentes com demência referem menos dor quando comparados com os que não apresentam esta doença¹⁴.

Nos doentes incapazes de verbalizar, a análise das alterações dos comportamentos e actividade são a melhor estratégia para avaliação da dor. Devemos, pois, pesquisar os comportamentos tidos como típicos: expressão facial, verbalização, vocalização, movimentos corporais, alterações na relação interpessoal, mudanças nas actividades diárias ou rotinas e mudanças de humor. Quando estes estão ausentes ou são de difícil interpretação, é importante estar alerta para indicadores menos óbvios de dor e avaliá-la com a actividade. O comportamento e actividade habituais devem ser sempre estabelecidos para permitir reconhecer desvios, possíveis indicadores de situações dolorosas¹⁵.

Toda esta observação é subjectiva, tendo-se constatado que os médicos e enfermeiros subvalorizam a dor, enquanto os cuidadores a sobreevalorizam⁴.

Neste contexto estão descritos variados métodos que exigem grande esforço para a sua implementação. Referimos uma mnemónica criada com o objectivo de ajudar na sistematização da avaliação da dor pelos cuidadores, a BODIES¹⁴. Esta mnemónica significa: B, quais os comportamentos observados (*Behaviours*); O, com que frequência (*Often*); D, qual a duração (*Duration*); I, qual a intensidade (*Intense*); E, no caso de estar medicado se o tratamento foi eficaz (*Effective*); S, o que iniciou/terminou o comportamento (*Start/Stop*).

Para registo por parte dos familiares, existe uma escala validada com enfermeiros: *Non-Communicative Patients Pain Assessment Scale* (ver adiante).

Crianças

A avaliação da dor nas crianças é sempre delicada e difícil, estando dependente do nível de desenvolvimento cognitivo e capacidades psicossociais.

As alterações neurológicas podem limitar a capacidade de comunicar e compreender a situação dolorosa. Não existem dados que permitam afirmar que as crianças com défices cognitivos apresentem maior tolerância à dor ou sensibilidade diminuída, sendo-lhe insensíveis ou indiferentes. Pelo contrário, estas crianças apresentam risco aumentado de experiências dolorosas frequentes, não reconhecidas e não tratadas¹⁶. Um estudo concluiu que a dor raramente era avaliada em crianças com défices cognitivos após ci-

urgia de coluna, verificando-se a existência de grande disparidade na administração analgésica entre crianças com e sem défices¹⁷.

Nestes doentes, a avaliação da dor depende de terceiros, grupo onde os pais devem ser incluídos. Estes, detectaram dor moderada a grave em dois terços das crianças durante pelo menos um dia, num período de duas semanas¹⁶. De ressaltar que nenhuma destas crianças se encontrava sob medicação analgésica. Pensa-se que, ao contrário dos doentes mais idosos, os pais subvalorizam a dor das crianças¹⁸.

Existem tentativas para validar novos instrumentos de avaliação como são os casos da NCCPC *Non-Communicating Children's Pain Checklist* (NCCPC), da Escala *San Salvadour* e da *Face Legs Activity Cry Consolability Scale* (FLACC).

A NCCPC é usada para medir a dor em crianças com deficiências cognitivas profundas^{16,19}, avaliando a frequência com que foram observados certos comportamentos durante um período de 10 minutos. Estes incluem vocalização, integração social, expressão facial, actividade, movimentos do corpo e membros e aspectos fisiológicos que são pontuados de 0 a 3. Foi inicialmente criada para crianças dos três aos 18 anos e pode ser usada independentemente da criança apresentar défices motores. O seu uso não implica conhecimento prévio da criança. Um *score* maior ou igual a 11 implica a presença de dor moderada a severa e *scores* de seis a 11, dor ligeira.

A Escala *San Salvadour* é outra escala de avaliação para crianças com limitações²⁰. São registados 10 itens: choro e/ou grito, reacção de defesa, mímica de dor, protecção de zonas dolorosas, gemidos ou choro silencioso, interesse pelo ambiente envolvente, alterações do tónus, capacidade de interacção, intensificação de movimentos espontâneos e posição de defesa espontânea. A pontuação é obtida retrospectivamente durante oito horas de acordo com: 0, manifestações habituais; 1, alteração duvidosa; 2, alteração visível; 3, alteração apreciável; 4, alteração extrema. Qualquer item não aplicável à criança em questão não deve ser pontuado. Com um valor superior a seis, a presença de dor é inquestionável e deve ser instituído tratamento. Pontuações de dois a seis oferecem muitas dúvidas. A avaliação pressupõe a resposta da criança durante o exame físico, o sono e estado basal, e correlaciona-se com o nível de autonomia.

A FLACC avalia a expressão facial, movimentos dos membros inferiores, actividade, choro e facilidade com que é consolada. Atribui-se um valor de 0 a 2 e se o resultado obtido for zero, representa uma criança relaxada sem dor, se for de 1 a 3 representa desconforto moderado, de 4 a 6 já significa a existência de dor moderada, e de 7 a 10 dor grave. As crianças são observadas em repouso e durante o movimento para avaliar possíveis alterações. A escala foi desen-

volvida inicialmente para avaliação de dor no pós-operatório, mas foi testada nas crianças com défices cognitivos, tendo sido validada num estudo realizado²¹.

Continua ainda a ser muito reduzido o número de trabalhos acerca da avaliação da dor na criança, e destes, a grande maioria não contempla as crianças com limitações cognitivas²².

A avaliação destes doentes deve ser individualizada envolvendo os médicos, enfermeiros e pais. O incorrecto tratamento da dor origina desconforto e sofrimento desnecessários para as crianças, bem como aumenta receios, frustrações, desequilíbrios emocionais e de saúde nos progenitores.

Idosos

Os doentes idosos são os que mais frequentemente procuram assistência e cuidados de saúde devido à maior prevalência de patologias progressivas relacionadas com a idade, apresentando frequentemente dor crónica e aguda^{7,15}.

A definição de doente idoso é arbitrária e está em constante mudança. A tendência é definir o idoso como o indivíduo reformado, definição que terá de ser revista com a alteração da idade de reforma. Estima-se que cerca de 15% dos doentes idosos sofram de défices cognitivos.

As causas mais comuns de dor/desconforto no idoso são a obstipação, inflamação, infecção, fracturas, úlceras de pressão e mudanças de pensos. No âmbito da dor crónica, são de considerar a osteoartrite (presente em 80% dos idosos), a neuralgia pós-herpética, as neuropatias periféricas e as síndromes miofasciais, entre outras.

Estudos em doentes idosos sem défices cognitivos, residentes em lares, mostraram que 45 a 83% dos doentes referiu dor, sendo a dor constante em 34%¹⁵.

Outros trabalhos alertam para o facto de as deficiências cognitivas poderem mascarar e exacerbar a dor²². Nestes doentes, a presença de deficiências está associada muitas vezes com síndromes depressivas e alterações da conduta que incluem comportamentos agressivos e vocalizações negativas²². Os comportamentos mais frequentemente observados são esgares de dor, agitação e inquietação, mas sempre em menor quantidade que nos doentes sem alterações cognitivas⁷.

Factores que podem limitar a avaliação nesta população incluem capacidade diminuída de relatar dor, preocupações dos cuidadores relativamente a dependência farmacológica e depressão respiratória, farmacocinética alterada devido à idade, mitos e estereótipos relacionados com dor e envelhecimento e, por fim, problemas de recursos. Os mitos mais frequentes são a dor estar integrada no processo normal de envelhecimento, a medicação analgésica provocar dependência e receio da medicação deixar de surtir efeito.

Vários estudos indicam que aos doentes com défices cognitivos residentes em lares é administrada medicação analgésica com menor frequência e em dose mais reduzida, quando comparados com os restantes²³. Dos doentes com défices, os que se apresentam mais ausentes, desorientados e com incapacidades funcionais recebem menos analgesia, quer por parte dos médicos quer pelos enfermeiros²³. Os mesmos resultados foram obtidos em doentes com fractura da bacia: os que tinham alterações cognitivas receberam menos de metade da morfina do que aqueles com funções superiores normais^{24,25}.

Em 1993, foi publicado um trabalho no qual 50% das enfermeiras concordavam com a observação de que «se o doente se apresentar confuso, a avaliação da dor tem valor reduzido»²⁶. No mesmo ano, um artigo sobre a eficácia da avaliação por parte dos médicos mostrou elevada taxa de não-diagnóstico de dor em doentes idosos com capacidade de comunicação, sendo esta ainda maior em doentes incapazes de verbalizar¹³.

Resultados de vários estudos focam as dificuldades na avaliação da dor nos doentes com défices cognitivos e a falta de conhecimento entre os cuidadores acerca da abordagem eficaz da dor²³.

Existem dados que permitem concluir que a maioria dos idosos com normal ou moderada alteração da função cognitiva, bem como alguns com alteração severa, são capazes de utilizar escalas de auto-avaliação para medir a dor²⁷. Os doentes com ou sem alterações cognitivas preferem a *Verbal Descriptor Scale* (VDS) ou *Iowa Pain Thermometer* (IPT) para avaliar a dor, contudo a fiabilidade das escalas não está demonstrada.

