

Cátia Sofia Ventura Fernandes

# Acompanhamento Farmacêutico na Dor

Monografia realizada no âmbito da unidade Estágio Curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas,  
orientada pela Professora Doutora Maria Margarida Duarte Ramos Caramona e apresentada à  
Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

Julho 2014



UNIVERSIDADE DE COIMBRA


Eu, Cátia Sofia Ventura Fernandes, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o n.º 20090091034, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo da Monografia apresentada à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito da unidade Estágio Curricular.

Mais declaro que este é um trabalho original e que toda e qualquer afirmação ou expressão, por mim utilizada, está referenciada na Bibliografia desta Monografia, segundo os critérios bibliográficos legalmente estabelecidos, salvaguardando sempre os Direitos de Autor, à exceção das minhas opiniões pessoais.

Coimbra, 11 de Julho de 2014.

---

A Tutora:



(Professora Doutora Maria Margarida Duarte Ramos Caramona)

A Aluna:



(Cátia Sofia Ventura Fernandes)

## **AGRADECIMENTOS**

No fim de tanto esforço, horas de trabalho e dores de cabeça, o momento chegou. É tempo de agradecer às pessoas que tornaram esta monografia possível.

Em primeiro lugar, quero agradecer à Professora Doutora Margarida Caramona, a minha tutora, que me deu liberdade para escolher a área que me interessasse mais para este trabalho; mostrou-se sempre disponível para me ajudar a concretizar as minhas ideias.

Quero agradecer aos meus pais que me incentivaram sempre a dar o meu melhor e a não desistir. Deixo um agradecimento especial à minha mãe, Margarida Fernandes, que foi a pessoa que me fez querer aprofundar este tema tão habitual na sua vida, a dor.

Agradeço à Dra. Maria do Céu Loureiro, Coordenadora da Unidade da Dor do Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE, por me ter recebido e por ter tomado o seu tempo com as minhas perguntas sobre o seu trabalho. À Sara Néri e Rita Néri, que tornaram o encontro possível.

À Faculdade de Farmácia que me conseguiu dar as ferramentas para que eu pudesse realizar este trabalho; sem as bases nunca teria conseguido terminá-lo.

Ao meu namorado, João Monteiro, por me ajudar nos momentos mais complicados.

Para terminar, agradeço às minhas amigas e companheiras de casa – Ana Oliveira, Ana Pacheco e Jessica Santos – por serem a minha família durante esta tão importante fase da minha vida.

## ÍNDICE

ABREVIATURAS .....	5
RESUMO.....	6
ABSTRACT.....	6
INTRODUÇÃO .....	7
A DOR.....	8
<b>1. Definição</b> .....	8
1.1 Nociceção .....	8
1.2 Vias ascendentes .....	9
1.3 Processamento do sinal .....	10
1.4 Vias descendentes.....	10
<b>2. Classificação</b> .....	11
2.1 Localização.....	11
2.2 Patogénese .....	12
2.3 Duração .....	13
2.4 Causa .....	13
<b>3. Dor – o 5º Sinal Vital</b> .....	14
TRATAMENTO DA DOR.....	14
<b>1. Tratamento Não-Farmacológico</b> .....	14
<b>2. Tratamento Farmacológico</b> .....	15
2.1 Acetaminofeno.....	16
2.2 Anti-inflamatórios Não Esteróides.....	17
2.3 Analgésicos Opióides.....	17
2.4 Co-analgésicos .....	19
2.5 Técnicas invasivas.....	21
2.6 Círculo Vicioso .....	21
A DOR EM PORTUGAL.....	21
<b>1. Legislação</b> .....	22
<b>2. Unidades da Dor</b> .....	22
O FARMACÊUTICO E A DOR.....	23
<b>1. Acompanhamento farmacêutico em Farmácia Hospitalar</b> .....	24
<b>2. Acompanhamento farmacêutico em Farmácia Comunitária</b> .....	24
CONCLUSÃO.....	28
BIBLIOGRAFIA .....	29
ANEXOS.....	37

**ABREVIATURAS**

ADT – Antidepressivo Tricíclico

AINE – Anti-inflamatório não-esteróide

APED – Associação Portuguesa do Estudo da Dor

APS – American Pain Society

COX – Ciclooxigenase

DGS – Direção Geral de Saúde

FDA – Food and Drug Administration

GABA – Ácido gama-aminobutírico

IASP – International Association for the Study of Pain

ISRSN – Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina

MED – Morphine Equivalent Dose (dose equivalente de morfina)

MSRM – Medicamento Sujeito a Receita Médica

OMS – Organização Mundial de Saúde

OTC – Over-the-counter

PAG – Substância Cinzenta Periaquedutal

PC – Prostaciclina

PENCPDor – Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor

PG – Prostaglandina

PNCDor – Plano Nacional de Controlo da Dor

PNLCD – Plano Nacional de Luta Contra a Dor

SNC – Sistema Nervoso Central

SNP – Sistema Nervoso Periférico

TENS – Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea

## RESUMO

A dor é um dos maiores problemas de saúde. É considerada como um sintoma de uma doença ou de um dano físico (através do seu mecanismo nociceptivo), no entanto, pode atingir proporções devastadoras na qualidade de vida do doente. Existem vários tipos de dor que se podem classificar consoante a sua localização, patogénese, duração e causa. Para o alívio da dor estão disponíveis vários tratamentos analgésicos e co-analgésicos (com efeitos positivos e negativos), sendo importante também o tratamento não-farmacológico.

Desde que a dor foi considerada como o 5º Sinal Vital que surgiram vários planos de controlo da dor para a implementação de um maior cuidado com os doentes que sofrem desta doença. Unidades da dor foram criadas nos hospitais por todo o país, no entanto, o farmacêutico não colabora com as mesmas. Sendo o farmacêutico o especialista do medicamento, e dado que o tratamento farmacológico é a primeira linha no alívio da dor, faz todo o sentido criar mais ligação entre o doente e o farmacêutico. O acompanhamento farmacêutico na dor torna-se, assim, uma necessidade constante.

## ABSTRACT

Pain is a major healthcare problem. It's regarded as a symptom of a disease or a physical damage (in way of his nociceptive mechanism), however, it can reach devastating proportions in the quality of life of the patient. There are several types of pain that can be classified according to their duration, their pathogenesis, their location or their cause. For its relief are available many pain analgesics and adjuvants (with positive and negative effects) but the non-pharmacological treatment available is also important.

Since pain was named as the 5th Vital Sign that emerged several pain management plans to increase the pain patient's healthcare. Departments of Pain Medicine were created in hospitals across the country, however, the pharmacist aren't really involved with them. Pharmacist is the medicine's specialist, and the pharmacological treatment is the first line in relieving pain, so it makes sense to create more connection between the patient and the pharmacist. Pharmacist follow-up in pain becomes a constant need.

## INTRODUÇÃO

*"There is only one pain that is easy to bear,  
and that is the pain of others"*

René Leriche

A dor é muito mais do que se pensa; não é apenas uma sensação, é uma percepção<sup>[1]</sup>. A definição de dor tem sofrido muitas alterações pois a sua dimensão tem-se modificado ao longo do tempo; A IASP está a desenvolver, em colaboração com a OMS, uma nova classificação de dor crónica – com intenção de ser incorporada na revisão da International Classification of Diseases<sup>[2]</sup>.

O tratamento da dor, e do seu sofrimento associado, requer conhecimento de como os seus sinais são inicialmente interpretados e subsequentemente transmitidos e perpetuados<sup>[3]</sup>. Durante as últimas décadas, tem havido uma explosão de conhecimento sobre as vias neuronais subjacentes e os mecanismos neurofisiológicos envolvidos na experiência complexa da dor<sup>[4]</sup>.

Embora a terapêutica farmacológica seja utilizada para proporcionar o alívio da dor, os resultados bem sucedidos dependem de uma abordagem abrangente e multidisciplinar, que pode incluir a educação do doente, a intervenção farmacológica, fisioterapia, acupuntura, cirurgia, modificação de comportamento, aconselhamento psicológico e uma variedade de outras modalidades não farmacológicas<sup>[5]</sup>. Cabe ao farmacêutico acompanhar e saber aconselhar o doente com dor.

Com a pesquisa feita ao longo da elaboração deste trabalho, tentou-se perceber algo mais sobre a dor e de que modo o farmacêutico, enquanto prestador de cuidados ao doente, pode atuar junto da população que padece desta tão complexa doença. São abordados vários tópicos relacionados com a dor; desde o seu mecanismo, à sua classificação, ao tratamento farmacológico e não-farmacológico, à sua evolução em Portugal através de planos de controlo da doença e ainda o papel do farmacêutico junto dos doentes.



## A DOR

### I. Definição

A dor é um sintoma comum a muitas doenças, no entanto, por si só, é capaz de provocar uma agressão intensa, acompanhada de uma série de consequências destrutivas para a pessoa que a sofre<sup>[6]</sup>; é um fenômeno subjetivo, uma sensação<sup>[7]</sup>, em que cada pessoa a sente de forma diferente, não havendo ainda marcadores biológicos que consigam caracterizar objetivamente a dor<sup>[8]</sup>.

Definir a dor não tem sido fácil, levando a IASP a propor a dor como “*uma experiência sensorial ou emocional desagradável associada a lesão tecidual, real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão*”<sup>[9]</sup>. Ao analisarmos a definição chegamos à conclusão que a dor não é apenas uma experiência puramente sensorial, mas tem também um impacto emocional.

A dor pode alertar para uma lesão iminente ou atual, assumindo um papel importante na prevenção de lesões orgânicas e, quando já existe lesão, na restauração das funções do organismo. No entanto, a dor pode ser também percebida sem qualquer lesão tecidual, ou a sua intensidade poderá não ser proporcional à lesão original<sup>[9]</sup>.

Vários especialistas têm vindo a estudar a dor, no entanto, o foco de cada um é diferente; um neurocirurgião vê a dor apenas como um evento neuroanatômico e neurofisiológico, não vê os aspetos psicológicos da dor como significativos; o psicólogo entende a dor como uma integração de fatores físicos, psicológicos e sociais e vai atuar a nível emocional, ambiental e psicológico nos doentes, procurando variações dentro destas áreas. Como se pode ver, dois especialistas qualificados podem obter diferentes impressões acerca da mesma dor, na mesma pessoa<sup>[7]</sup>.

Clinicamente, na dor podem distinguir-se quatro aspetos independentes: a nociceção (processo de deteção do estímulo nódico), a percepção (modo como o organismo recebe esse estímulo), o sofrimento (reação do organismo à nociceção) e o comportamento (que representa as consequências pessoais e sociais da percepção e do sofrimento). O peso de cada aspeto pode variar muito consoante a dor, no entanto todos eles existem em todas as dores<sup>[6]</sup>.

#### I.1 Nociceção

A nociceção é o processo pelo qual estímulos térmicos, mecânicos ou químicos estímulos são detetados por uma subpopulação de fibras nervosas periféricas, denominadas por nociceptores<sup>[10]</sup>. É o processo de transdução, codificação e transmissão ao SNC do

estímulo nódico. Os nociceptores são recetores responsáveis pelo início dos sinais da dor na periferia, sendo terminais nervosos livres existentes na maioria das estruturas do corpo<sup>[11]</sup>; são apenas excitados quando a intensidade do estímulo atinge o limite nódico, o que sugere que possuem propriedades biofísicas e moleculares que lhes permitem detetar e responder seletivamente a estímulos potencialmente nocivos<sup>[10]</sup>.

Existem duas principais classes de nociceptores; a primeira inclui os nociceptores A $\delta$ , que são fibras aferentes mielinizadas de diâmetro e condutividade médios, que medeiam a dor aguda, a de fácil localização, a primeira a ser sentida – estes nociceptores diferem consideravelmente dos A $\beta$  (mielinizados de grande diâmetro) que são fibras de rápida condução, respondendo a estímulos mecânicos inócuos (como um simples toque), ou seja, que não provocam dor<sup>[10][11]</sup>. A segunda classe inclui as fibras C, que são amielínicas de pequeno diâmetro e condutividade lenta, em que transmitem a dor de difícil localização, a segunda a ser sentida<sup>[10][11]</sup>. Estas são polimodais, isto é, são ativadas pelos produtos resultantes da lesão tecidual provocada por vários tipos de estímulos<sup>[6]</sup>. Tanto as fibras A $\delta$  como as C conduzem os estímulos nódicos a partir dos tecidos periféricos<sup>[6][11]</sup>.