Também para esta faixa etária são várias as tentativas para criar escalas de comportamentos que permitam uma correcta abordagem destes doentes. Entre elas encontram-se: *Discomfort in Dementia of the Alzheimer's Type* (DS-DAT), *Modified DS-DAT*, *Checklist of Nonverbal Pain Indicators* (CNPI), *Assessment of Discomfort in Dementia* (ADD), *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD), *Pain Assessment for the Dementing Elder* (PADE), *Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument* (NOPPAIN), *Nonverbal Behavioral Pain Scale*, *Behavioral Pain Assessment for Dementia Persons* e *DOLOPLUS 2* (mais para uso no contexto de dor crónica, mas ainda não validada).

A *Assessment of Discomfort in Dementia* (ADD) é um protocolo que avalia a dor física e o desconforto psíquico e social. Não foi desenvolvido com o intuito de objectivar ou avaliar intensidade da dor, estando estruturado em seis passos que incluem o exame físico, revisão da história, avaliação afectiva, implementação de medidas de conforto, medicação analgésica e pedido de colaboração com outras especialidades. Os parâmetros avaliados são a expressão

facial, queixas verbais, movimentos corporais, humor e alterações do comportamento habitual. É um procedimento dispendioso em termos de tempo de implementação, com necessidade de documentação adequada, sendo necessário aprendizagem específica por parte dos observadores.

A *Discomfort in Dementia of the Alzheimer's Type* (DS-DAT) é um instrumento, tal como a ADD, de avaliação de desconforto em doentes com demência. Foi posteriormente estudada numa tentativa de avaliar a dor. A sua aplicação consiste na observação da presença/ausência e gradação em frequência, intensidade e duração de nove itens: respiração ruidosa, vocalizações negativas, expressões faciais de satisfação, tristeza ou medo, músculos relaxados ou contraídos, «testa enrugada» e agitação. Necessita de tempo para ser realizada – cinco minutos em repouso antes da avaliação e 15 minutos para ser completada. É um método muito complexo e subjectivo, estando recomendada a sua utilização no contexto de investigação com observadores experientes. De referir a não-inclusão de comportamentos mais subtis e infrequentes de dor (alterações do estado mental, rotinas). Apesar das desvantagens apresentadas, é o *gold standard* para a caracterização de novas escalas.

A *Checklist of Nonverbal Pain Indicators* (CNPI) foi criada com o objectivo de avaliar comportamentos considerados como indicadores de dor. Necessita da observação de seis parâmetros: vocalizações não-verbais, esgares, esbracejar, esfregar, agitação e queixas verbais. Estes itens são todos eles comportamentos mais frequentes e evidentes em situações de dor aguda. É um método que não tem em consideração as alterações do comportamento habitual, das rotinas e oscilações mais subtis do estado mental, no entanto, parece apresentar algumas vantagens. Necessita de tempo reduzido para uma avaliação completa e é fácil de usar. Está descrito um estudo em que não se verificou existirem diferenças significativas entre o comportamento de idosos com e sem défices cognitivos²⁸.

A *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD) é das poucas escalas validadas para idosos com demência. Consiste na avaliação de cinco parâmetros classificados de 1 a 2 (respiração independente de vocalizações, vocalizações negativas, expressão facial, linguagem corporal e consolo). Tal como as outras tabelas, tem carácter subjectivo sendo necessário tempo de aprendizagem para uniformização de resultados. É um instrumento promissor não só pela sua facilidade de aplicação e sensibilidade, como também pela necessidade de curtos períodos de tempo para implementação.

A *Pain Assessment for the Dementing Elder* (PADE) consiste no registo de 24 itens, divididos em três secções, incluindo sinais físicos, avaliação global e actividade funcional. Quinze itens são pontuados de 1 a 4 usando termos descriti-

vos (exemplo: calmo, agitado), os restantes nove itens referem-se a categorias e também são pontuados até 4. Quanto mais elevado o resultado, maior a disfunção, sendo necessários 5 a 10 minutos para completar a avaliação. Esta escala apresentou validade e fiabilidade, mas num estudo com número reduzido de indivíduos.

A *Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument* (NOPPAIN) é um método que permite avaliar a dor integrada na rotina diária numa enfermaria. Demora pouco tempo (cerca de cinco minutos) e combina imagens com texto para auxiliar observadores menos experientes. São registadas nove actividades como ausentes/ presentes e seis comportamentos pontuados de 0 a 5 numa escala de 6 pontos de Likert. Também recorre a um «termómetro de dor» para avaliar a dor mais intensa. Esta primeira abordagem é realizada pela equipa de enfermagem e se for obtido um resultado igual ou superior a 3, nova avaliação deve ser realizada por um profissional mais experiente. Uma das desvantagens desta metodologia é a variabilidade do *score* máximo, porque as actividades avaliadas não são uniformes para todos os doentes²⁹.

A *Nonverbal Behavioral Pain Scale* deve ser usada em conjunto com o conhecimento dos antecedentes do doente, história da dor, exame físico e avaliação do ambiente. À semelhança de todas as outras, contém vários parâmetros com determinado valor numérico.

A *Behavioral Pain Assessment for Dementia Persons* avalia a alteração dos comportamentos descritos relativamente ao seu agravamento ou não, desde a última observação ou intervenção. Os itens avaliados são a agressividade, expressão facial, agitação, recusa de tratamento, movimentos de defesa, verbalização e comportamentos anti-sociais, entre outros.

A DOLOPLUS 2 é uma versão revista numa escala prévia, que consiste na avaliação de repercussões somáticas (queixas somáticas, posição de defesa em repouso, protecção das zonas dolorosas, mímica e sono), repercussões psicomotoras (higiene e/ou acto de se vestir, movimentos) e repercussões psicossociais (comunicação, vida social e alterações do comportamento). Cada item tem subdivisões que são pontuadas de 0 a 3, devendo ser avaliados longitudinalmente até ao alívio da dor. A escala demora cerca de cinco minutos a ser completada após treino adequado. A DOLOPLUS 2 só deve ser aplicada a doentes incapazes de comunicar e com défices cognitivos.

Em todas estas escalas, normalmente estão implícitos a observação e registo da presença/ausência de comportamentos, sua intensidade e frequência.

Em resumo, para uma correcta avaliação da dor podemos recorrer à combinação de três aspectos: interrogar activamente, observar presença de sinais de dor e investigar alterações de comportamento. Se estes aspectos *per si* já nos

parecerem uma imensidão, devemos também acrescentar a variação interindividual nos padrões do comportamento e associar o facto das escalas serem complexas e morosas de implementar na prática do dia-a-dia, considerando ainda que a sua interpretação está dependente do observador (características sociais, culturais e estado de espírito, entre outros)¹⁶.

Conclusão

Como profissionais da saúde apostados em «curar», a nossa tentação é querer interpretar a dor do doente utilizando a nossa perspectiva da situação. As representações que temos da dor podem conduzir-nos à banalização dos sintomas descritos, pelo que devemos proceder à utilização sistemática de instrumentos de avaliação na tentativa de evitar esses desvios de interpretação.

É necessária a realização de pesquisa científica no sentido de validar e uniformizar resultados. Actualmente, a evidência apoia a observação de comportamentos e o registo das suas variações para a avaliação da dor nos doentes com défices cognitivos, sobretudo quando estes são incapazes de verbalização⁷. Os enfermeiros são os profissionais que mais tempo passam com os doentes, tendo um papel chave na avaliação e abordagem da dor. A avaliação correcta depende pois da disponibilidade de tempo, paciência e interesse de todos os cuidadores.

Estes doentes têm o direito de ver a sua dor tratada. Tal só pode ser conseguido com observação comportamental, interrogação directa, reavaliações regulares e registos claros e precisos. Recorrer a escalas e tabelas de comportamento é recomendável, no entanto, apesar do seu número razoável, não existe nenhuma que permita o diagnóstico correcto e fidedigno com resultados reproduzíveis. Isto significa que todos estes métodos devem ser adaptados e individualizados. A correcta abordagem e tratamento da dor devem ser objectivos prioritários na tentativa de diminuirmos o número dos sofrendores silenciosos.

Bibliografia

1. Quinn TE. Pain assessment in the difficult-to-assess patient. *Pain Relief Connection* 2003;2.
2. Abu-Saad HH. Challenge of pain in the cognitively impaired. *The Lancet* 2000;356:1867-8.
3. Severn AM, Dodds C. Cognitive dysfunction may complicate assessment of pain in elderly patients. *BMJ* 1997;315:551.
4. Herr K, Decker S. Assessment of pain in older adults with severe cognitive impairment. *Annals of Long-Term Care* 2004;12:46-52.

5. Snow L, Rapp MP, Kunik M. Pain management in persons with dementia, BODIES mnemonic helps caregivers relay pain-related signs, symptoms to physicians and nursing staff. *Geriatrics* 2005; 60(5):22-5.
6. Cook AKR, Niven CA, Downs HG. Assessing the pain of people with cognitive impairment. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999;14:421-5.
7. Murdoch J, Larsen D. Assessing pain in cognitively impaired older adults. *Nursing Standard* 2004;18:33-9.
8. Grossman HJ. Classification in mental retardation. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency; 1983.
9. International classification of impairment, disability and handicaps. Geneva: WHO; 1993.
10. International classification of disease (ICD-10). Classification of mental and behavioural disorders; clinical description and diagnostic guidelines. Geneva: WHO; 1992.
11. Crowe S, O'Shea D. The challenge of assessing and managing pain in early and later life. *British Journal of Anaesthesia* 2003;6(91):924.
12. Taylor LJ, Harris J, Epps CD, Herr K. Psychometric evaluation of selected pain intensity scales for use with cognitively impaired and cognitively intact older adults. *Rehabilitation Nursing* 2005; 30(2):55-61.
13. Davies E, Male M, Reimer V, Turner M. Pain assessment and cognitive impairment: part 2. *Nursing Standard* 2004;19(13):33-40.
14. Ferrel BA, Ferrel BR, Rivera L. Pain in cognitive impaired nursing home patients. *J Pain Symptom Manage* 1995;10(8):5918.
15. Davies E, Male M, Reimer V, Turner M, Wylie K. Pain assessment and cognitive impairment: part 1. *Nursing Standard* 2004;19(12):39-42.
16. Stallard P, Williams L, Lenton S, Vulwman R. Pain in cognitively impaired, non-communicating children. *Arch Dis Child* 2001;85:460-2.
17. Malviya S, Voepel-Lewis T, Tait AR, et al. Pain management in children with and without cognitive impairment following spine fusion surgery. *Paediatr Anaesth* 2001;11:453-8.
18. Finley GA, McGrath PJ, Forward SP. Parent's management of children's pain following "minor" surgery. *Pain* 1996;64:837.
19. Breau LM, McGrath PJ, Camfield CS, Finley GA. Psychometric properties of the non-communicating children's pain checklist-revised. *Pain* 2002;99(1-2):349-57.
20. Metzger C, Muller A, Schwetta M, Walter C. Cuidados de Enfermagem e Dor. 1ª edição. 2002. p. 177-80.
21. Voepel-Lewis T, Merkel S, Tait AR, Trzcinka A, Malviya S. The reliability and validity of the Face, Legs, Activity, Cry, Consolability with Cognitive Impairment. *Anesth Analg* 2002;95:1224-9.
22. Murdoch J, Larsen D. Assessing pain in cognitively impaired older adults. *Nurs Stand* 2004;18(38):33-9.
23. Horgas AL, Tsai P. Analgesic Drug Prescription and Use in Cognitively Impaired Nursing Home Residents. *Nursing Research* 1998; 47(4):235-42.
24. Feldt KS, Ryden MB, Miles S. Treatment of pain in cognitively impaired compared with cognitively intact older patients with hip-fracture. *Journal of the American Geriatrics Society* 1998;46(9):1079-85.
25. Morrison RS, Siu AL. A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture. *J Pain Symptom Manage* 2000;19:240-8.
26. Brockopp D. Nursing Knowledge: acute post-operative pain management in the elderly. *Journal of Gerontological Nursing* 1993; 19(11):31-6.
27. Manz BD, Mosier R, Nusser-Gerlach MA, Bergstrom N, Agrawal S. Pain assessment in the cognitively impaired and unimpaired elderly. *Pain Manag Nurs* 2000;1(4):106-15.
28. Feldt KS. The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI). *Pain Manag Nurs* 2000;1(1):13-21.
29. Snow AL, Weber JB, O'Malley KJ, et al. NOPPAIN: A Nursing Assistant - Administered Pain Assessment Instrument for Use in Dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2004;17:240-6.

Dor e Doença Psiquiátrica Profunda

Pedro Silva Carvalho¹ e Sílvia Tavares²

Resumo

Dor e doença psiquiátrica interinfluenciam-se mutuamente de forma complexa. Assim como a presença de dor pode originar e descompensar uma doença psiquiátrica, a existência deste tipo de patologia pode predispor a sintomatologia dolorosa ou alterar a sua percepção. Quando as limitações inerentes à doença impedem de alguma forma a comunicação adequada de sintomas álgicos, como acontece com os doentes psiquiátricos profundos, dificultam significativamente a sua acessibilidade, avaliação e diagnóstico, interferem com estas relações e revestindo este campo de incertezas.

Nesta revisão são abordadas as diversas relações descritas na literatura recente entre dor e as doenças psiquiátricas em que há comprometimento da capacidade de reportar dor – estádios moderados a avançados de demência, debilidade mental profunda, psicoses graves, autismo, estados de estupor depressivo e outras perturbações dissociativas.

Conclui-se que a controvérsia é grande nesta área e merece investigação mais aprofundada. A crença de que estes doentes seriam menos sensíveis à dor pode estar errada em alguns casos, e os doentes terem apenas dificuldade em exprimi-la. É necessário prestar uma atenção mais cuidada às pistas físicas e comportamentais destes doentes para um diagnóstico mais rápido das condições dolorosas e para retirar conclusões mais sólidas acerca das sensibilidades álgicas. Constata-se também que a dor pode ser a única manifestação de doença psiquiátrica e vice-versa.

Palavras-chave: Dor. Doença psiquiátrica profunda. Incapacidade de comunicar dor. Sensibilidade álgica.

Abstract

Pain and psychiatric disease interact in a mutual and complex way. As pain may originate and exacerbate a psychiatric disorder, this kind of disease may also predispose to painful symptoms or may change its perception. When a profound psychiatric condition compromises the ability to communicate pain adequately, its accessibility, evaluation and diagnosis becomes a difficult task. As a consequence, our knowledge of this field is still very uncertain.

This article describes relationships between pain and psychiatric disease that have been contemplated in recent publications, concerning those conditions that cause any limitation of the ability to report pain – moderate and advanced stages of dementia and mental retardation, profound psychosis, autism dissociative states of depression and other dissociative disorders.

We have concluded that there is a great deal of controversy concerning this matter and further investigation is required. Considering these patients less sensitive to pain might be a mistake in some cases. They may only be unable to express pain. It is necessary to pay careful attention to their physical and behavioural signs in order to diagnose painful conditions more quickly and to take more accurate and definitive conclusions about this kind of sensibility. We also noticed that pain may be the only manifestation of a psychiatric disease and vice versa.

Key words: Pain. Profound psychiatric disease. Inability to communicate pain. Painful sensibility.

¹Assistente Hospitalar de Psiquiatria
Hospital de Magalhães Lemos
Porto, Portugal

²Interna Complementar de Pedopsiquiatria
Centro Hospitalar de Coimbra
Coimbra, Portugal

Introdução

A relação entre dor e doença psiquiátrica tem sido alvo de diversos estudos nos últimos 30 anos. O papel dos factores psicológicos na modulação da dor há muito que foi demonstrado^{1,2}. Os componentes comportamentais, cognitivos e afectivos têm um efeito directo na forma de comunicação de sintomas álgicos, adaptação à dor e resposta ao tratamento. Têm também efeitos indirectos por activação do sistema nervoso simpático e modulação da nocicepção¹. O extremo desta concepção de dor, que apenas imergiu no início do século XX como integrante de um modelo biopsicossocial, abarca o conceito de dor psicossomática, em que o componente de lesão tecidual não está sequer presente. Em algumas situações a existência de doença psiquiátrica parece funcionar como atenuante do sintoma álgico.

O sentido inverso desta relação, isto é, o papel da dor no desenvolvimento e agravamento de patologia psiquiátrica, adquiriu nas últimas décadas uma dimensão crescente, a par do melhoramento e ampliação de estratégias de intervenção na área dos cuidados paliativos. Tem-se verificado que os doentes com dor correm maior risco de desenvolver doença psiquiátrica do que a população em geral^{3,4}. Tanto o humor como as características de personalidade podem ser distorcidas por dor incontrolável e o alívio desta pode bastar para regredir a patologia psiquiátrica desenvolvida. Fishbain descreveu uma relação directa entre o desenvolvimento de dor e depressão⁵. Spiegel, et al. referem-se a um maior grau de ansiedade nestes doentes⁶. A presença de dor crónica foi também associada a abuso de substâncias⁷ e agravamento de síndromes demenciais⁸ e *delirium*⁹.

Nesta revisão será apenas abordada a relação entre dor e doença psiquiátrica profunda em ambas as vertentes referidas, bem como a sua avaliação nestes doentes. O doente psiquiátrico profundo tem muitas vezes limitações ao nível da comunicação de sintomas dolorosos. Sendo a queixa verbal o *gold standard* do diagnóstico de dor, os pacientes cujas incapacidades inerentes à sua doença lhes impedem de usufruir desta forma de manifestar, estão sob risco de desvalorização e alívio inadequado da sintomatologia. A presença de uma percepção alterada do sintoma, relacionada com a doença, pode acentuar este problema.

Este trabalho tem como objectivo proporcionar uma informação resumida das relações entre dor e doença psiquiátrica profunda, por forma a facilitar a sua avaliação pela equipa de saúde. Para tal foi realizada uma pesquisa bibliográfica pela *Medline*, da qual foram seleccionados 58 artigos dentro da temática pretendida. Estes artigos foram agrupados por patologia, sendo analisadas, para cada uma destas, as diversas relações des-

critas entre dor e a doença, apenas de forma qualitativa.