A agressão tecidual faz com que, nos tecidos lesados e regiões vizinhas, apareçam várias substâncias algésicas, que funcionam como mediadores da nocicepção; possuem características diferentes, não só sob o ponto de vista químico, como sob o tempo que medeia entre a agressão e o seu aparecimento<sup>[6]</sup>. O papel dos nociceptores não é apenas na transmissão aferente de potenciais de ação, é também a secreção axonal de neurotransmissores e péptidos, cuja função é amplificar a resposta inflamatória no tecido<sup>[11]</sup>.

## 1.2 Vias ascendentes

A informação nociceptiva é transmitida dos nociceptores periféricos até aos níveis superiores do SNC através de vias neuronais da medula espinhal, isto é, o sistema da dor envolve um conjunto de vias ascendentes com essa função. Os estímulos nódicos, ao excitarem as terminações nervosas livres de fibras, podem alterar o seu potencial de membrana – transdução – convertendo-o num potencial de ação – transformação<sup>[12]</sup>.

As fibras A $\delta$  e C aferentes transmitem, pelas raízes posteriores, o estímulo nociceptivo para o corno dorsal da medula espinhal<sup>[10]</sup>. A transmissão da informação nociceptiva, através do potencial de ação, do primeiro para o segundo neurónio ocorre por meio de neurotransmissores excitatórios<sup>[12]</sup>. O glutamato é o neurotransmissor maioritário presente em vesículas sinápticas, no entanto, as vesículas pré-sinápticas libertam outros neuropéptidos, como a substância P<sup>[11]</sup>; estes ligam-se pós-sinápticamente a recetores

específicos e produzem um potencial de ação que vai sendo transmitido ao cérebro através de sinapses neuronais pela medula espinal<sup>[6]</sup>.

Perto do tálamo, o potencial divide-se numa porção lateral, o feixe neoespinotalâmico (relacionado com os aspetos sensoriais/discriminativos da percepção dolorosa) e numa porção medial, o feixe paleoespinotalâmico (relacionado com os aspetos afetivo-motivacionais da percepção dolorosa)<sup>[6]</sup>.

### 1.3 Processamento do sinal

A dor não depende apenas dos sinais somáticos, mas também de fatores individuais, como a origem étnica, educação e meio ambiente sócio-cultural, e ainda de fatores psicológicos. Assim, diferentes estruturas do cérebro estão envolvidas no processamento do sinal nociceptivo e na percepção da mesma<sup>[12]</sup>.

A informação alcança várias estruturas corticais (onde é dada a percepção da dor<sup>[12]</sup>); a dor resulta da ativação de um grupo distribuído de estruturas, algumas das quais são mais associadas às propriedades sensitivas (como o córtex somatossensorial) e outras aos aspetos emocionais (como o córtex cingulado anterior e o córtex insular)<sup>[10]</sup>.

Outras estruturas, para além do córtex, estão também envolvidas no processo da dor: a PAG, que faz parte do mesencéfalo localizada em torno do aqueduto cerebral – desempenha um papel na modulação descendente da dor e no comportamento defensivo; o tálamo, que é uma parte simétrica do cérebro que constitui a parte principal do diencefalo – atua como estação retrotransmissora, disseminando os sinais de várias áreas do cérebro; o sistema límbico, que é um centro de regulação do limiar da dor e das reações emocionais<sup>[12]</sup>.

### 1.4 Vias descendentes

A informação nociceptiva após ser processada pelos centros neuronais do córtex e regiões subcorticais do cérebro, modula os sinais e as vias inibitórias descendentes são ativadas. Impulsos nervosos, tal como chegaram ao cérebro em potenciais de ação, são transmitidos ao corno dorsal da medula espinal<sup>[6][12]</sup> – zonas com elevada concentração de opióides endógenos<sup>[6]</sup>; a estimulação nociceptiva intensa resulta na elevação dos níveis basais de serotonina, substância P, noradrenalina e de encefalinas, estando implicados na modulação da transmissão descendente<sup>[13]</sup>.

O sistema analgésico intrínseco, atuando como mecanismo regulador complexo, é ativado pela estimulação nociceptiva e atenua a dor<sup>[13]</sup>. Os opiáceos endógenos, que atuam sobre recetores específicos, são os mediadores mais importantes da analgesia; existem três tipos de recetores opiáceos endógenos, o recetor  $\mu$  (ou MOP), o recetor  $\kappa$  (ou KOP) e o

recetor  $\delta$  (ou DOP). O recetor MOP é o que existe em maior quantidade na medula espinal; o recetor KOP ao ser estimulado é semelhante ao MOP; a estimulação do recetor DOP provoca efeitos relacionados com a vertente afeto-motivaional do sistema nociceptivo. Relativamente aos polipeptídeos que se ligam aos recetores opióides, existem três famílias: as encefalinas, as endorfinas e as dinorfinas; as encefalinas são as que mais se ligam aos recetores DOP, a endorfina  $\beta$  é o ligando com mais afinidade para os recetores MOP e as dinorfinas para os KOP<sup>[6]</sup>.

O desequilíbrio funcional que resulta na ocorrência da dor ainda é motivo de controvérsias pois não há conceito ou definição que se consiga aplicar a todos os casos da dor. Esta pode advir de um excesso de estímulos nociceptivos ou por hipoatividade do sistema supressor<sup>[14]</sup>.

A intensidade da dor e a expressão do sofrimento é característico de cada caso, diferindo entre indivíduos e entre espécies animais. São vários os fatores individuais e ambientais (tais como aspetos raciais, sociais, culturais, religiosos, filosóficos, experiências passadas e estado mental) que podem interferir na expressão nociceptiva, amplificando ou atenuando. O mecanismo de ativação do sistema opióide relacionado com a modulação na analgesia pode ser afectado por *stress*, medo, ansiedade e duração da dor<sup>[14]</sup>.

## 2. Classificação

A experiência da dor é um fenómeno complexo, existindo vários modelos envolvidos na sua explicação<sup>[15]</sup>. A dor pode classificar-se consoante a sua localização, a patogénese, a duração ou a causa, no entanto, esta classificação não abrange a complexidade, a natureza multifatorial da dor<sup>[16]</sup>.

### 2.1 Localização

O subcomité de taxonomia do IASP criou um sistema multiaxial para classificar a dor; o primeiro eixo baseia-se na localização da dor, que está representado em anexo (anexo I)<sup>[7]</sup>.

A atividade diária pode ficar mais, ou menos, comprometida consoante a localização da dor. Segundo o Relatório do Eurobarometer de 2007, a dor que ocorre na parte inferior do corpo acaba por afetar mais o desempenho nas tarefas diárias<sup>[17]</sup>.

## 2.2 Patogénese

### ***Dor Nociceptiva***

A dor nociceptiva é a dor que funciona como sistema de proteção fisiológico, essencial para detetar e minimizar o contacto com o estímulo prejudicial. É a dor que sentimos ao tocar em algo muito quente, frio ou cortante. É denominada de dor nociceptiva por estar diretamente relacionada com os nociceptores<sup>[18]</sup>.

A sua função protetora leva ao alerta e ação imediata através da ativação do reflexo de “fuga”, da sensação de desconforto e do sentimento de aflição por ela provocada; apresenta-se como algo a evitar<sup>[19]</sup>. Esta dor ainda se pode dividir em somática ou visceral, consoante o local de onde provém<sup>[17]</sup>.

### ***Dor Neuropática***

A dor neuropática é a dor que se inicia, ou que é causada, por uma lesão no sistema nervoso<sup>[15]</sup>. É o resultado dum dano nas fibras nervosas, em que os impulsos dolorosos provêm das próprias estruturas neuronais e não das terminações nervosas estimuladas<sup>[17]</sup>; a alterada modulação da resposta da dor, em doentes com dor neuropática, causa um estado de hiperexcitabilidade e de saída de sinal da dor sem haver destruição de tecido<sup>[15]</sup>. A dor é então projetada para a região abrangida pelo referido nervo<sup>[17]</sup>.

É uma dor que pode resultar dum ferimento ou situação traumática (como uma cirurgia), infeção (como neuralgia pós-herpética), problemas endócrinos (como diabetes ou hipotireoidismo), desmielinização (como esclerose múltipla), erros no metabolismo, distúrbios neurodegenerativos (como a doença de Parkinson), ou de um ferimento direto na medula espinhal ou no cérebro. Sintomas como dor lancinante, paroxística, efeito choques-elétricos, formigueiro, entorpecimento e sensação de queimadura tornam a dor neuropática distinta da dor nociceptiva<sup>[15]</sup>. A sua deteção e tratamento não são fáceis<sup>[17]</sup>.

### ***Dor psicogénica***

A dor psicogénica é rara, sendo a sua incidência muitas vezes subestimada<sup>[17]</sup>. Deve ser diagnosticada de acordo com as bases psicopatogénicas positivas, como histeria, depressão, e não deve ser confundida com os distúrbios de humor causados pelo estado de dor<sup>[1]</sup>. É causada por processos mentais de quem a refere e não por causas psicológicas imediatas<sup>[17]</sup>.

### 2.3 Duração

A linha temporal não é a única diferença entre dor crónica e dor aguda. Enquanto a dor aguda serve de sinal de proteção, a dor crónica não traz qualquer benefício<sup>[15]</sup>.

#### ***Dor Aguda vs Dor Crónica***

Frequentemente, a dor aguda é uma experiência altamente benéfica e adaptativa, ou seja, serve de sinal de alerta de uma lesão atual ou iminente<sup>[15]</sup> pois desencadeia reações de evitação<sup>[20]</sup>; é um sintoma que leva o doente a procurar um médico<sup>[6]</sup>. A dor aguda é, normalmente, auto-limitada<sup>[6]</sup> e responde ao tratamento com analgésicos e terapia convencional de curta duração. No entanto, a ativação contínua de nociceptores com um menor controlo da dor pode levar à sensibilização central e periférica, um fator de risco para a dor persistente com incapacidade prolongada<sup>[15]</sup>.

A dor crónica é definida como qualquer dor que persista além do tempo esperado de cura, tendo um grande impacto individual e social<sup>[15]</sup>. É sentida quando há uma perceção de dor sem haver qualquer lesão tecidual ou, quando há lesão, a sua intensidade não é proporcional à mesma<sup>[1]</sup>; a maioria dos problemas com dor crónica iniciam-se com um episódio agudo de dor nociceptiva<sup>[15]</sup>.

Este tipo de dor pode considerar-se uma doença que, ao contrário da aguda, não é auto-limitada, devendo ser adequadamente tratada<sup>[6]</sup>. Se o tratamento não for bem-sucedido a qualidade de vida do doente pode vir a sofrer tremendas alterações, pois, para além do sofrimento, problemas ao nível do sono, estados depressivos e falta de mobilidade podem advir desta tão frequente doença. Assim, podemos ver que a dor crónica atinge dimensões para além das físicas, ou seja, sociais e psicológicas<sup>[17]</sup>.

Existem diversas fontes causadoras da dor crónica; dor associada à coluna vertebral (costas e pescoço), síndrome miofascial, fibromialgia, dor de cabeça/enxaqueca, artrite e síndrome neuropática<sup>[21]</sup>. Em anexo (anexo II) está presente uma tabela que resume as diferenças entre a dor aguda e a dor crónica, que acaba por mostrar que a dor crónica afeta mais do que o indivíduo que a sente.

### 2.4 Causa

A dor por ser experienciada por diversas razões; procedimentos cirúrgicos, artrose ou degeneração articular, ossos ou nervos, tumores, sobrecarga muscular<sup>[17]</sup>, neuropatia periférica, neuralgia herpética e pós-herpética, fibromialgia ou então dor do membro fantasma<sup>[7]</sup>.

A osteoartrose é uma das razões mais frequentes que leva a que os doentes sofram de dor crónica; é uma dor que evolui muito facilmente da fase aguda à crónica, quando há sobrecarga da articulação afetada. A dor associada ao cancro é também uma das que mais afeta os doentes de dor crónica<sup>[17]</sup>.

### **3. Dor – o 5º Sinal Vital**

A dor, apresentada como um sintoma dum problema, é uma das razões mais comuns para a procura de ajuda recorrendo aos profissionais de saúde<sup>[7][22]</sup>. Foi em 1996 que se falou pela primeira vez na necessidade da dor se tornar no 5º Sinal Vital. James Campbell (Presidente da APS 1996-1998) tinha a intenção de elevar a consciencialização das pessoas para a importância da dor; se a dor fosse tratada como um sinal vital, a atenção a ela focada seria maior e assim o acompanhamento e tratamento por parte dos profissionais de saúde seriam mais adequados<sup>[23]</sup>.