O doente psiquiátrico profundo

Nesta revisão, foi adoptada como definição de doença psiquiátrica profunda o conjunto de patologias deste foro cujas alterações ao nível do comportamento, consciência, cognição e afectividade limitam marcadamente a funcionalidade e autonomia do doente ou a sua interacção com terceiros. Foram preferencialmente analisadas as patologias em que a capacidade de comunicação de sintomas álgicos se encontra comprometida.

Dentro deste grupo encontram-se os estádios moderados a avançados de demência, psicoses graves, debilidade mental profunda, autismo, estados de estupor depressivo nas depressões *major* e outros estados dissociativos.

O *delirium*, estado confusional agudo, pode ser uma manifestação da existência de dor em todas estas patologias. Será, no entanto, analisado independentemente no final desta revisão, dado a sua forte associação com este sintoma.

Avaliação de dor no doente com défices cognitivos ou com incapacidade de a comunicar verbalmente

O processo de avaliação de dor tem por base a comunicação verbal. Quando o doente é incapaz de a reportar verbalmente, são necessárias pistas comportamentais que permitam à equipa de saúde/prestadores de cuidados aperceberem-se deste sintoma. Estas pistas incluem agitação, deambulação, agressividade, irritabilidade, agravamento de défices cognitivos, diminuição da capacidade funcional, choro, grito, gemido, alterações do padrão de sono, inapetência alimentar, indiferença à interacção com terceiros, expressão facial de sofrimento, postura rígida ou contraída, defesa, hipersudorese, palidez, subida tensional e taquicardia. É importante salientar que, por vezes, a ausência destes sinais não é sinónimo de ausência de dor¹⁰. Para facilitar a tarefa diagnóstica nestes doentes, surgiram nos últimos anos alguns protocolos que foram aplicados com sucesso em alguns estudos¹¹⁻¹³. São, no entanto, limitados na distinção entre dor, desconforto e ansiedade¹³. Quando em dúvida quanto à existência de dor num doente que a não consegue comunicar verbalmente, o melhor procedimento é administrar medicação analgésica e avaliar a resposta do paciente.

Demências em estágio moderado a avançado

Dor e demência interagem de forma complexa. A dor pode exacerbar os défices cognitivos, provocando alterações comportamentais, nomeadamente agitação, confusão, agravamento de défices de memória e das capacidades comu-

nicativas, afectando a qualidade de vida destes pacientes. Apesar de haver uma crença de que o doente demente seria menos sensível à dor, estudos recentes evidenciam que, à medida que o cérebro é afectado pelo processo demencial, o seu limiar não se altera¹⁴⁻¹⁶, mesmo nos indivíduos com doença em estágio avançado^{8,17}. Estes doentes teriam sim respostas antecipatórias e reactivas à dor inadequadas, bem como incapacidade de comunicar o sintoma¹⁴ e lentificação do processamento do estímulo¹⁶.

O doente com demência em estágio moderado a avançado apresenta défices cognitivos acentuados que, não só lhe limitam a capacidade de reportar a dor, como também impedem a utilização pela equipa de saúde de instrumentos próprios para a sua avaliação, que pressupõem que determinadas capacidades estejam mantidas. Wynne, et al. mostraram que apenas um terço dos indivíduos com défices cognitivos conseguiu usar as escalas de dor¹⁸. Estes doentes correm um maior risco de analgesia inadequada^{19,20}, dado conseguirem sentir dor, mas não a conseguirem exprimir adequadamente. Isto pode levar a um diagnóstico tardio das condições subjacentes ao sintoma doloroso, como acontece frequentemente com fracturas que passam despercebidas nestes pacientes, até que são descobertas acidentalmente numa triagem de rotina para agitação ou *delirium*.

Para além de alterações comportamentais, a existência de sintomas dolorosos pode levar ao desenvolvimento de síndrome depressiva sobreposta e *delirium*. Há, no entanto, que ter em conta que estas patologias podem surgir no doente demenciado, na ausência de dor, manifestando-se pelos mesmos sinais num doente verbalmente comprometido^{21,22}. Estas alterações comportamentais são frequentes no doente demenciado e constituem a síndrome psicológica-comportamental demencial (SPCD), que pode ter por base todas estas patologias. O diagnóstico de certeza é, portanto, difícil. Num doente demenciado com síndrome depressiva sobreposta pode também ocorrer somatização com queixas dolorosas várias.

Psicoses graves

Foi reconhecido em alguns estudos que os pacientes com psicoses têm tolerância aumentada à dor²³⁻²⁶. Esta falta de sensibilidade dolorosa tem bases genéticas e foi encontrada também nos parentes próximos de doentes esquizofrénicos^{24,27}. No entanto, poucos estudos tentaram determinar até agora os mecanismos fisiológicos que justificam este fenómeno. A sua etiologia permanece incerta, porém pensa-se que poderá estar relacionada com uma redução da função dos complexos do receptor de N-metil-D-aspartato²⁸.

O doente psicótico tem frequentemente dificuldades acentuadas em focar a atenção e ig-

norar determinados estímulos que o distraem. Estes pacientes são vulneráveis a inundação de estímulos, fragmentação cognitiva, distúrbio do pensamento, induzidas pela inability de processar dados cognitivos e estímulos exteriores. Tal como os outros estímulos, a dor pode ser percebida incorrectamente ou mal-interpretada, podendo confundir o paciente²⁹. Este pode criar explicações bizarras, por forma a conseguir racionalizar a sintomatologia. A descrição do sintoma pelo doente pode, deste modo, ser interpretada pela equipa de saúde e cuidadores como ideação delirante, que contribui, tal como a diminuição da percepção dolorosa, para um maior risco de desenvolvimento de lesões graves e diagnóstico tardio.

A existência de sintomatologia dolorosa pode também provocar agitação no paciente³⁰ e provocar descompensação da doença²⁹. Podem também acontecer, nestes doentes, situações de alucinações somáticas com componente doloroso³¹, sem que haja lesão justificativa da queixa.

Depressão *major* e perturbações dissociativas

Vários estudos encontraram uma interacção marcada entre dor e depressão^{5,6,32-36}. Os pacientes deprimidos são mais vulneráveis à dor³³, assim como os pacientes com dor crónica têm frequentemente sintomas depressivos³². A incidência de depressão *major* entre os doentes com dor crónica varia de 30-54%³⁷ e tem sido descrita como mais grave quanto maior a intensidade da dor^{6,32}, frequência e número de locais dolorosos^{35,38}. A presença de ideação suicida é também mais frequente nos pacientes com dor grave³⁹.

Em cerca de 92% dos doentes primariamente deprimidos podemos encontrar sintomas algícos³⁷. Cerca de 75-80% apresentam unicamente esta queixa como forma de apresentação da doença quando avaliados nos cuidados de saúde primários^{37,38,40}. A razão para esta intensificação do estímulo teria por base uma maior vulnerabilidade do doente deprimido à dor, devida a um efeito modulador no seu processamento da dimensão afectivo-motivacional³⁴. No entanto, em alguns pacientes com depressão *major*, sobretudo naqueles com estupor depressivo (estado dissociativo caracterizado por lentificação psicomotora, indiferença, hiporreactividade e mutismo), bem como em outros estados dissociativos, estão descritos fenómenos de hipotalgesia^{37,41} e limiares de dor aumentados⁴²⁻⁴⁴. Bär, et al.³⁷, assim como Lautenbacher, et al.⁴⁵, demonstraram que a razão para esta contradição se prende com o tipo de estímulo: apenas os estímulos tácteis superficiais estariam diminuídos, enquanto todas as outras sensações estariam aumentadas. As hipóteses explicativas para este facto são variadas, porém pouco sustentadas³⁷. São necessários estudos mais conclusivos neste campo, que confirmem esta teoria.

A presença de uma dor intensa de forma prolongada pode gerar também directamente respostas dissociativas como forma de «defesa» e adaptação à sintomatologia^{46,47}, ou indirectamente pelo desenvolvimento de ansiedade marcada e depressão.

Debilidade mental moderada a grave

Os pacientes com debilidade moderada (QI entre 35-49) ou grave (QI inferior a 35) têm défices profundos ao nível da linguagem e interacção com terceiros, de forma que as capacidades comunicativas estão comprometidas. Nestes doentes a avaliação de sintomas dolorosos pode tornar-se difícil quer por reacções idiossincráticas quer por descrições vagas, sendo necessário procurar pistas na observação física e do comportamento do doente^{48,49}. Muitas vezes estes doentes recebem analgesia insuficiente⁵⁰, podendo ter alterações do comportamento como agitação, confusão e agressividade, que podem ser mal-interpretados pela equipa de saúde e tratados apenas com sedação.