Em Portugal, a DGS emitiu em 2003 uma Circular Normativa<sup>[24]</sup> que instituiu a dor como o 5º Sinal Vital; a obrigatoriedade da avaliação e registo da dor em todos os serviços de saúde foi então estabelecida; foram determinadas as escalas de medida da dor, consoante os doentes a que se destinavam (ver anexo III).

## **TRATAMENTO DA DOR**

A interpretação da dor é individualizada por cada doente, apenas ele sabe a dor que está a experienciar; muitas vezes há uma diferença entre a dor expressa verbal e fisicamente. Assim, como cada dor é específica de cada doente, o tratamento deve ser personalizado, ou seja, há que ter em conta a doença subjacente e a pessoa a tratar (cada doente tem uma personalidade única, uma perceção de dor singular e expectativa de tratamento diferente)<sup>[5]</sup>.

Apesar do aumento do conhecimento e da experiência no âmbito da dor, inúmeros doentes sofrem de dor que resiste a todos os tratamentos. Por exemplo, o tratamento a longo prazo com opióides, anticonvulsivantes e antidepressivos reduz a dor em, aproximadamente, 30-40%<sup>[4]</sup>.

### **I. Tratamento Não-Farmacológico**

Como as intervenções não-farmacológicas são potencialmente úteis na dor, e ainda de baixo custo, seguras e de fácil acesso, muitos clínicos acabam por implementá-las. Portanto, é razoável incluir o seu uso como parte de uma abordagem multidisciplinar para a analgesia, no entanto, devem ser complementares ao tratamento farmacológico<sup>[25]</sup>.

Fisioterapia e a Terapia Ocupacional são abordagens ao tratamento da dor muito recomendadas, principalmente no tratamento da dor musculoesquelética; utilizam a massagem, exercício físico, crioterapia e termoterapia. Os exercícios aeróbios (como caminhar ou nadar) têm-se mostrado benéficos na dor, pois especula-se que os níveis de endorfinas aumentem durante os exercícios. Hipnose, técnicas de relaxamento, terapia comportamental, psicoterapia e métodos de controle da mente podem ser vantajosos em doentes que não respondem às modalidades mais tradicionais de tratamento<sup>[25]</sup>.

A Acupuntura é frequentemente usada no tratamento da dor<sup>[25][26]</sup>; estudos indicam que a penetração de agulhas através da pele, seja num ponto de acupuntura ou não, provoca efeitos fisiológicos (como a libertação de endorfinas) – que sugere o efeito analgésico aparente<sup>[26]</sup>.

A TENS<sup>[25]</sup> é um procedimento de estimulação através da aplicação de corrente elétrica (com elétrodos) sobre a pele para o controlo da dor – pode ser aplicado com variadas frequências; atua por mecanismos centrais e periféricos<sup>[27]</sup>. Procedimentos cirúrgicos, como cordotomia, radictomia<sup>[28]</sup>, neurectomia, rizotomia, drezotomia, simpaticectomia e mielotomia interrompem as vias de transmissão dos estímulos dolorosos, ajudando no combate da dor<sup>[29]</sup>.

## 2. Tratamento Farmacológico

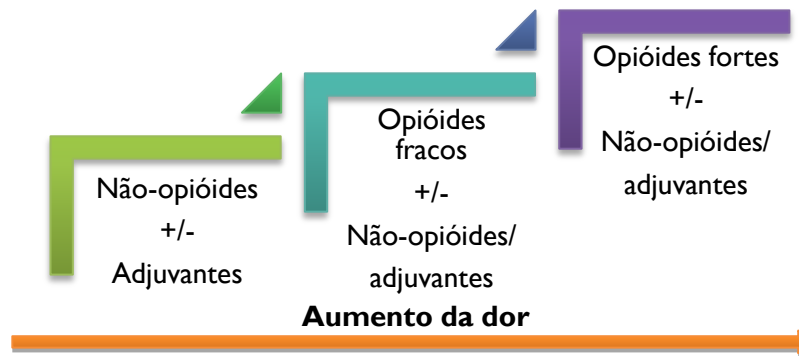
A terapia farmacológica é a primeira linha de tratamento na dor; inicialmente o tratamento implica tratar a patologia base e remover o fator causal, se possível<sup>[1]</sup>. Um dos objetivos primários no controlo da dor crónica é alcançar a analgesia adequada<sup>[30]</sup>.

Existem numerosos tipos de agentes terapêuticos para o tratamento da dor, no entanto, três categorias gerais de agentes analgésicos são usados frequentemente: acetaminofeno, AINEs e opióides<sup>[30][31]</sup>. Anticonvulsivantes, como a gabapentina (análogo do GABA)<sup>[31]</sup>, antidepressivos tricíclicos como a amitriptilina e benzodiazepinas como o diazepam são também utilizados como adjuvantes no tratamento da dor<sup>[32]</sup>. A escolha do fármaco mais adequado depende da eficácia demonstrada em estudos clínicos, tolerabilidade, perfil do doente e os potenciais efeitos adversos em populações específicas, bem como possíveis interações medicamentosas. É também importante a adoção de um esquema posológico simples para permitir uma melhor adesão ao tratamento<sup>[1]</sup>.

A OMS possui uma “escada analgésica” (figura 1) que aborda os três principais grupos de agentes analgésicos, mas que devem ser usados em conjunto com outras<sup>[33]</sup>. A dor suave a moderada pode ser controlada com acetaminofeno e AINEs ou ainda opióides fracos (como



a codeína); já a dor grave deve ser controlada com opióides mais fortes, tais como a morfina e a hidromorfona<sup>[30]</sup>. No entanto, este esquema nem sempre pode ser aplicado à dor crônica não-neoplásica, pois muitas vezes um anticonvulsivante ou um antidepressivo é dado como a primeira linha de tratamento<sup>[34]</sup>.



**Figura 1** – Escada analgésica da OMS que possui os três principais grupos de agentes analgésicos utilizados no tratamento da dor.

Os três principais grupos de agentes analgésicos têm a sua eficácia analgésica comprovada mas todos eles possuem efeitos adversos, que, normalmente, são dose-dependentes (ver anexo IV)<sup>[31]</sup>. Há que ter cuidados ao tentar minimizar o impacto que estes efeitos podem provocar na vida dos doentes (como a toma de medicamentos que contrariem os efeitos ou ainda psicoterapia).

Os analgésicos exercem as suas ações em diferentes pontos das vias da dor, o que indica que a utilização de dois ou mais agentes com diferentes mecanismos aumenta a capacidade de analgesia e prolonga o alívio da dor<sup>[35][36]</sup>. Uma abordagem promissora seria combinar num só medicamento dois grupos de fármacos distintos, que atuassem em locais diferentes (como um opióide e um AINE ou um anticonvulsivante – na dor neuropática) de modo a haver sinergia entre eles<sup>[35]</sup>.

## 2.1 Acetaminofeno

O acetaminofeno (ou paracetamol) é um analgésico não-opióide que provoca analgesia através do aumento do limiar da dor, predominantemente por mecanismos centrais. Como resultado da sua eficácia favorável, tolerabilidade, ampla disponibilidade e baixo custo, o paracetamol é recomendado como o tratamento de primeira linha para a dor suave a moderada<sup>[30]</sup>. É um fármaco que ainda não tem o seu mecanismo de ação muito bem esclarecido<sup>[37]</sup>; inibe as COXs mais a nível central do que periférico, impedindo a formação das PGs<sup>[34][37]</sup> e reforça as vias descendentes da dor<sup>[37]</sup>. A sua segurança relativa faz com que possa ser usado por tempo continuado<sup>[32]</sup>.

## 2.2 Anti-inflamatórios Não Esteróides

Os AINEs são agentes analgésicos não-opioides que atuam eficazmente na dor suave a moderada e em condições patológicas como osteoartrite, artrite reumatóide, lombalgia<sup>[30]</sup>, bursite, fibromialgia e artrite psoriática<sup>[25]</sup>. Estes atuam pela inibição dos mediadores da inflamação, que desempenham funções na indução da experiência da dor<sup>[25]</sup>, inibem a COX (COX-1 e COX-2), enzima que cataliza a conversão do ácido araquidônico em PGs e PCs – que estão envolvidas no processo inflamatório e na sensibilização das unidades centrais e periféricas da dor<sup>[1][38]</sup>.

Existem os AINEs inibidores da COX não-seletivos e os seletivos da COX-2; os segundos foram desenvolvidos para evitar os efeitos adversos que os primeiros possuem, por inibir a COX-1 – os efeitos gastrointestinais (como úlceras, dispepsia, hemorragias) são elevados e por isso estes fármacos não devem ser usados por tempos prolongados<sup>[30][34][37]</sup>.

## 2.3 Analgésicos Opióides

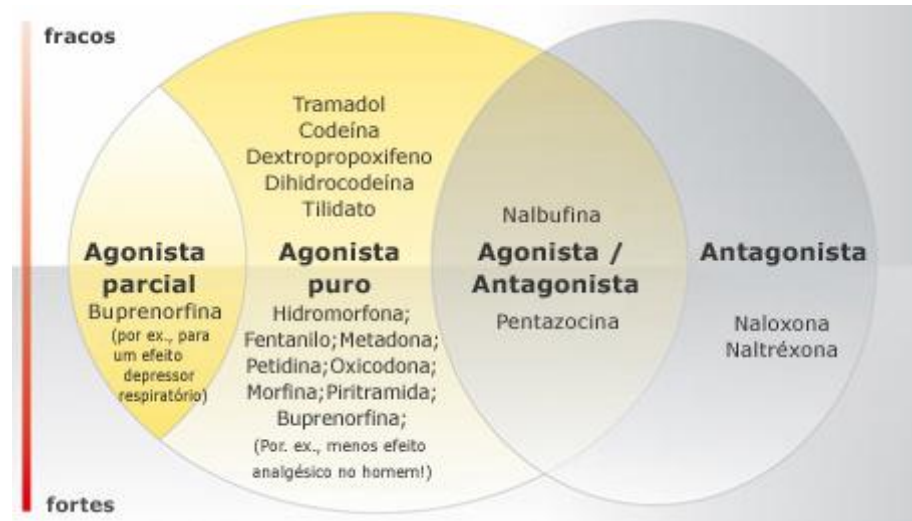
Os opioides têm sido utilizados no tratamento da dor crônica moderada a grave. O seu uso prolongado é alvo de grandes controvérsias devido a numerosas razões, tais como a sua tolerabilidade, o desenvolvimento de tolerância ao efeito analgésico, o risco de desenvolvimento de dependência e abuso<sup>[30]</sup>. Estes não devem ser utilizados como terapêutica de primeira linha na dor, sem outras intervenções terapêuticas terem sido experimentadas<sup>[32][40]</sup>. A sua eficácia a curto e médio prazo está bem demonstrada, ainda que a longo prazo os dados sejam escassos<sup>[40]</sup>.

São fármacos que atuam como agonistas de recetores endógenos (os recetores opioides); estes (já falados anteriormente) encontram-se distribuídos pelo SNC e SNP<sup>[40]</sup>. Os opioides atuam em dois locais, no terminal nervoso pré e no pós-sináptico. As ações pós-sinápticas, normalmente, são inibitórias; a ação pré-sináptica é impedir que os neurotransmissores sejam libertados, sendo este considerado o seu efeito principal no sistema nervoso<sup>[41]</sup>. Por exemplo, a morfina inibe a libertação de vários neurotransmissores, tais como a acetilcolina, o glutamato e a substância P, devido à sua ação sobre o recetor opióide  $\mu$ <sup>[42]</sup>.

Existem vários tipos de opioides que diferem na sua potência e na sua atividade intrínseca (apesar do seu espectro de ação ser comparável)<sup>[38][40]</sup> – ver figura 2.

A decisão de se iniciar a terapêutica opióide deve ser analisada cuidadosamente com o médico, com o doente e ainda com alguém próximo do doente. Um plano de monitorização e acompanhamento deve ser implementado de modo a verificar a eficácia do

efeito analgésico e a ocorrência de efeitos adversos. No entanto, antes de se iniciar a terapêutica, deve haver uma avaliação do doente; a avaliação deve incluir um histórico de doenças e medicamentos, em particular perguntas de triagem para a depressão e uso indevido de substâncias ilícitas<sup>[40]</sup>.



**Figura 2** – Esquema que classifica os analgésicos opióides de acordo com a sua potência (fracos/fortes) e com a sua actividade intrínseca (retirado do *site Change Pain*, disponível na internet: [http://www.change-pain.com.pt/grt-change-pain-portal/GRT-CP\\_pt\\_Home/Terapeutica\\_Actual\\_da\\_Dor\\_/Tratamento/Tratamento\\_com\\_opioides/159400436.jsp](http://www.change-pain.com.pt/grt-change-pain-portal/GRT-CP_pt_Home/Terapeutica_Actual_da_Dor_/Tratamento/Tratamento_com_opioides/159400436.jsp)).

Apesar dos opióides serem ditos como fracos ou fortes, existe sempre uma equivalência entre si (ver anexo V), pois um doente a ser tratado com um opióide fraco mas com uma dose alta obtém o mesmo efeito que teria se utilizasse uma dose baixa dum opióide forte<sup>[33]</sup>.

Várias guidelines<sup>[40][42]</sup> recomendam a não-prescrição de uma dose diária superior a cerca de 120mg MED sem que o doente demonstre alívio da dor com os 120mg ou que experiencie uma consulta junto de um médico especialista em dor. Isto porque, acima dos 120mg MED diários, o risco de *overdose* é aumentado<sup>[40]</sup>.

Face à falta de resposta ao tratamento, o opióide utilizado pode ser substituído por outro que atue de forma distinta do utilizado mas com o ajuste da dose equivalente – denominando-se por rotação de opióides<sup>[33][43]</sup>. Se o alívio adequado da dor, com efeitos adversos toleráveis, (mesmo após vários aumentos da dose opióide em 3/6 meses) não for alcançado, a terapêutica opióide deve ser descontinuada (diminuindo a dose em 20-50% da dose original, por semana)<sup>[43]</sup>.

### **Tapentadol**

O tapentadol é um analgésico de nova geração<sup>[44][45][46]</sup>, em que a sua forma de libertação imediata foi aprovada pela FDA em 2008 e a de libertação prolongada em 2011<sup>[44]</sup>. É de ação central com duplo mecanismo de ação, combinando o agonismo do recetor  $\mu$ , à recaptação de noradrenalina<sup>[44][45][46]</sup>, sendo indicado para a dor moderada a grave. Tem um perfil de efeitos secundários melhorado em relação aos opióides e AINEs<sup>[44][46]</sup>.

Como é um depressor do SNC, deve ter-se cuidado em doentes que tomam outros analgésicos opióides, anestésicos, sedativos e hipnóticos. Além disso, os doentes devem ser advertidos dos efeitos sedativos cumulativos ao tomar outros tranquilizantes ou álcool concomitante<sup>[46]</sup>.

### **2.4 Co-analgésicos**

Existem fármacos que foram colocados no mercado para tratar determinadas patologias mas que acabaram por ser úteis na dor devido ao seu efeito analgésico. O seu uso pode aumentar o efeito analgésico de outros analgésicos, por tratar sintomas concomitantes que aumentam a intensidade da dor, ou pode ainda por ter um efeito analgésico independente em determinados tipos de dor – como a dor neuropática<sup>[38]</sup>.

### **Anticonvulsivantes**

Os anticonvulsivantes foram desenvolvidos para o tratamento de convulsões cerebrais mas o seu efeito analgésico pode ser produzido pelo mesmo mecanismo. Embora este grupo de fármacos contenha agentes de diferentes classes farmacológicas, com diferentes mecanismos de ação, todos inibem a excitação neuronal e estabilizam as membranas. A gabapentina, por exemplo, tem sido eficaz na dor neuropática pela sua ligação a uma subunidade dos canais de cálcio pré-sinápticos voltagem-dependentes, reduzindo a libertação dos neurotransmissores. Os efeitos secundários destes fármacos têm induzido a interrupção do tratamento<sup>[36][38]</sup>.

### **Antidepressivos**

Os antidepressivos parecem aumentar o limiar da dor em doentes deprimidos e não-deprimidos (apesar dos doentes com dor crónica serem, na sua maioria, deprimidos); a dose necessária para elevar o limiar parece ser menor do que a usada na depressão<sup>[5][35]</sup>.

Os ADTs inibem a recaptação neuronal de neurotransmissores, como a noradrenalina e a serotonina, na fenda sináptica; o aumento resultante da concentração de neurotransmissores intensifica a atividade da via descendente da dor, conduzindo à analgesia;

também atuam noutros recetores e ainda nos canais de sódio – o que leva a vários efeitos adversos. São considerados a primeira linha de tratamento na dor neuropática, apesar de não terem sido aprovados nesse sentido. A dose analgésica é também inferior à dose usada no tratamento da depressão, e o seu efeito analgésico é sentido mais rapidamente. Os ISRSN inibem seletivamente a recaptação de noradrenalina e serotonina na fenda sináptica levando à analgesia; não atuam noutros recetores, ou seja, os efeitos adversos são menores, sendo mais toleráveis – apesar da sua eficácia ser moderada. A duloxetina e a venlafaxina são exemplos de fármacos usados na dor neuropática<sup>[35][36]</sup>.

### ***Ansiolíticos: Benzodiazepinas***

As benzodiazepinas são usadas na ansiedade mas muitas vezes são prescritos para o alívio da dor; são fármacos que potenciam o complexo GABA-recetor, não tendo um efeito analgésico nato, no entanto, as doentes com dor sofrem muitas vezes de ansiedade, daí que estes fármacos consigam ajudar no controlo da dor<sup>[47]</sup>.

### ***Anti-histamínicos***

Os anti-histamínicos têm um forte efeito ansiolítico-sedativo e têm sido utilizados com segurança e eficácia no tratamento da dor, e da ansiedade associada a vários procedimentos médicos; muitas vezes são usados para aumentar o efeito anestésico da morfina (como a prometazina)<sup>[48]</sup>.

### ***Relaxantes Musculares***

Os relaxantes musculares são prescritos para muitas situações, incluindo na dor; estes consistem em agentes anti-espásticos (baclofeno, tizanidina, dantrolona e diazepam), que melhoram a hipertonicidade muscular e nos movimentos involuntários, e agentes anti-espasmódicos (como a ciclobenzaprina), que são usados em problemas musculoesqueléticos<sup>[47]</sup>.

### ***Corticosteróides***

Os corticosteróides são usualmente usados no tratamento da dor pelas suas propriedades anti-inflamatórias; estas resultam de vários fatores, como a inibição da fosfolipase (que transforma os fosfolípidos em ácido araquidónico – precursor das PGs), alterações linfocitárias (limita a sua migração para o tecido agredido), inibição da expressão de citocinas e estabilização da membrana celular<sup>[49]</sup>. São utilizados para aliviar a dor em situações reumáticas inflamatórias, sendo o pilar do tratamento quando são poucas as articulações envolvidas<sup>[5]</sup>. Prednisona, metilprednisolona, hidrocortisona, cortisona<sup>[50]</sup> e a

dexametasona são os corticosteróides mais usados na dor (sendo o último o mais potente e com menor efeito mineralocorticoide)<sup>[50]</sup>.

## 2.5 Técnicas invasivas

Estas técnicas envolvem a utilização de anestésicos locais e agentes neurolíticos para a execução de bloqueios nervosos (de forma reversível ou irreversível, respetivamente), de modo a interromper a transmissão dolorosa. A administração fármacos por via espinal é também uma técnica invasiva<sup>[5]</sup>.

## 2.6 Círculo Vicioso

A dificuldade em manter o equilíbrio entre o alívio adequado e a tolerabilidade aceitável, particularmente com opióides fortes, pode levar a um “círculo vicioso” (ver anexo VI) que alterna entre a falta de eficácia do tratamento e os efeitos colaterais desagradáveis, o que leva à interrupção do tratamento. É necessário conhecer os vários tipos de dor e as opções farmacológicas disponíveis; a adoção de uma abordagem mais multifatorial faz com que os médicos optem por combinações de substâncias de diferentes classes farmacológicas, ou pela administração de analgésicos com dois mecanismos de acção distintos<sup>[36]</sup>.

Quando a tolerabilidade é satisfatória mas o nível de analgesia é insuficiente, a dose é, geralmente, aumentada por forma a conseguir o alívio da dor. Como a eficácia dos opióides é dose-dependente, o aumento da dose pode levar à analgesia desejada mas vai também aumentar o risco de efeitos adversos. Assim, a tolerabilidade pode tornar-se inaceitável, ou a medicação para combater os efeitos adversos pode revelar-se ineficaz, levando o médico (ou o doente) a reduzir a dose dos opióides. Isto melhora a tolerabilidade mas compromete a eficácia analgésica, considerando-se o aumento da dose<sup>[36]</sup>.

## **A DOR EM PORTUGAL**

A dor clínica é um sério problema de saúde pública<sup>[3]</sup>. Na Europa a dor crónica é muito comum (em 2006 afetava 19% dos europeus), alterando negativamente muitos aspetos da vida dos doentes (ver anexo VII); estes doentes, com uma longa experiência da dor, possuem variadas atitudes negativas e ainda de desconfiança relativamente aos prestadores de cuidados de saúde, amigos, familiares e conhecidos<sup>[52]</sup>.

Em Portugal a realidade não é muito diferente. Em 2010, 36% dos portugueses adultos eram afetados pela dor crónica, sendo que 16% referiam-na como sendo moderada a grave (estatísticas presentes no anexo VIII). As atividades diárias, assim como as laborais, são

gravemente afetadas e estima-se que estes doentes tenham, em média, 14 dias de baixa por ano, ou seja, são mais de 290 milhões de euros anuais de custos salariais suportados pela Segurança Social<sup>[53]</sup>.

Em Portugal, assim como na Europa, o acesso aos serviços de saúde e o processo de diagnóstico é demorado; os doentes recorrem, maioritariamente, aos médicos de família e clínicos gerais<sup>[52][53]</sup>. Só 22% dos doentes são seguidos por um especialista e 1% são seguidos em Unidades de Dor Crónica<sup>[53]</sup>.

## 1. Legislação

Políticas de saúde destinadas ao combate da dor têm sido criadas devido ao reconhecimento do impacto individual e socioeconómico da mesma<sup>[53]</sup>. Em 2001 foi instituído o PNLCD pela DGS, que “define o modelo organizacional a desenvolver pelos serviços de saúde e orientações técnicas que promovam boas práticas profissionais na abordagem da dor”, ou seja, visava criar mais Unidades de Dor nos hospitais, que sofriam uma grande carência nesse âmbito, assim como na assistência aos doentes<sup>[29]</sup>. Em 2008 criou-se o PNCDor, dando continuidade ao plano anterior, que visava reduzir a prevalência da dor na população, melhorar a qualidade de vida dos doentes e racionalizar os custos e recursos associados ao tratamento<sup>[54]</sup>. Apesar do PNCDor não ter terminado o seu horizonte temporal (que seria em 2018), em 2013 o PENPCDor veio substituí-lo na sequência das atribuições conferidas à DGS, pelo DL 124/2011 de 29 de dezembro<sup>[55]</sup>, e dos programas prioritários a desenvolver pela DGS. É um plano que abrange toda a população de Portugal e possui um horizonte temporal de 3 anos<sup>[56]</sup>.

A falta de formação específica na dor é algo que ainda faz falta em Portugal. Em 2006 a Ordem dos Médicos criou a Competência em Medicina da Dor de modo a que se possam diferenciar os profissionais; em 2010 existiam cerca de 120 médicos especializados na dor<sup>[53]</sup>.

## 2. Unidades da Dor

Em 1999, o Grupo de Trabalho para o Estudo da Dor da DGS realizou um questionário aos hospitais portugueses referente ao tratamento da dor crónica e aguda pós-operatória. Verificou-se que 39,1%, dos hospitais que responderam, possuíam unidades funcionais com atividade em dor crónica, e 27,7% com programas de atuação analgésica no pós-operatório. Concluiu-se que existiam 21 Unidades de Dor de nível básico, 6 Unidades Terapêuticas de Dor de nível I, 9 Unidades Multidisciplinares de Dor de nível II e 0 Centros Multidisciplinares de Dor de nível III; relativamente à dor aguda pós-operatória, existiam 16 unidades de dor (ver características de cada tipo de unidade em anexo – anexo IX)<sup>[29]</sup>.

As unidades são adaptadas à realidade de cada hospital em que se integram (tendo em conta os recursos humanos e materiais disponíveis). É necessário cumprir algumas linhas orientadoras de modo a haver uma interligação com os restantes serviços do hospital e com os serviços de saúde da comunidade (estas estão disponíveis no PNLCD). A fluidez de comunicação entre os profissionais hospitalares e centros de saúde tem que ser garantida, dado que os doentes são integrados numa Unidade de Dor apenas por referência médica de medicina geral familiar ou pelas diferentes especialidades hospitalares – e toda a informação clínica e medicamentosa tem que ser devidamente assegurada nas unidades<sup>[29]</sup>.