A literatura é controversa quanto à percepção algica nestes doentes. A crença de que estes pacientes têm uma percepção diminuída do estímulo algico por aumento do seu limiar, tem sido questionada. Defrin, et al.⁵⁰ afirmam que estes indivíduos não só poderiam ter uma percepção normal da dor, como a sensibilidade térmica estaria aumentada. Biersdorff⁵¹, por sua vez, considera que os doentes experimentarão dor de forma alterada, com resposta afectiva ao estímulo ou resposta de retirada diminuídas, demonstrando indiferença à dor. Nagasako, et al.⁵² dizem que os doentes com debilidade mental teriam uma resposta normal e apenas uma minoria teria uma hipoalgesia relacionada com neuropatias, com base em alterações genéticas que também se manifestariam com debilidade mental. Por sua vez, um estudo com doentes com síndrome de Down moderada⁵³ demonstrou que estes pacientes expressam dor mais lentamente e com menor precisão. São necessários mais estudos nesta área para se chegar a uma conclusão válida.

Crianças com autismo

Nesta perturbação do desenvolvimento da criança, os défices encontrados ao nível da comunicação social e emocional limitam marcadamente a expressão de sintomas algicos; 75% destes doentes apresentam debilidade mental, comprometendo ainda mais esta capacidade⁵⁴. As dificuldades encontradas nestes doentes quanto à avaliação de sintomas algicos são, portanto, as mesmas que já foram acima especificadas para as patologias anteriores.

A presença de sintomas dolorosos pode levar a alterações comportamentais (hiperactividade, exacerbação de rituais, agressividade, impulsividade), ansiedade, depressão e distúrbios do sono nestas crianças⁵⁵.

A literatura descreve, também, nestes pacientes, limiar aumentado ao estímulo doloroso, com consequente diminuição da sensibilidade algica⁵⁶, porém Nader⁵⁷ demonstra que esta percepção estaria intacta, com resposta comportamental mantida, mas com características alteradas ao nível da tentativa de comunicação do sintoma.

Delirium

Vários estudos confirmaram a relação entre dor e *delirium*, sobretudo em situações pós-cirúrgicas^{9,58,59}. Este estado confusional agudo pode surgir em todas as patologias acima referidas como consequência de sintomas dolorosos e revertido após instituição de analgesia adequada. No doente psiquiátrico profundo, cuja capacidade de comunicação está comprometida, pode manifestar-se pelos mesmos sinais que o sintoma doloroso e ter apenas como base outra patologia orgânica. Também podem surgir em algumas situações delírios dolorosos sem causa física justificável, difíceis de distinguir de verdadeiras causas de dor³¹. No entanto, dada a sobreposição de sinais e dada a relação causal dor-*delirium*, devem ser sempre pesquisadas possíveis causas de dor.

É de salientar que a instalação de um quadro de *delirium* vai por si só comprometer a capacidade de reportar queixas algicas, independentemente da existência das patologias anteriormente abordadas.

Conclusão

Da análise desta revisão, é possível concluir que doença psiquiátrica profunda e dor interagem de diversas formas, influenciando-se mutuamente. No entanto, como foi visto, a controvérsia é grande ainda relativamente a determinados pontos deste campo.

A dor pode predispor ou agravar doença psiquiátrica. A presença de doença psiquiátrica profunda tanto pode criar uma vulnerabilidade para o aparecimento de dor ou potenciá-la (depressão), como pode criar estados de insensibilidade relativa (perturbações dissociativas, psicoses, debilidade mental e autismo). A literatura é muito ambígua neste último ponto e os estudos mais recentes tendem a desmentir esta crença. Em todas estas patologias há défices que afectam a capacidade de comunicação do sintoma ou que alteram a resposta do doente ao estímulo. A conclusão da existência de um limiar aumentado à dor nestes doentes teria por base uma interpretação errada por parte dos avaliadores, estando enviesada: estes não terão tido em conta estes défices como factores confundidores. As explicações fisiológicas para estas interacções entre dor e doença psiquiátrica são vagas e exigem investigação mais aprofundada.

De qualquer modo, há que ter em conta que o doente psiquiátrico profundo, quer pelas difi-

culdades de comunicação, quer por alterações de sensibilidade ou resposta à dor, está sob maior risco de atraso no diagnóstico da patologia subjacente, e de evolução para lesão grave. O treino de pessoal de saúde em reconhecer os sinais de dor nestes doentes é fundamental, por forma a melhorar a sua qualidade de vida.

Verificou-se, também, que o aparecimento ou o agravamento do quadro psiquiátrico pode ser a única manifestação de dor em alguns doentes. O contrário também é possível: a dor pode ser a única manifestação de doença psiquiátrica. Esta última relação é tradicionalmente encontrada em quadros depressivos e neuróticos com somatização (que não integram o âmbito deste trabalho). Na doença psiquiátrica profunda, a existência de queixas dolorosas sem causa aparente foi apenas encontrada como componente de actividade produtiva do tipo alucinatório ou delirante.

Por último, conclui-se que a relação entre doença psiquiátrica profunda e dor não é linear e muito menos estanque. Em algumas situações pode tornar-se um ciclo vicioso em que uma potencia a outra sucessivamente, se não for interrompido por terapêutica adequada.

Bibliografia

1. Turk DC. The role of psychological factors on chronic pain. *Acta Anaesthesiol Scand* 1999;43:885-8.
2. Boersma K, Linton SJ. How does persistent pain develop? An analysis of the relationship between psychological variables, pain and function across stages of chronicity. *Behaviour Research and Therapy* 2005;43(11):1495-507.
3. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983;249(6):751-7.
4. Reich J, Tupin JP, Abromowitz SI. Psychiatric diagnosis of chronic pain patients. *Am J Psychiatry* 1983;140:1495-8.
5. Fishbain DA. The pain-depression relationship. *Psychosomatics* 2002;43:341.
6. Spiegel D, Sands S, Kroopman C. Pain and depression in patients with cancer. *Cancer* 1994;74(9):2570-8.
7. Wallace J, Panch G. Pain clinics, a new role for psychiatrists. *Psychiatric Bulletin* 2001;25:473-4.
8. Alessi CA. Managing the behavioral problems of dementia in the home. *Clin Geriatr Med* 1991;7(4):787-801.
9. Morrison RS, Orosz G, Gilbert M, et al. Pain: a strong risk factor for post-op delirium. *Am Academy Orthop Surg Bulletin* 2001; index B.
10. Panke JT. Difficulties in managing pain at the end of life. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 2003;5(2):83-90.
11. Kovach CR, Weissman DE, Griffie J, Matson S, Muchka S. Assessment and treatment of discomfort for people with late-stage dementia: a basic guide. *J Pain Symptom Manage* 1999;18(6):412-9.
12. McGrath PJ, Rosmus C, Canfield C, Campbell MA, Hennigar A. Behaviours caregivers use to determine pain in non-verbal, cognitively impaired individuals. *Dev Med Child Neurol* 1998;40(5):340-3.
13. Phan A, Edwards CL, Robinson EL. The assessment of pain and discomfort in individuals with mental retardation. *Res Dev Disabil* 2005;26(5):433-9.
14. Benedetti F, Andruino C, Vighetti S, Asteggiano G, Tarenzi L, Rainero I. Pain reactivity in Alzheimer patients with different degrees of cognitive impairment and brain electrical activity deterioration. *Pain* 2004;111(1-2):22-9.
15. Kunz M, Lautenbacher S. The impact of Alzheimer's disease on the pain processing. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2004;72(7):375-82.
16. Gibson SJ, Voukelatos X, Ames D, Flicker L, Helme RD. An examination of pain perception and cerebral event-related potentials following carbon dioxide laser stimulation in patients with Alzheimer's disease and age-matched control volunteers. *Pain Res Manag* 2001;6(3):126-32.
17. Farrel MJ, Katz B, Helme RD. The impact of dementia on the pain experience. *Pain* 1996;67(1):7-15.
18. Wynne CF, Ling SM, Remsburg R. Comparison of pain assessment tools for use with the elderly. *Appl Nurs Res* 1993;1:39-46.
19. Morrison RS, Siu AL. A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture. *J Pain Symptom Manage* 2000;9:240-8.
20. Brummel-Smith K, London MR, Drew N, Krulwich H, Singer C, Hanson L. Outcomes of pain in frail older adults with dementia. *J Am Geriatrics Soc* 2002;50:1847-51.
21. Voyer P, Cole MG, McCusker J, Belzile L. Prevalence and symptoms of delirium superimposed on dementia. *Clin Nurs Res* 2006;15(1):46-66.
22. Fick D, Mion L. Assessing and managing delirium in persons with dementia. Try this: Best Practices in Care for Older Adults 2005;1(8).
23. Murthy BVS, Narayan B, Nayagam S. Reduced perception of pain in schizophrenia: its relevance to the clinical diagnosis of compartment syndrome. *Int J Care Injured* 2004;35:1192-3.
24. Chang BP, Lenzenweger MF. Somatosensory processing and schizophrenia liability: proprioception, exteroceptive sensitivity, and graphesthesia performance in the biological relatives of schizophrenia patients. *J Abnorm Psychol* 2005;114(1):85-95.
25. Doworkin RH. Pain insensitivity in schizophrenia: a neglected phenomenon and some implications. *Schizophr Bull* 1994;20(2):235-48.
26. Kudoh A, Ishihara H, Matsuki A. Current perception threshold and postoperative pain in schizophrenic patients. *Reg Anesth Pain Med* 2000;25(5):475-9.
27. Hooley JM, Delgado ML. Pain insensitivity in the relatives of schizophrenia patients. *Schizophr Res* 2001;47(2-3):265-73.
28. Olney JW, Farber NB. NMDA antagonists as neurotherapeutic drugs, psychotogens, neurotoxins and research tools for studying schizophrenia. *Neuropsychopharmacology* 1995;13(4):335-45.
29. Reeves RR, Torres RA. Exacerbation of psychosis by misinterpretation of physical symptoms. *Southern Medical Journal* 2003;96(7):702-4.
30. Merco CA, Vaughan J. Emergency management of agitation in schizophrenia. *Am J Emergency Med* 2005;23:767-76.
31. Bar KJ, Jochum T, Hager F, Meissner W, Sauer H. Painful hallucinations and somatic delusions in a patient with the possible diagnosis of neuroborreliosis. *Clin J Pain* 2005;21(4):362-3.
32. Sharpe L, Sensky T, Allard S. The course of depression in recent onset rheumatoid arthritis. The predictive role of disability, illness perceptions, pain and coping. *J Psychosom Res* 2001;51:713-9.
33. Currie SR, Wang J. More data on major depression as an antecedent risk factor for first onset of chronic back pain. *Psychol Med* 2005;35(9):1275-82.
34. Giesecke T, Gracely RH, Williams DA, Geisser ME, Petzke FW, Clauw DJ. The relationship between depression, clinical pain, and experimental pain in a chronic pain cohort. *Arthritis Rheum* 2005;52(5):1577-84.
35. Onder G, Landi F, Gambassi G, et al. Association between pain and depression among older adults in Europe: results from the Aged in Home Care (AdHOC) project: a cross-sectional study. *J Clin Psychiatry* 2005;66(8):982-8.
36. Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clin J Pain* 1997;13(2):116-37.
37. Bär KJ, Brehem S, Boettger MK, Boettger S, Wagner G, Sauer H. Pain perception in major depression depends on pain modality. *Pain* 2005;117(1-2):97-103.
38. Lepine JP, Briley M. The epidemiology of pain in depression. *Hum Psychopharmacol* 2004;19 Suppl 1:3-7.
39. Wilson KG, Mikail SF, D'Eon JL, Minns JE. Major depression and insomnia in chronic pain. *Clin J Pain* 2002;18(2):77-83.
40. Muñoz RA, McBride ME, Brnabic AJ, et al. Major depressive disorder in Latin America: the relationship between depression severity, painful somatic symptoms, and quality of life. *J Affect Disord* 2005;86(1):93-8.
41. Orbach I. Dissociation, physical pain, and suicide: a hypothesis. *Suicide Life Threat Behav* 1994;24(1):68-79.
42. Adler G, Gattaz WF. Pain perception threshold in major depression. *Biol Psychiatry* 1993;34(10):687-9.
43. Dickens C, McGowen L, Dale S. Impact of depression on experimental pain perception: a systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosom Med* 2003;65(3):369-75.
44. Lautenbacher S, Sternal J, Schreiber W, Krieg JC. Relationship between clinical pain complaints and pain sensitivity in patients with depression and panic disorder. *Psychosom Med* 1999;61(6):822-7.
45. Lautenbacher S, Krieg JC. Pain perception in psychiatric disorders: a review of the literature. *J Psychiatr Res* 1994;28(2):109-22.
46. Merskey H. Pain and dissociation. *Pain* 1993;55(3):281-2.
47. Walker EA, Katon WJ, Neraas K, Jemelka RP, Massoth D. Dissociation in women with chronic pelvic pain. *Am J Psychiatry* 1992;149(4):534-7.