Um profissional de saúde integrante numa Unidade de Dor tem que possuir conhecimentos específicos que possam clarificar as queixas dos doentes; é necessário saber estruturar a história da dor através duma entrevista cuidada. A caracterização de fatores psicológicos é também importante, sendo um especialista em psicologia ou psiquiatria um dos pilares das unidades. Para além das técnicas de tratamento farmacológico, as técnicas não-farmacológicas têm que ser partes integrantes do conhecimento dos profissionais de saúde; isto porque a dor exige uma abordagem multidisciplinar<sup>[29]</sup>.

É fundamental uma eficaz articulação entre o médico assistente e os profissionais de saúde que prestam cuidados na Unidade da Dor, pois o tratamento, que normalmente é prolongado e exige aspetos técnicos complexos, requer uma atuação conjugada.

### ***Unidade de Dor – Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE***

A Unidade Terapêutica de Dor, inserida no Hospital São Teotónio, EPE – Viseu, tem como missão prestar serviços e atos clínicos diferenciados a doentes referenciados à unidade, portadores de dor crónica (oncológica e não oncológica), tendo como referência a população da área de influência do hospital. É uma unidade que presta consultas (ambulatório, internamento, serviço de urgência e telefónicas) e tratamentos invasivos e não-invasivos farmacológicos e não-farmacológicos (ver anexo X). A equipa é constituída tendo em conta os requisitos mínimos duma Unidade Terapêutica de Dor inserida no PNCDor (ver anexo XI).

## **O FARMACÊUTICO E A DOR**

A dor é um dos principais problemas de saúde na Europa. Embora a dor aguda possa ser considerada razoavelmente um sintoma duma doença ou ferimento, a dor crónica e recorrente é um problema de saúde específico, uma doença no seu direito<sup>[57]</sup>. A dor crónica tem um grande efeito prejudicial na qualidade de vida dos milhões de pessoas que sofrem da



doença, assim como na vida dos seus familiares; sem o tratamento adequado, os doentes são muitas vezes incapazes de trabalhar ou mesmo de executar tarefas simples<sup>[58]</sup>.

Sendo a primeira linha de tratamento da dor a terapêutica farmacológica, e dado que o farmacêutico é o especialista do medicamento, faz todo o sentido haver a ligação do farmacêutico, como profissional de saúde, ao doente, dentro e fora das Unidades de Dor.

### **1. Acompanhamento farmacêutico em Farmácia Hospitalar**

Médicos e enfermeiros são os pilares numa Unidade de Dor, no entanto, o farmacêutico, ao ser inserido no serviço, com certeza que vantagens seriam alcançadas. O farmacêutico teria que adquirir uma especialização, tal como o médico coordenador da unidade, em Medicina da Dor; o conhecimento de todos os mecanismos físicos e psicológicos envolvidos no processo da dor, assim como de todos os métodos terapêuticos, é essencial para a individualização da terapêutica, sempre com cuidados à “cabeceira” do doente.

Apesar do tratamento farmacológico ter uma intenção benéfica, isso nem sempre acontece. Existem problemas relacionados com os medicamentos que só o farmacêutico, através do Seguimento Farmacoterapêutico (definido como “o serviço profissional que tem como objetivo detetar problemas relacionados com medicamentos, para prevenir e resolver os resultados negativos associados à medicação. Este serviço implica um compromisso e deve ser disponibilizado de um modo contínuo, sistemático e documentado, em colaboração com o doente e com os profissionais do sistema de saúde, com a finalidade de atingir resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do doente”<sup>[59]</sup>) pode detetar e ajudar a resolver. Falta ainda um enquadramento legal que garanta a especificidade e formação, falta uma carreira de farmacêutico hospitalar que reconheça e assegure a continuidade do papel do farmacêutico hospitalar, para a segurança dos doentes e para a sustentabilidade do SNS<sup>[60]</sup>.

### **2. Acompanhamento farmacêutico em Farmácia Comunitária**

Os cuidados farmacêuticos são uma prática centrada no doente, com foco na identificação, resolução e prevenção de problemas relacionados com a terapêutica. É necessário um processo de assistência ao doente que compreende quatro etapas: avaliação das necessidades da terapêutica farmacológica, desenvolvimento de um plano de cuidados para atender a essas necessidades, implementação de um plano de cuidados farmacêuticos e avaliação e revisão do plano de cuidados. Os doentes, ao beneficiarem da terapêutica adequada, terão também um impacto benéfico nas famílias e comunidade onde se inserem<sup>[61]</sup>.

A detecção, prevenção e resolução dos resultados negativos associados à medicação conduz, inevitavelmente, à monitorização e avaliação contínua dos efeitos dos medicamentos que o doente utiliza. Sintomas, sinais, eventos clínicos, medições metabólicas ou fisiológicas são as variáveis clínicas que deverão ser utilizadas para determinar se a farmacoterapia está a ser necessária, efetiva e segura<sup>[62]</sup>. A colaboração e integração do farmacêutico na equipa multidisciplinar de saúde que atende cada doente é um fator-chave, fornecendo o seu parecer, elaborado na perspetiva do medicamento, sempre que considere conveniente.

O farmacêutico deve cooperar e colaborar com o doente por tempo indeterminado; tem de se envolver, não apenas, na prevenção ou resolução dos problemas negativos resultantes da medicação quando estes surgem, mas também, no tratamento integral dos problemas de saúde do doente. Para garantir a continuidade do seguimento farmacoterapêutico é necessário desenvolver um plano de atuação, de modo a avaliar continuamente os resultados das intervenções realizadas.

O Método de Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico (desenvolvido pelo *Grupo de Investigación de Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada*) permite que o farmacêutico siga normas claras e simples para realizar o seguimento de forma sistematizada; o seu procedimento propõe, como objetivo já referido, a conceção de um plano de atuação com o doente que promova a continuidade no tempo (ver anexo XII)<sup>[62]</sup>.

### **Efeitos Adversos da Terapêutica Farmacológica**

Como já foi referenciado anteriormente, o tratamento farmacológico da dor tem efeitos benéficos mas tem também efeitos menos benéficos. Os AINEs caracterizam-se, principalmente, pelos seus efeitos gastrointestinais – podendo provocar hemorragias; para diminuir o risco destes, pode co-administrar-se um gastroprotetor (como misoprostol, bloqueadores H<sub>2</sub> e inibidores da bomba de protões), identificar doentes de risco e evitar a administração destes fármacos aos mesmos e tratar infecções de *Helicobacter pylori* antes de se iniciar a terapêutica com AINEs<sup>[30]</sup>.

Os analgésicos opióides são ainda controversos no seu uso a longo-prazo devido aos efeitos a eles associados. Para tratar os efeitos adversos induzidos por opióides, pode reduzir-se a dose administrada, alterar o opióide por outro (ou outro tipo de fármaco), alterar a via de administração ou tratar individualmente cada efeito<sup>[30]</sup>.

- A obstipação é um problema comum em doentes tratados com opióides orais; para que possa ser evitado, devemos aconselhar o doente a fazer uma hidratação adequada com

aumento do consumo de fibras e ainda o uso de laxantes (nalguns casos fármacos como bisacodil e sene têm que ser utilizados)<sup>[29][30]</sup>.

- Náuseas e vômitos são também frequentes. O uso de anti-eméticos de forma profilática durante as primeiras semanas de tratamento (como a metoclopramida) pode ajudar a diminuir os sintomas; a rotação de opióides tem-se mostrado também eficaz. A nível doméstico, a preparação de refeições com aporte de nutrientes reforçado, com alimentos do gosto do doente, em pequenas refeições frequentes, sem forçar quando nauseado, realizando a higiene oral antes e depois das refeições e ingestão de pequenas quantidades de líquidos, são conselhos que podem ajudar<sup>[29][30]</sup>.
- O prurido não é tão frequente mas também pode ocorrer; o uso de anti-histamínicos pode atenuar este efeito (nalguns casos a rotação de opióides foi eficaz)<sup>[30]</sup>.
- Sonolência e problemas cognitivos ocorrem regularmente no início da terapêutica ou durante a mudança de dose; retirar alguma medicação que possa acentuar este efeito dos opióides e se persistir, o uso de psico-estimulantes (como o metilfenidato) pode ser ponderado, no entanto, os seus efeitos adversos (delírio, alucinações, psicose) são elevados – apostar na mudança do opióide ou até da via de administração pode ser vantajoso<sup>[30]</sup>.
- A depressão respiratória é um efeito raro, pois a tolerância ao opióide acontece rapidamente, não chegando a um uso tão prolongado que a possa desenvolver<sup>[30]</sup>.
- Tolerância acontece quando se utilizam opióides por tempo muito prolongado, sendo necessário aumentar progressivamente a dose para alcançar o alívio da dor. A alteração do opióide utilizado pode ser uma hipótese de modo a evitar que isto aconteça<sup>[30]</sup>.
- Dependência física é dita como a síndrome da “ressaca”, que acontece quando se suspende abruptamente o tratamento – ansiedade, sudorese aumentada, irritabilidade, náuseas, vômitos, cólicas abdominais, diarreia, arrepios e afrontamentos são os sinais e sintomas que ocorrem. Para evitar deve fazer-se uma diminuição progressiva do opióide<sup>[30]</sup>.
- Abuso e desenvolvimento de dependência é algo que acontece muito raramente durante o tratamento. Os profissionais de saúde devem, antes de iniciar a terapêutica, analisar os riscos de tal acontecer; durante o tratamento deve realizar-se um plano terapêutico multimodal, estratificar o risco dos doentes e identificar doentes com comportamentos aberrantes. O uso de formulações de libertação prolongada pode ajudar a que não haja o efeito de alívio imediato, levando a que o doente queira sempre voltar a tomar o medicamento<sup>[30]</sup>.
- A diminuição da secreção salivar ocorre em poucos doentes; a ingestão de líquidos pode ser aconselhada, no entanto, nalguns casos o uso de pilocarpina pode ser justificado<sup>[30]</sup>.

A dispensa de opióides na farmácia ainda é, para muitos farmacêuticos, considerado como a dispensa de um medicamento “muito forte” – o que não ajuda os doentes que, para além de sofrerem de dor, não entendem o porquê de terem que facultar vários dados pessoais numa ida à farmácia. Os mitos associados à prescrição de opióides pelos profissionais de saúde, ou pelos doentes, limitam o adequado tratamento da dor; a extinção do receituário especial para os opióides, com o início da prescrição electrónica, contribuirá para o fim de um estigma referido por muitos doentes e profissionais<sup>[63]</sup>. É também necessário uma maior comunicação entre profissionais de saúde de modo a garantir a eficácia e segurança do doente, de modo a que este se sinta confiante com a terapêutica instituída<sup>[64]</sup>. O envolvimento dos familiares no cumprimento da terapêutica é também muito importante durante o tratamento, desmitificando a utilização dos opióides e obtendo expectativas realistas<sup>[29]</sup>.

Para que o doente consiga alcançar o alívio da dor e a qualidade de vida, é necessário inculcir alguns pontos-chave no seu dia-a-dia. O controlo de possíveis estímulos desencadeantes como a mobilização, compressão e comunicação oral. Técnicas comportamentais e cognitivas, tais como relaxamento, programação de atividades, técnicas de distração, estratégias de conforto e reestruturação cognitiva podem ser muito úteis<sup>[29]</sup>.

## CONCLUSÃO

Dor, um sintoma comum e temido, necessário para sustentar a vida. A percepção de que a dor é um fenómeno complexo é, sem dúvida, importante para conseguir encontrar a melhor forma de a combater.

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

A elaboração de planos para controlar e combater a dor tornou-se um fator importante no acompanhamento ao doente. A criação de Unidades de Dor em vários pontos do país fez com que se conseguisse atuar mais na qualidade de vida do doente, que é afetada a vários níveis. No entanto, há ainda um longo caminho a percorrer até que se consiga alcançar a forma perfeita de ajudar os doentes na dor e o farmacêutico é um dos profissionais-chave desse caminho.