48. David C, McCutcheon H. Detecting pain in people with an intellectual disability. *Accid Emerg Nurs* 2004;12(4):196-200.
49. Zwakhalen SMG, Van Drogen KAJ, Hamers JPH, Abu-Saad HH. Pain assessment in intellectual disabled people: non-verbal indicators. *J Ad Nurs* 2004;45(3):236-45.
50. Defrin R, Pick CG, Peretz C, Carmeli E. A quantitative somatosensory testing of pain threshold in individuals with mental retardation. *Pain* 2004;108(1-2):58-66.
51. Biersdorff KK. Incidence of significantly altered pain experience among individuals with developmental disabilities. *Am J Ment Retard* 1994;98(5):619-31.
52. Nagasako EM, Oaklander AL, Dworkin RH. Congenital insensitivity to pain: an update. *Pain* 2003;101(3):213-9.
53. Hennequin M, Morin C, Feine JS. Pain expression and stimulus localisation in individuals with Down's syndrome. *Lancet* 2000;356(9245):1882-7.
54. Harrison P, Geddes J, Sharpe M. *Lecture notes on psychiatry*. Oxford: Blackwell Science Limited; 1999.
55. Bursch B, Ingman K, Zeltzer LK, Hyman P, Vitti L. Chronic pain in individuals with previously undiagnosed autistic spectrum disorders. *J Pain* 2004;5(5):290-5.
56. Elderson SM. Lack of attention to physical problems in autism. *Autism Today* 2001 (www.autismtoday.com/physicalprob.htm).
57. Nader R, Oberlander TF, Chambers CT, Craig KD. Expression of pain in children with autism. *Clin J Pain* 2004;20(2):88-97.
58. Morrison RS, Magaziner J, Gilber M, et al. Relationship between pain and opioid analgesics on the development of delirium following hip fracture. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003;58(1):76-81.
59. Lynch EP, Lazor MA, Gellis JE, Orav J, Goldman L, Marcantonio ER. The impact of postoperative pain on the development of postoperative delirium. *Anesth Analg* 1998;86(4):781-5.

A Dor no Doente de Cuidados Intensivos

António Sarmiento

Resumo

Em consequência da situação patológica, dos vários procedimentos invasivos de monitorização, de diagnóstico e de terapêutica, e ainda pela imobilização prolongada, a dor é frequente nos doentes em estado crítico internados em Cuidados Intensivos. Numa percentagem muito significativa dos doentes que se recordam do seu internamento, a dor é referida como a sua pior experiência. Embora haja cada vez mais meios eficazes para tratamento da dor, há limitações específicas a este subgrupo de doentes, resultantes de vários factores, nomeadamente da sua impossibilidade de comunicação verificada na maioria dos casos e da sua instabilidade hemodinâmica.

Palavras-chave: Dor no doente crítico. Analgesia em Cuidados Intensivos.

Abstract

Pain is a frequent and important problem in critical care patients. Previous pathology and several invasive diagnostic and therapeutic procedures and prolonged immobilization are important causes of pain. This symptom is the worst experience reported by a significant number of patients that can remember their staying in ICU. Impossibility of communication and hemodynamic instability in the majority of ICU patients are responsible for the specificities and difficulties in treatment of pain in these patients.

Key words: Pain in critical patient. Analgesia in ICU.

Introdução

A dor e a sedação do doente em estado crítico são, habitualmente, consideradas conjuntamente. Neste texto vai abordar-se, especificamente, a dor no doente internado em Cuidados Intensivos. Esta separação é um pouco forçada, na medida em que existe uma relação estreita entre a analgesia e a sedação.

A palavra sedação vem do latim *sedare* que significa acalmar ou suavizar. Particularmente para quem trabalha nos Cuidados Intensivos, é óbvia a importância de suavizar, acalmar, ou seja, sedar os doentes. Muitas vezes é impossível salvar uma vida, mas deverá ser sempre possível diminuir o sofrimento do doente.

A sedação é um estado de relaxamento e bem-estar do doente que não implica, necessariamente, depressão do estado de consciência. Para se conseguir um estado adequado de se-

dação é importante considerar-se o alívio do medo e da ansiedade, proporcionar aos doentes noites com um bom sono, e tratar a dor. Enquanto o doente tiver dor, não se pode considerar que esteja sedado. Embora os opióides, principal grupo analgésico usado em Cuidados Intensivos, tenham também um efeito sedativo, alguns dos principais fármacos sedativos são desprovidos de efeito analgésico, pelo que não podem ser usados isoladamente em doentes que tenham dor.

A importância do problema

Os resultados dos estudos, cada vez mais frequentes, do *follow-up* dos doentes que estiveram internados em Cuidados Intensivos, têm mostrado que, para muitos destes doentes, a dor foi uma das experiências que mais os perturbou. Num estudo multicêntrico efectuado por Granja C, et al.¹, englobando 1.433 doentes adultos, internados em 10 unidades de Cuidados Intensivos, verificou-se que em 64% dos doentes que se recordavam do internamento, a dor foi referida com tendo sido a pior experiência desse internamento. Em estudos efectuados por Donovan M, et al. e por Puntillo KA,

Director do Departamento de Cuidados Intensivos
Hospital Pedro Hispano EPE
Matosinhos, Portugal
Professor Catedrático convidado da Escola de Ciências
da Saúde da Universidade do Minho
Braga, Portugal

verificou-se que 30 a 70% dos doentes internados em cuidados intensivos referem recordar-se de ter tido dor; metade destes classifica a dor como moderada, grave ou insuportável^{2,3}.

Num outro inquérito aos doentes que tiveram alta da UCI⁴, metade dos doentes que responderam identificaram a dor como a sua pior memória da estadia nos Cuidados Intensivos.