Protocolos estabelecidos entre as Unidades da Dor e as Farmácia Comunitárias seriam uma mais-valia para o doente e para a sociedade, mas para isso o farmacêutico teria que adquirir conhecimentos mais específicos e teria, principalmente, que se reeducar para garantir um acompanhamento farmacêutico de qualidade; é necessário perceber que o papel do profissional farmacêutico, por meio das suas capacidades, conhecimentos e competências, se torna uma ferramenta importante ao analisar os dados registados pela equipa de saúde e a prescrição realizada pelo médico.

**BIBLIOGRAFIA**

- [1] STUMP, P., DALBEN, G.S. – **Mechanisms and clinical management of pain.** Brazilian Oral Research. Vol. 26 nº1 (2012), p.115-9 [Acedido em 20 de maio de 2014]. Disponível na internet: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-83242012000700017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242012000700017).
- [2] APPEd – **A IASP está a desenvolver, em colaboração com a WHO, uma nova e pragmática classificação da dor crónica.** [Acedido em 20 de junho de 2014]. Disponível na internet: <http://www.apir.pt/index.php/a-aped/destaques/415-a-iasp-esta-a-desenvolver-em-colaboracao-com-a-who-uma-nova-e-pragmatica-classificacao-da-dor-cronica>.
- [3] WOOLF, C.J., MA, Q. – **Nociceptors – Noxious Stimulus Detectors.** Neuron. Vol. 55, nº3 (2007), p.353-364 [Acedido em 15 de maio de 2014]. Disponível na internet: [http://www.cell.com/neuron/abstract/S0896-6273\(07\)00537-5](http://www.cell.com/neuron/abstract/S0896-6273(07)00537-5).
- [4] TURK, D.C. – **Understanding pain sufferers: the role of cognitive processes.** The Spine Journal. Vol. 4, nº1 (2004), p.1-7 [Acedido em 20 de maio de 2014]. Disponível na internet: [http://www.thespinejournalonline.com/article/S1529-9430\(03\)00068-8/pdf](http://www.thespinejournalonline.com/article/S1529-9430(03)00068-8/pdf).
- [5] KATZ, A.W. – **Approach to the Management of Nonmalignant Pain.** The American Journal of Medicine. Vol. 101 nº1A (1996), p. 54-63 [Acedido em 15 de maio de 2014]. Disponível na internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8764761>.
- [6] TAVARES, J.C. – **Medicamentos da dor e seus mecanismos de acção.** In: GUIMARÃES, S., MOURA, D., DA SILVA, P.S., Terapêutica Medicamentosa e suas Base Farmacológicas. Porto: Porto Editora, 2006. ISBN: 972-0-06029-8, p.120-127.
- [7] RAJ, P.P. – **Taxonomy and classification of pain.** In: KREITLER, S., BELTRUTTI, D., LAMBERTD, A., NIV, D., The Handbook of Chronic Pain. New York: Nova Science Publishers, Inc., 2007. ISBN: 978-60021-044-0, p.41-56.
- [8] APPEd – **O que é a dor?** [Acedido em 6 de maio de 2014]. Disponível na internet: <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/a-dor/13-o-que-e-a-dor>.

- [9] CHANGE PAIN – **Como definir a dor?** [Acedido em 6 de maio de 2014]. Disponível na internet: [http://www.change-pain.com.pt/grt-change-pain-portal/GRT-CP\\_pt\\_\\_Home/Terapeutica\\_Actual\\_da\\_Dor\\_/Definicao/159300081.jsp](http://www.change-pain.com.pt/grt-change-pain-portal/GRT-CP_pt__Home/Terapeutica_Actual_da_Dor_/Definicao/159300081.jsp).
- [10] BASBAUM, A.I., BAUTISTA, D.M., SCHERRER, G., JULIUS, D. – **Cellular and Molecular Mechanisms of Pain**. Cell. Vol. 139, nº2 (2009), p.267-284. [Acedido em 15 de maio de 2014]. Disponível na internet: [http://ac.els-cdn.com/S0092867409012434/1-s2.0-S0092867409012434-main.pdf?\\_tid=4430932a-fd36-11e3-8a9a-00000aab0f01&acdnat=1403789706\\_68826f278f3820f72f7ac46a1e240107](http://ac.els-cdn.com/S0092867409012434/1-s2.0-S0092867409012434-main.pdf?_tid=4430932a-fd36-11e3-8a9a-00000aab0f01&acdnat=1403789706_68826f278f3820f72f7ac46a1e240107).
- [11] POLLO, A., BENEDETTI, F. – **Anatomical and Physiological Bases of Nociception**. In: KREITLER, S., BELTRUTTI, D., LAMBERTD, A., NIV, D., The Handbook of Chronic Pain. New York: Nova Science Publishers, Inc., 2007. ISBN: 978-60021-044-0, p.3-24.
- [12] CHANGE PAIN – **Princípios Básicos Sobre a Dor**. [Acedido em 6 de maio de 2014]. Disponível na internet: [http://www.change-pain.com.pt/grt-change-pain-portal/GRT-CP\\_pt\\_\\_Home/Terapeutica\\_Actual\\_da\\_Dor\\_/Principios\\_Basicos/159300083.jsp](http://www.change-pain.com.pt/grt-change-pain-portal/GRT-CP_pt__Home/Terapeutica_Actual_da_Dor_/Principios_Basicos/159300083.jsp).
- [13] MENESCAL-DE-OLIVEIRA, L., DA SILVA, L.F.S. – **Mecanismos neurais e modulação da dor**. In: NETO, O.A., ISSY. A.M.. Dor: Princípios e Prática. Porto Alegre: Artmed, 2009. ISBN: 978-85-1792-2, p.235-246.
- [14] TEIXEIRA, M.J. – **Fisiopatologia da nociceção e da supressão da dor**. In: NETO, O.A., ISSY. A.M.. Dor: Princípios e Prática. Porto Alegre: Artmed, 2009. ISBN: 978-85-1792-2, p.205-226.
- [15] MEDICAL TREATMENT UTILIZATION SCHEDULE (MTUS) – **Chronic Pain Medical Treatment Guidelines**. Title 8, seccion 9792.20-26 (2009). [Acedido em 20 de março de 2014]. Disponível na internet: [https://www.dir.ca.gov/dwc/DWCPPropRegs/MTUS\\_Regulations/MTUS\\_ChronicPainMedicalTreatmentGuidelines.pdf](https://www.dir.ca.gov/dwc/DWCPPropRegs/MTUS_Regulations/MTUS_ChronicPainMedicalTreatmentGuidelines.pdf).
- [16] KORFF, M.V., DUNN, K.M. – **Chronic Pain Reconsidered**. Pain. Vol.138, nº2 (2008), p.267-276. [Acedido em 16 de maio de 2014]. Disponível na internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2613775/>.

[17] CHANGE PAIN – **Classificação de acordo com a duração**. [Acedido a 6 de maio de 2014]. Disponível na internet: <http://www.change-pain.com.pt/grt-change-pain-portal/159400072.jsp>.

[18] FEIN, A. – **Nociceptors and the Perception of Pain**. Connecticut: University of Connecticut Health Center. (2012). [Acedido em 20 de maio de 2014]. Disponível na internet: <http://www.cell.uhc.edu>.

[19] WOOLF, C.J. – **What is this thing called pain?** The Journal of Clinical Investigation. Vol. 120, nº 11 (2010), p.3742-3744. [Acedido em 20 de maio de 2014]. Disponível na internet: <http://www.jci.org/articles/view/45178>.

[20] GRUNENTHAL – **Dor aguda**. [Acedido a 6 de maio de 2014]. Disponível na internet: [http://www.grunenthal.pt/grt-web/Grunenthal\\_Portugal/Tratamento\\_da\\_Dor/Dor\\_Aguda/160200172.jsp](http://www.grunenthal.pt/grt-web/Grunenthal_Portugal/Tratamento_da_Dor/Dor_Aguda/160200172.jsp).

[21] SAVDIA, G., LORETO, M. – **Chronic non-cancer pain**. In: KREITLER, S., BELTRUTTI, D., LAMBERTD, A., NIV, D., The Handbook of Chronic Pain. New York: Nova Science Publishers, Inc., 2007. ISBN: 978-60021-044-0, p.57-74.

[22] ORTEGA, E.I. – **O tratamento da dor como um direito**. In: NETO, O.A., ISSY. A.M.. Dor: Princípios e Prática. Porto Alegre: Artmed, 2009. ISBN: 978-85-1792-2, p.77-90.

[23] CHAVES, L.D. – **Dor como o 5º Sinal Vital**. In: NETO, O.A., ISSY. A.M.. Dor: Princípios e Prática. Porto Alegre: Artmed, 2009. ISBN: 978-85-1792-2, p.109-114.

[24] DGS – **Circular Normativa nº9/DGCG de 14/06/2003**. [Acedido em 20 de maio de 2014]. Disponível na internet: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>.

[25] JOFFE, A.M., HALLMAN, M., GÉLINAS, C., HERR, D.L., PUNTILLO, K. – **Evaluation and Treatment of Pain in Critically Ill Adults**. Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine. Vol. 34, nº 2 (2013), p.189-200. [Acedido em 20 de maio de 2014]. Disponível na internet: [http://www.medscape.com/viewarticle/807111\\_5](http://www.medscape.com/viewarticle/807111_5).

[26] MADSEN, M.V., GOTZSCHE, P.C., HRÓBJARTSSON, A. – **Acupuncture treatment for pain: systematic review of randomised clinical trials with acupuncture, placebo acupuncture, and no acupuncture groups**. BMJ. Vol. 338



(2009). [Acedido a 21 de maio de 2014]. Disponível na internet: [http://www.bmj.com/highwire/filestream/340794/field\\_highwire\\_article\\_pdf/0/bmj.a3115](http://www.bmj.com/highwire/filestream/340794/field_highwire_article_pdf/0/bmj.a3115).

[27] DESANTANA, J.M., WALSH, D.M., SLUKA, K. – **Effectiveness of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation for Treatment of Hyperalgesia and Pain**. *Current rheumatology reports*. Vol. 10, nº6 (2008), p.492-499. [Acedido em 21 de maio de 2014]. Disponível na internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2746624/>.

[28] CHANGE PAIN – **Tratamento não farmacológico**. [Acedido em 21 de maio de 2014]. Disponível na internet: [http://www.change-pain.com.pt/grt-change-pain-portal/GRT-CP\\_\\_pt\\_\\_Home/Terapeutica\\_Actual\\_da\\_Dor\\_/Tratamento/Tratamento\\_nao\\_farmacologico/159400400.jsp](http://www.change-pain.com.pt/grt-change-pain-portal/GRT-CP__pt__Home/Terapeutica_Actual_da_Dor_/Tratamento/Tratamento_nao_farmacologico/159400400.jsp).

[29] DGS – **Plano Nacional da Luta Contra a Dor**. [Acedido em 22 de maio de 2014]. Disponível na internet: <http://www.esscvp.eu/Portals/0/Plano%20Nacional%20de%20Luta%20Contra%20a%20Dor.pdf>.

[30] LABIANCA, R., SARZI-PUTTINI, P., ZUCCARO, S.M., CHERUBINO, P., VELUCCI, R., FORNASARI, D. – **Adverse effects associated with non-opioid and opioid treatment in patients with chronic pain**. *Clinical Drug Investigation*. Vol. 32, nº1 (2012), p.53-63. [Acedido em 20 de maio de 2014]. Disponível na internet: <http://link.springer.com/article/10.2165%2F11630080-000000000-00000>.

[31] NALAMACHU, S. – **An Overview of Pain Management: the clinical efficacy and value of treatment**. *The American Journal of Managed Care*. (2013). [Acedido em 20 de maio de 2014]. Disponível na internet: [http://www.ajmc.com/publications/supplement/2013/A467\\_Nov13\\_NSAID/A467\\_Nov13\\_Nalamachu\\_S261/](http://www.ajmc.com/publications/supplement/2013/A467_Nov13_NSAID/A467_Nov13_Nalamachu_S261/).

[32] PEDERSEN, L., HANSEN, A.B., SVENDSEN, K., SKURTVEIT, S., BORCHGREVINK, P.C., FREDHEIM, O.M. – **Reimbursement of analgesics for chronic pain**. *Tidsskr Nor Laegeforen*. Vol.132, nº 22 (2012), p.2489-93. [Acedido em 20 de maio de 2014]. Disponível na internet: <http://tidsskriftet.no/pdf/pdf2012/2489-93eng.pdf>.

[33] GARDENER-NIX, J. – **Principles of opioid use in chronic non-cancer pain**. *Canadian Medical Association Journal*. Vol. 169, nº1 (2003), p.38-43. [Acedido em 21 de

maio de 2014]. Disponível na internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC164942/>.

[34] DE OLIVEIRA, L.F. – **Princípios gerais do tratamento de dor**. In: NETO, O.A., ISSY, A.M.. Dor: Princípios e Prática. Porto Alegre: Artmed, 2009. ISBN: 978-85-1792-2, p.1033-1041.

[35] SINDRUP, S.H., OTTO, M., FINNRUP, N.B., JENSEN, T.S. – **Antidepressants in the treatment of neuropathic pain**. Basic&Clinical Pharmacology&Toxicology. Vol. 96, nº9 (2005), p.399-409. [Acedido e 21 de maio de 2014]. Disponível na internet: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-7843.2005.pto\\_96696601.x/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-7843.2005.pto_96696601.x/pdf).

[36] VARRASSI, G., MULLER-SCHWEFE, G. PERGOLIZZI, J., ORÓNSKA, A., MORLAN, B., MAVROCORDATOS, P., MARGARIT, C., MANGAS, C., JAKSCH, W., HUYSEN, F., COLLETT, B., BERTI, M., ALDINGTON, D., AHLBECK, K. – **Pharmacological treatment of chronic pain – The need for CHANGE**. Current Medical Research & Opinion. Vol. 26, nº5 (2010), p.1231-45. [Acedido em 21 de maio de 2014]. Disponível na internet: <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1185/03007991003689175>.

[37] ANDERSON, B.J. – **Paracetamol (Acetaminophen): mechanisms of action**. Pediatric Anesthesia. Vol. 18, nº10 (2008), p.915-21. [Acedido em 21 de maio de 2014]. Disponível na internet: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1460-9592.2008.02764.x/pdf>.

[38] CHANGE PAIN – **Tratamento não opióide**. [Acedido em 21 de maio de 2014]. Disponível na internet: [http://www.change-pain.com.pt/grt-change-pain-portal/GRT-CP\\_\\_pt\\_\\_Home/Terapeutica\\_Actual\\_da\\_Dor\\_/Tratamento/Tratamento\\_nao\\_opioide/159400416.jsp](http://www.change-pain.com.pt/grt-change-pain-portal/GRT-CP__pt__Home/Terapeutica_Actual_da_Dor_/Tratamento/Tratamento_nao_opioide/159400416.jsp).

[39] SIMMONS, D.L., WAGNER, D., WESTOVER, K. – **Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs, Acetaminophen, Cyclooxygenase 2, and Fever**. Infectious Diseases Society of America. Vol. 31, nº15 (2000), p.221-8. [Acedido a 22 de maio de 2014]. Disponível na internet: <http://www.cid.oxfordjournals.org/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=11113025>.

[40] THE BRITISH PAIN SOCIETY – **Opioids for persistent pain: Good Practice**. (2010). [Acedido em 20 de março de 2014]. Disponível na internet: [http://www.britishpainsociety.org/book\\_opioid\\_main.pdf](http://www.britishpainsociety.org/book_opioid_main.pdf).

- [41] CHAHL, L.A. – **Opioids – mechanisms of action**. Australian Prescriber. Vol.19, nº3 (1996), p.63-5. [Acedido em 23 de maio de 2014]. Disponível na internet: <http://www.australianprescriber.com/magazine/19/3/63/5/>
- [42] AGENCY MEDICAL DIRECTORS GROUP – **Interagency Guideline on Opioid Dosing for Chronic Pain: An educational aid to improve care and safety with opioid therapy**. (2010). [Acedido em 22 de março de 2014]. Disponível na internet: <http://www.agencymeddirectors.wa.gov/Files/OpioidGdline.pdf>.
- [43] LEON-CASASOLA, O.A. – **Opioids for Chronic Pain: New Evidence, New Strategies, Safe Prescribing**. The American Journal of Medicine. Vol. 126, nº3 (2013), p.S3-S11. [Acedido em 22 de maio de 2014]. Disponível na internet: [http://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(12\)00920-5/pdf](http://www.amjmed.com/article/S0002-9343(12)00920-5/pdf).
- [44] VADIVELU, N., HUANG, Y., MIRANTE, B., JAOBY, M.M BRAVEMAN, F.R., HINES, R.L., SINATRA, R. – **Patient consierations in the use of tapentadol for moderate to severe pain**. Drug, Healthcare and patient safety. Vol. 5 (2013), p.151-159. [Acedido em 2 de junho de 2014]. Disponível na internet: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3704302/#\\_\\_ffn\\_\\_sectitle](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3704302/#__ffn__sectitle).
- [45] SINGH, D.R., SHETTI, A.N., KRISHNAVENI, N. – **Tapentadol hydrochloride: a novel analgesic**. Saudi Journal of Anesthesia. Vol. 7, nº3 (2013), p.322-326. [Acedido em 2 de junho de 2024]. Disponível na internet: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3757808/#\\_\\_ffn\\_\\_sectitle](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3757808/#__ffn__sectitle).
- [46] SARAGHI, M., HERSH, E.V. – **Three newly approved analgesics: an update**. Anesthesia Progress. Vol. 60, nº4 (2013), p.178-187. [Acedido em 2 de junho de 2014]. Disponível na internet: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3891458/#\\_\\_ffn\\_\\_sectitle](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3891458/#__ffn__sectitle).
- [47] BERGER, J.M., ZAGHI, S. – **Nonopioid Analgesics in Pain Management**. In: VADIVELU, N., URMAN, R.D., HINES, R.L.. Essentials of pain management. New York: Springer, 2011. ISBN: 978-0-387-87578-1, p.117-150.
- [48] BEHRBALK, E., HALPERN, P., BOSZCZYK, B.M., PARKS, R.M., CHECHIK, O., ROSEN, N., SHAPIRA, A., MEROSE, O., URI, O. – **Anxiolytic medication as na adjuvant to morphine analgesic for acute low back pain management in the**

**emergency department.** Spine. Vol. 39, nº1 (2014), p.17-22. [Acedido em 25 de maio de 2014]. Disponível na internet: <http://www.medscape.com/viewarticle/818477>.

[49] LENNARD, T.A. – **Corticosteroid use in pain management.** Practical Pain Management. Vol. 0, nº1 (2000), p.1-8 [Acedido em 23 de maio de 2014]. Disponível na internet: <http://www.practicalpainmanagement.com/corticosteroid-use-pain-management>.

[50] CHANGE PAIN – **Co-analgésicos.** [Acedido em 21 de maio de 2014]. Disponível na internet: [http://www.change-pain.com.pt/grt-change-pain-portal/GRT-CP\\_\\_pt\\_\\_Home/Terapeutica\\_Actual\\_da\\_Dor\\_/Tratamento/Co-Analgescicos/159400456.jsp](http://www.change-pain.com.pt/grt-change-pain-portal/GRT-CP__pt__Home/Terapeutica_Actual_da_Dor_/Tratamento/Co-Analgescicos/159400456.jsp).

[51] VYVEY, M. – **Steroids as pain relief adjuvants.** Canadian Family Physician. Vol. 56, nº12 (2010), p.1295-1297. [Acedido em 23 de maio de 2014]. Disponível na internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3001922/>.

[52] BREIVIK, H., COLLET, B., VENTAFRIDDA, V. – **Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on day life, and treatment.** European Journal of Pain. Vol. 10. (2006), p.287-333. [Acedido em 25 de maio de 2014]. Disponível na internet: [http://www.nascholingoord.nl/presentaties/2012\\_02\\_02\\_Breivik\\_et\\_al\\_\\_\\_Survey\\_of\\_chronic\\_pain\\_in\\_Europe.pdf](http://www.nascholingoord.nl/presentaties/2012_02_02_Breivik_et_al___Survey_of_chronic_pain_in_Europe.pdf).

[53] PFIZER – **Pain Proposal, a Dor Crónica em Portugal.** [Acedido em 23 de maio de 2014]. (2010). Disponível na internet: [https://www.pfizer.pt/Files/Billeder/Pfizer%20P%C3%BAblico/Not%C3%ADcias/Portugal\\_Country%20Snapshot.pdf](https://www.pfizer.pt/Files/Billeder/Pfizer%20P%C3%BAblico/Not%C3%ADcias/Portugal_Country%20Snapshot.pdf).

[54] DGS – **Plano Nacional Contra a Dor.** (2008). [Acedido em 22 de maio de 2014]. Disponível na internet: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>.

[55] Decreto-Lei nº124/2011, de 29 de dezembro. *Diário da República, 1ª série N°249.* Ministério da Saúde. Lisboa.

[56] DGS – **Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor.** (2013) [Acedido em 22 de maio de 2014]. Disponível na internet: <http://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx>.

[57] EFIC – **EFIC’s Declaration on Pain: Pain is as a major health problem, a disease in its own right.** [Acedido em 24 de maio de 2014]. Disponível na internet: <http://www.efic.org/index.asp?sub=724B97A2EjBuIC>.

[58] EFIC – **Costs of chronic pain.** [Acedido a 24 de maio de 2014]. Disponível na internet: <http://www.efic.org/index.asp?sub=B47GFCF5J4H43I>.

[59] COMITÉ DE CONSENSO – **Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM).** *Ars Pharm.* Vol. 48, nº1 (2007), p.5-17. [Acedido em 25 de maio de 2014]. Disponível na internet: <http://farmacia.ugr.es/ars/pdf/374.pdf>.

[60] ORDEM DOS FARMACÊUTICOS – **Farmácia Hospitalar.** [Acedido a 2 de junho de 2014]. Disponível na internet: [http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid//ofWebInst\\_09/defaultCategoryViewOne.asp?categoryld=1910](http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid//ofWebInst_09/defaultCategoryViewOne.asp?categoryld=1910).

[61] WORLD HEALTH ORGNIZATION, INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION – **Developing pharmacy practice, a focus on patient care.** (2010). [Acedido em 28 de maio de 2014]. Disponível na internet: <http://www.fip.org/files/fip/publications/DevelopingPharmacyPractice/DevelopingPharmacyPracticeEN.pdf>.

[62] HERNÁNDEZ, D.S., CASTRO, M.M.S., DÁDER, M.J.F. – **Método Dáder, Manual de Seguimento Farmacoterapêutico.** (2009). [Acedido em 2 de Junho de 2014]. Disponível na internet: [http://pharmcare.pt/wp-content/uploads/file/Guia\\_dader.pdf](http://pharmcare.pt/wp-content/uploads/file/Guia_dader.pdf).

[63] CORREIA, D. – **A dor crónica tem que ser uma prioridade em Portugal.** In: *InformaDor.* Vol. 15 (2012), p.13-14. [Acedido em 2 de Junho de 2014]. Disponível na internet: [http://pharmcare.pt/wp-content/uploads/file/Guia\\_dader.pdf](http://pharmcare.pt/wp-content/uploads/file/Guia_dader.pdf).

[64] KAHAN, M., WILSON, L., WENGHOFER, E.F., SRIVASTAVA, A., RESNICK, A., JANECEK, E., SHEEHAN, C. – **Pharmacists’ experiences with dispensing opioids: provincial survey. Canadian Famaly Physician.** Vol. 57, nº11 (2011), p.448-54. [Acedido em 20 de maio de 2014]. Disponível na internet: <http://www.cfp.ca/content/57/11/e448.long>.