Há vários motivos para que a dor seja frequente nestes doentes, nomeadamente⁵:

- A situação patológica pré-existente.
- A imobilização prolongada.
- Os dispositivos de monitorização ou terapêutica, como por exemplo os cateteres, drenos, tubos traqueais, máscaras de ventilação não-invasiva.
- As rotinas de enfermagem tais como, a fisioterapia, as mobilizações do doente no leito para evitar as úlceras de decúbito, a aspiração de secreções traqueais, as mudanças de pensos do local cirúrgico e muitas outras intervenções frequentes no dia-dia dos Cuidados Intensivos.

Para além do sofrimento psicológico que a dor provoca, esta tem muitos outros inconvenientes que podem afectar a própria recuperação do doente. A dor não aliviada pode contribuir para um sono inadequado, para agitação, e para uma resposta de stress caracterizada por taquicardia, consumo aumentado de oxigénio pelo miocárdio, hipercoagulabilidade, imunossupressão e catabolismo persistente^{6,7}.

A dor também pode contribuir para a disfunção pulmonar por contractura muscular localizada em torno duma área dolorosa, ou rigidez muscular generalizada e espasmo que restrinjam os movimentos da parede torácica e do diafragma⁸.

A analgesia eficaz pode diminuir as complicações pulmonares no doente, no pós-operatório⁹.

Avaliação da dor

A melhor forma de avaliar a dor é inquirindo directamente o doente, ouvindo as suas queixas e avaliando, depois, a resposta às medidas instituídas.

No entanto, nos Cuidados Intensivos, na maioria dos doentes, este tipo de avaliação não é possível, pela dificuldade de comunicação. Esta pode ser devida a alterações do estado de consciência pelo processo patológico e/ou pela sedação. No entanto, há outros doentes que não comunicam apenas pela impossibilidade de falar, devida à entubação traqueal. Nestes, poderá ser uma ajuda para a avaliação da dor o uso de escalas de dor.

Há, basicamente, três tipos de escalas^{5,10,11}:

- VAS (*Visual Analogic Scale*) – Esta escala corresponde a uma linha horizontal com 10 cm de comprimento e numa das extremidades tem a frase «sem dor», e na outra «pior dor possível».

- VRS (*Verbal Rating Scale*) – Nesta escala, por baixo da linha horizontal, estão escritas várias frases para caracterização da dor. O doente escolhe e assinala a frase que melhor se coaduna com as características da dor que sente. (sem dor, dor ligeira, moderada, grave, muito grave, insuportável). Qualquer que seja a escala utilizada, o doente assinala o local da linha que acha que corresponde à intensidade da dor que sente.
- NRS (*Numeric Rating Scale*) – É também constituída por uma linha horizontal de 10 cm idêntica à VRS, com divisões de 0 a 10, sendo o 0 a ausência de dor e o 10 o máximo de dor.

No doente que não está colaborante, este tipo de escalas de avaliação de dor são inúteis. Poder-se-á recorrer aos métodos denominados por escalas comportamentais/fisiológicas. Neste tipo de escalas, tentam detectar-se comportamentos que podem traduzir dor (movimento, expressão facial e postura) e indicadores fisiológicos (frequência cardíaca, pressão sanguínea e frequência respiratória). A normalização ou melhoria de algumas destas alterações após terapêutica analgésica significa que estas correspondiam, provavelmente, a manifestações de dor e que as medidas instituídas tiveram eficácia⁵.

A escolha do melhor método para avaliar a dor depende do doente, da sua capacidade de comunicar e da capacidade de quem cuida do doente em interpretar os comportamentos que correspondem a dor e os seus indicadores fisiológicos⁵.

Terapêutica analgésica

Em Cuidados Intensivos, a analgesia deverá ser feita, fundamentalmente, com opióides.

Há, no entanto, a possibilidade de se recorrer, em situações pontuais e em associação com os opióides, a analgésicos anti-inflamatórios não-esteróides e ao paracetamol.

Há também medidas não-farmacológicas que passam pelo uso de meios físicos (aplicação de frio ou de calor), adequada estabilização de fracturas e eliminação ou atenuação de estímulos físicos que possam provocar dor ou desconforto (por exemplo, posicionamento adequado dos tubos dos ventiladores para evitar tracção do tubo endotraqueal).

Opióides

A estimulação dos receptores opióides no sistema nervoso central e periférico é um dos mecanismos mais importantes da antinociocepção. Os analgésicos cuja acção é mediada por estes receptores são designados por opiáceos quando são de origem natural e por opióides quando são de origem semi-sintética. No entanto, tem sido prática corrente e aceite designar-se todo este conjunto de analgésicos, sejam naturais ou sintéticos, por opióides^{12,13}.

Quadro 1. Analgesia opióide endovenosa		
	Morfina	Fentanil
Dose de carga	5-15 mg	50-150 µg
Dose intermitente	0,01-0,15 mg/kg, cada 1-2 h	0,35-1,5 µg/kg, cada 0,5-1 h
Dose de perfusão	1-6 mg/h	30-100 µg/h
Início de acção	10-20 min	1-2 min
Duração de acção	4 h	1 h
Índice terapêutico*	70	2.727

*Ratio dose letal/dose terapêutica (adaptada de Marino PL. *The ICU Book*. Eilliams & Wilkins; 1998. Jacobi J, et al. *Crit Care Med* 2002;30:119-41).

Os receptores implicados nos efeitos dos opióides são os δ , os κ e μ . Na tentativa de uniformizar a classificação dos receptores opióides, a *International Union of Pharmacology* (IUPHAR) reclassificou os receptores opióides como OP1 (δ), OP2 (κ) e OP3 (μ). Os receptores σ deixarem de ser considerados como receptores opióides¹⁴.

A estimulação dos OP1 (δ) provoca analgesia supra-espinal e modula a actividade dos OP3 (μ). A estimulação dos OP2 (κ) provoca analgesia espinal, depressão respiratória, sedação, diminuição da motilidade intestinal e miose, e a dos OP3 (μ) provoca analgesia supra-espinal, depressão respiratória, diminuição da motilidade intestinal, euforia e dependência física¹².

Embora existam vários opióides naturais e sintéticos em uso clínico, a morfina e o fentanil são, habitualmente, os mais usados nos Cuidados Intensivos.

Idealmente, um opiáceo usado em Cuidados Intensivos deverá ter um início rápido de acção, facilidade de ajuste da dose, falta de acumulação do princípio activo ou de metabolitos activos e baixo custo. O fentanil é cerca de 40 vezes mais lipossolúvel do que a morfina, o que faz com que o seu início de acção seja mais rápido, e portanto o ajuste da dose analgésica pode ser mais simples do que com a morfina. Tem um efeito analgésico equivalente ao da morfina em doses 100 vezes mais baixas¹⁰. A duração do seu efeito é também mais curta. Após uma perfusão endovenosa de 0,5 a 1 µg/kg/h, a duração do seu efeito é curta, quando esta é suspensa. No entanto, após perfusões longas, pode haver acumulação com um prolongamento dos seus efeitos.

Por ter maior duração de acção, a morfina adequa-se melhor à administração intermitente do que o fentanil.

A administração deve ser feita em perfusão contínua, ou então intermitentemente, mas regular e programadamente, e não apenas quando o doente tem dor (vulgarmente designada por administração em SOS). É mais fácil prevenir a dor do que tratá-la.

A morfina é metabolizada no fígado por uma enzima, o difosfato de uridinosina do sistema da

glucoronil-transferase, em dois metabolitos principais: o glucuronato-3 de morfina e o glucuronato-6 de morfina¹⁵. Este último tem um efeito analgésico cerca de 40 vezes superior ao da morfina, podendo acumular-se em doentes com insuficiência renal. Nestes doentes, convém reduzir-se a dose de morfina administrada em 50% se a depuração da creatinina for inferior a 10 ml/min¹⁰.

Posologia e vias de administração

Deve estabelecer-se, para cada doente, um plano de tratamento da dor e um objectivo terapêutico, devendo ser reavaliado à medida que a situação clínica se altera. As ordens de prescrição dos analgésicos devem estar escritas, para permitir o cálculo mais correcto da dose necessária para atingir a finalidade analgésica pretendida, com a menor incidência possível de efeitos indesejáveis.

A administração da morfina e do fentanil em perfusão endovenosa contínua deve ser precedida da administração dum *bolus*.

Muito mais importante do que os valores teoricamente recomendados, é a resposta do doente à terapêutica. Apresenta-se, contudo, uma tabela com as doses médias recomendadas.

No doente crítico, não é possível, a maioria das vezes, utilizar o sistema de administração endovenosa de morfina ou de fentanil por PCA (*Patient Controlled Analgesia*) porque, para que tal seja possível, é necessário atender a condições cognitivas e hemodinâmicas que a maioria destes doentes não reúne.

A via intramuscular tem pouca utilidade e está contra-indicada em doentes hemodinamicamente instáveis e com alterações da coagulação.

Existe a possibilidade de administrar o fentanil por via transdérmica. Embora o adesivo impregnado com fentanil forneça doses significativas do fármaco, a quantidade absorvida varia dependendo da permeabilidade, da temperatura, da perfusão e da espessura da pele. Esta via não é, habitualmente, uma modalidade recomendável para a analgesia aguda, pois são necessárias 12 a 24 horas para se atingir o pico do seu efeito e um tempo equivalente para que

este desapareça quando é retirado o penso impregnado com fentanil⁵.

Embora a administração epidural de opióides seja muito usada no pós-operatório de determinadas cirurgias torácicas e abdominais, a sua administração, isoladamente, por esta via, nos doentes de Cuidados Intensivos, é pouco utilizada. A administração de opióides, isoladamente, por via epidural não é mais potente no alívio da dor do que a sua administração endovenosa e a incidência de efeitos laterais não é desprezível. No entanto, o efeito analgésico dos opióides por via epidural é potenciado quando se administram concomitantemente com um anestésico local do tipo da bupivacaína¹⁶.

Efeitos laterais

A depressão respiratória provocada pelos opióides é indissociável do seu efeito analgésico. A diminuição da frequência respiratória e do volume corrente são frequentes, embora estas alterações representem muitas vezes um efeito sedativo geral e não uma inibição específica dos neurónios respiratórios do tronco cerebral. São muito raros os episódios hipoxémicos significativos causados exclusivamente pelos opióides no pós-operatório¹⁷. No entanto, no seu uso em doentes com antecedentes de apneia obstrutiva do sono ou com alguns tipos de doença respiratória crónica, pode originar, mais frequentemente, episódios apneicos com dessaturação grave.

A administração de opióides pode provocar hipotensão por três mecanismos:

- Efeito simpaticolítico.
- Bradicardia mediada pelo vago.
- Libertação de histamina.

Este último efeito pode ocorrer com a morfina e não com o fentanil, motivo pelo qual no doente crítico, hemodinamicamente instável, é preferível o recurso ao fentanil¹⁵.

Os efeitos sobre a motilidade do tubo digestivo são frequentes e significativos.

Podem causar retenção gástrica, hipomotilidade intestinal e até íleo paralítico. A introdução de uma sonda no jejuno e a administração de estimulantes do peristaltismo gástrico e intestinal, pode ser indispensável para permitir a alimentação entérica¹⁸.

O prurido é especialmente frequente quando se usa a via epidural e é resistente aos anti-histamínicos.

Quando se usa a via epidural, o prurido, as náuseas e a retenção urinária são efeitos laterais frequentes. A depressão respiratória pode surgir com frequência, idêntica à verificada com a utilização da via endovenosa (embora aparecendo mais tardiamente).

Outros opióides

A meperidina (petidina) não é um analgésico adequado ao uso em Cuidados Intensivos pelo

risco de neurotoxicidade. É metabolizada em normeperidina, no fígado, e este metabolito é neurotóxico. É excretado, lentamente, na urina, sendo a sua acumulação especialmente significativa em doentes com insuficiência renal. Tem interação clinicamente significativa com alguns antidepressores, nomeadamente com inibidores da recaptção neuronal da serotonina.

O alfentanil é um opióide sintético recente. Tem uma duração de acção curta, de cerca de 15 minutos. De todos os opióides, é um dos que tem menor probabilidade de ter metabolitos activos, contudo, este facto não está provado. Embora haja pouca experiência em Cuidados Intensivos, a administração de pequenos *bolus* (250 a 500 µg) poderá ser útil quando se executam alguns procedimentos curtos de enfermagem e que podem causar dor (como, por exemplo, o posicionamento do doente)¹⁵.

O remifentanil está pouco estudado em Cuidados Intensivos, pois foi inicialmente concebido para usar em anestesia. Difere dos outros opióides porque é metabolizado pelas esterasas que estão amplamente presentes em todos os tecidos do organismo. Mesmo no período pós-transplante hepático, de ausência de função hepática, há poucas alterações na sua farmacocinética. O seu metabolismo é independente das vias clássicas. Presentemente, está em investigação qual o seu papel como analgésico no doente crítico. O seu efeito desaparece cinco a 10 minutos após a sua perfusão, qualquer que tenha sido a sua duração¹⁵.

Analgésicos não-opióides

Os anti-inflamatórios não-esteróides (AINE) são raramente usados nos doentes em estado crítico porque, para além de serem pouco eficazes, têm efeitos adversos significativos que incluem:

- Efeito anticoagulante por interferência com a função plaquetar.
- Risco de causarem insuficiência renal, particularmente em doentes idosos, hipovolémicos, sépticos ou com lesão renal prévia^{19,20}, por inibição da síntese de prostaglandinas no rim.
- Risco de hemorragia gastrointestinal.
- Broncospasmo agudo.

A administração de AINE pode reduzir as necessidades de opióides, contudo não existe qualquer estudo a demonstrar algum benefício destes fármacos em doentes críticos.

Apesar destas limitações, há alguns casos pontuais em que são utilizados, como por exemplo, em adultos jovens após trauma¹⁵. Os mais usados são o diclofenac intramuscular ou rectal ou o ceterolac endovenoso. O uso do ceterolac durante mais de cinco dias seguidos aumenta para o dobro o risco de insuficiência renal^{21,22}. A dose inicial é de 10 mg, seguida de 10 a 30 mg cada quatro a seis horas, não excedendo os

60 mg/dia no idoso e os 90 mg/dia nos outros. Não deve ser usado durante mais de dois dias seguidos^{10,15}.

O uso combinado de paracetamol com um opióide produz maior efeito do que o opióide isolado²³. Deve estar-se atento a hepatotoxicidade, particularmente em doentes com história prévia de ingestão alcoólica ou com um mau estado nutricional.

Bibliografia

1. Granja C, Lopes A, Moreira S, et al. Patient's recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Crit Care* 2005;9:R96-109.
2. Donovan M, Dillon P, Mcguire L. Incidence and characteristics of pain in a sample of medical-surgical inpatients. *Pain* 1987;30:69-78.
3. Puntillo KA. Pain experience in ICU patients. *Heart Lung* 1990;19:526-33.
4. Paiement B, Boulanger M, Jones CW, Roy M. Intubation and other experiences in cardiac surgery: the consumer's views. *Can Anesth Soc J* 1979;26:173-80.
5. Jacobi J, Fraser JL, Coursin DB, et al. Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. *Crit Care Med* 2002;30:119-41.
6. Epstein J, Breslow MJ. The stress response of critical illness. *Crit Care Clin* 1999;15:17-33.
7. Lewis KS, Whipple JK, Michael KA, et al. Effect of analgesic treatment on physiological consequences of acute pain. *Am J Hosp Pharm* 1994;51:1539-54.
8. Desai PM. Pain management and pulmonary dysfunction. *Crit Care Clin* 1999;15:151-66.
9. Gust R, Pecher S, Gust A, et al. Effect of patient-controlled analgesia on pulmonary complications after coronary artery-bypass grafting. *Crit Care Med* 1999;27:2221-3.
10. Marino PL. Analgesia and sedation. Em: *The ICU Book*. 2.^a ed. Williams & Wilkins; 1998. p. 121-9.
11. Bennett D, Burton AW, Fishman S, et al. Consensus panel recommendations for the assessment and management of breakthrough pain. Part I assessment. *P&T* 2005;30:296-301.
12. Gutstein HB, Akil H. Opioid analgesics. Em: *Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*. 10.^a ed. McGraw Hill; 2001. p. 569-619.
13. Tavares JC. Analgésicos de acção central e seus antagonistas. Em: *Terapêutica Medicamentosa e suas Bases Farmacológicas*. 4.^a ed. Porto Editora; 2001. p. 163-78.
14. Lambert DG. Recent advances in opioid pharmacology (Editorial). *Br J Anaesthes* 1988;81:1-2.
15. Park JR. Skills and techniques: sedation. Em: *PACT (Patient-Centred Acute Care Training)*. Ledinghan IM, European Society of Intensive Care Medicine, eds.
16. Liu S, Carpenter RS, Neal JM. Epidural anaesthesia and analgesia. *Anesthesiology* 1995;82:1474-506.
17. Bailey PL. The use of opioids in anaesthesia is not especially associated with nor predictive of postoperative hypoxemia. *Anesthesiology* 1992;77:1235.
18. Bosscha K, Nieuwenhuijs VB, Vos A, et al. Gastrointestinal motility and gastric tube feeding in mechanically ventilated patients. *Crit Care Med* 1998;26:1510-7.
19. Pearce CJ, Gonzalez FM, Wallin JD. Renal failure and hiperkalemia associated with ketorolac tromethamine. *Arch Intern Med* 1993; 153:1000-2.
20. Scholondorff D. Renal complications of non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Kidney Int* 1993;11:613-53.
21. Feldman HI, Kinman JL, Berlin JA, et al. Parenteral Ketorolac: The risk for acute renal failure. *Ann Intern Med* 1997;126:193-9.
22. Strem BL, Berlin JA, Kinman JL, et al. Parenteral ketorolac and risk of gastrointestinal and operative site bleeding. *JAMA* 1996; 275:376-82.
23. Peduta VA, Ballahin M, Stefanini S. Efficacy of propacetamol in the treatment of postoperative pain. Morphine sparing effect in orthopaedic surgery. Italian Collaborative Group on Propacetamol. *Acta Anesthesiol Scand* 1998;12:293-8.