# **ANEXOS**

## ANEXO I – Regiões do corpo representadas no segundo eixo do sistema multiaxial criado pela IASP para a classificação da dor

Região
Cabeça, face e boca
Região cervical
Ombros e membros superiores
Região torácica
Região abdominal
Parte inferior das costas, coluna lombar, sacro e cóccix
Membros inferiores
Região pélvica
Região anal, perianal e genital
Mais do que três locais

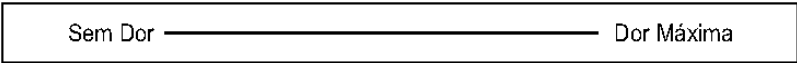

[Informações retiradas de *Taxonomy and Classification of Pain* – KREITLER, S., BELTRUTTI, D., LAMBERTD, A., NIV, D., *The Handbook of Chronic Pain*]

## ANEXO II – Diferenças entre dor aguda e dor crónica

Dor aguda	Dor crónica
Causada por uma lesão ou dano externo ou interno	Não está associada ao evento causal
Intensidade correlacionada com o estímulo desencadeante	Intensidade já não se correlaciona com o estímulo desencadeante
Claramente localizada	Torna-se numa doença por si mesma
Função de alerta e proteção	Sem função de alerta e proteção
	Desafio terapêutico especial

[Informação reitada do site *Change Pain*, disponível na internet: <http://www.change-pain.com.pt/grt-change-pain-portal/159400072.jsp>]

## ANEXO III – Tabela com as diferentes escalas utilizadas na medição da dor

Escala	Representação											
<b>Visual Analógica</b>												
<b>Numérica</b>	Sem Dor <table border="1" data-bbox="576 490 1281 535"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table> Dor Máxima	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
<b>Qualitativa</b>	<table border="1" data-bbox="564 582 1313 647"> <tr> <td>Sem Dor</td><td>Dor Ligeira</td><td>Dor Moderada</td><td>Dor Intensa</td><td>Dor Máxima</td> </tr> </table>	Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima						
Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima								
<b>De Faces</b>	 0 (Sem Dor)    1    2    3    4    5 (Dor Máxima)											

[Informações retiradas da Circular Normativa nº09/DGCG de 14/06/2013, Direção Geral da Saúde]



**ANEXO IV – Tabela com as indicações e eficácia, acessibilidade e preocupações de segurança dos três principais grupos de fármacos utilizados no tratamento farmacológico da dor**

	Indicações e eficácia	Acessibilidade	Preocupações de segurança
Acetaminofeno	Efeito analgésico e antipirético Indicado para dor suave a moderada, tal como dor de cabeça, constipação, gripe, dores musculares, entorses, dor de costas, dismenorreia, dor articular minor e dor de dentes.	OTC e MSRM	Danos graves no fígado se for ingerido mais do que indicado. A FDA alerta os doentes para não ingerirem mais do que a dose máxima diária de 4g/dia; <i>Overdose</i> aguda e a ingestão excessiva de forma crónica são as principais causas de falha hepática aguda nos EUA.
Opióides	Considerados os analgésicos mais fortes e potentes; Reservados para doentes com dor moderada a grave que não respondem a terapêutica não-opióide.	MSRM	Risco significativo de má utilização, abuso, <i>overdose</i> e morte; Em 2009, >475000 entradas no serviço de urgência foram devidas a má utilização ou abuso de opióides prescritos; No geral, o número de mortes devido a opióides prescritos é superior ao número da cocaína e heroína juntos.
AINEs	Contém efeito analgésico e antipirético e eficácia anti-inflamatória; Indicados na dor suave a moderada.	OTC e MSRM	Efeitos adversos graves cardiovasculares, gastrointestinais e renais são dose-dependentes.

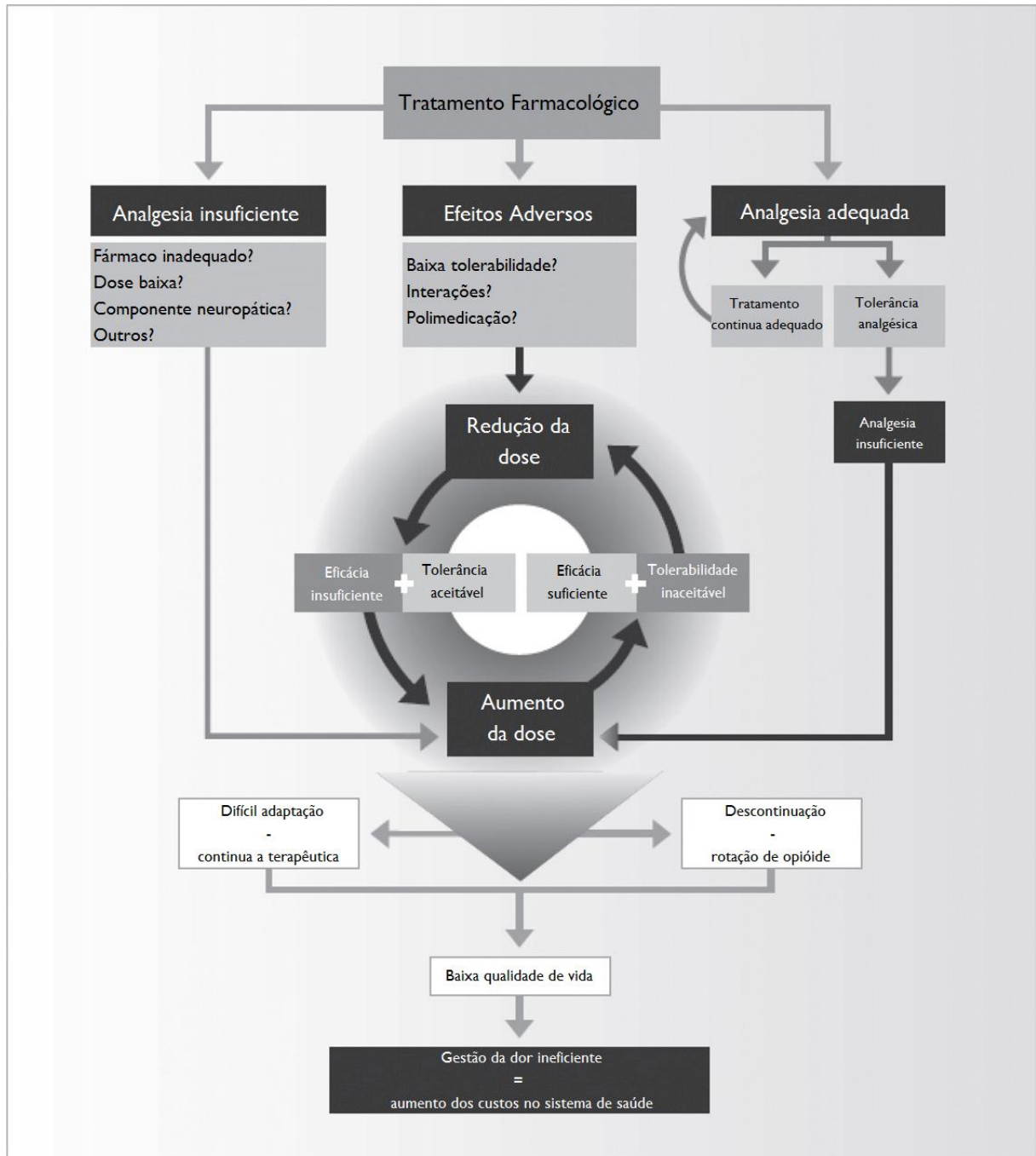
[Informações retiradas de *An Overview of Pain Management: The Clinical Efficacy and Value of Treatment*, disponível na internet: [http://www.ajmc.com/publications/supplement/2013/A467\\_Nov13\\_NSAID/A467\\_Nov13\\_NaIamachu\\_S261/#sthash.VIYKsCdt.dpuf](http://www.ajmc.com/publications/supplement/2013/A467_Nov13_NSAID/A467_Nov13_NaIamachu_S261/#sthash.VIYKsCdt.dpuf)]

**ANEXO V – Dose equivalente de morfina para alguns opióides**

Opióide	Dose equianalgésica aproximada (oral e transdérmica)
<b>Morfina – Referência</b>	<b>30 mg</b>
Codeína	200 mg
Fentanilo transdérmico	12,5 mcg/h
Hidrocodona	30 mg
Hidromorfona	1,5 mg
Oxicodona	20 mg
Oximorfona	10 mg

[Informações retiradas de *Interagency Guideline on Opioid Dosing for Chronic Non-cancer Pain: An educational aid to improve care and safety with opioid therapy*, disponível na internet: <http://www.agencymeddirectors.wa.gov/Files/OpioidGdline.pdf>]

## ANEXO VI – Círculo vicioso que se desencadeia no tratamento da dor, derivado de vários factores (analgesia insuficiente, efeitos adversos e tolerância)



[Informação retirada de *Pharmacological treatment of chronic pain – the need for CHANGE*, disponível na internet: <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1185/03007991003689175>]

**ANEXO VII – Atividades diárias mais afetadas em doentes com dor**

<b>Atividades diárias afetadas pela dor</b>
Manutenção das relações com a família e amigos
Conduzir ( <b>2ª atividade mais afetada</b> )
Relações sexuais ( <b>3ª atividade mais afetada</b> )
Estilo de vida independente
Trabalhar fora de casa ( <b>atividade mais afetada</b> )
Actividades sociais
Andar
Tarefas domésticas
Elevar a posição
Exercitar
Dormir

[Informação retirada de *Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment*, disponível na internet: [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)]

**ANEXO VIII – Dados estatísticos de 2010 sobre a dor em Portugal**

<b>Dados</b>	<b>Estatística</b>
Prevalência da Dor Crónica a nível nacional (adultos)	36%
Prevalência da Dor Crónica moderada a grave a nível nacional (adultos)	16%
Número estimado de adultos com Dor Crónica no país	3 milhões
Doentes com impacto moderado ou grave da Dor Crónica nas actividades domésticas ou laborais	~50%
Doentes com perda de emprego associada à dor crónica	4%
Doentes com reforma antecipada por causa da dor	13%
Doentes com diagnóstico de depressão associada à dor crónica	17%
Insatisfação com o tratamento da dor crónica	35%

[Informações retiradas de *PAIN Proposal, A Dor Crónica em Portugal*, disponível na internet: [https://www.pfizer.pt/Files/Billeder/Pfizer%20P%C3%BAblico/Not%C3%ADcias/Portugal\\_Country%20Snapshot.pdf](https://www.pfizer.pt/Files/Billeder/Pfizer%20P%C3%BAblico/Not%C3%ADcias/Portugal_Country%20Snapshot.pdf)]

## ANEXO IX – Características que diferenciam as Unidades da Dor inseridas no PNLCD

Classificação de unidades de dor	Descrição
Unidade de dor – Nível básico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toda a forma organizada de tratamento de dor, independentemente do seu desenvolvimento ou sofisticação, bem como dos recursos envolvidos, do tipo de doentes abrangidos ou dos métodos terapêuticos utilizados.</li> </ul>
Unidade Terapêutica de Dor – Nível I	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vocacionada para o diagnóstico e orientação terapêutica de doentes com dor crónica;</li> <li>• Capacidade de intervir em situações de urgência, aplicar alguns tratamentos e referenciar para especialidades complementares de apoio ao doente;</li> <li>• Funciona em espaço próprio;</li> <li>• Possui actividade diária organizada, registo de doentes e coordenador (embora possa não garantir uma abordagem interdisciplinar);</li> <li>• Dotada de, pelo menos, três médicos treinados em tratamento da dor (um deles especializado em Psiquiatria) ou pode estar dotada de dois médicos treinados em tratamento da dor e de um psicólogo;</li> <li>• Pode apresentar carácter diferenciado para diagnósticos específicos no âmbito da dor, ou tratamento da dor em regiões específicas do corpo.</li> </ul>
Unidade Multidisciplinar de Dor – Nível II	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitada para o tratamento de doentes com dor (em ambulatório, internamento ou urgência);</li> <li>• Espaço próprio;</li> <li>• Actividade diária organizada, registo de doentes e coordenador;</li> <li>• Resposta a situações de dor crónica, oncológica ou não, dor aguda não-cirúrgica e agudizações de dor crónica;</li> <li>• Dotada de equipa multidisciplinar constituída por, pelo menos, três médicos treinados em tratamento de dor, sendo um deles especializado em Psiquiatria, ou, psicólogo, enfermeiros, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e técnico de serviço social;</li> </ul>

Centro Multidisciplinar de Dor  
– Nível III

- Funciona com protocolos de atuação terapêutica sujeitos a avaliação regular;
- Capacitada para a execução de investigação clínica e para formação pós-graduada de profissionais de saúde.
- Capacidade acrescida, em relação às unidades de nível II, de modo a poder desenvolver, regularmente, investigação na área da dor, formação pré e pós-graduada, incluindo programas de mestrado e doutoramento;
- Integrada, ou afiliada, em instituição major de investigação ou ensino universitário.

[Informações retiradas do *Plano Nacional da Luta Contra a Dor*, disponível na internet: <http://www.esscvp.eu/Portals/0/Plano%20Nacional%20de%20Luta%20Contra%20a%20Dor.pdf>]

## **ANEXO X – Consultas e tratamentos disponíveis na Unidade de Dor no Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE**

<b>Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE</b>	
<b>Consultas</b>	<b>Tratamentos</b>
Externa	Bloqueio de nervos periféricos
Internamento	Bloqueios epidurais
Multidisciplinare com Psiquiatria e Psicologia	Infiltrações pontos dolorosos
Multidisciplinar com Ortopedia	Acupunctura
Psicologia	Psicoterapia
Psiquiatria	Electroterapia
Telefónica	<i>Anodyne</i>
Hospital de Dia de Medicina da Dor	Acupunctura
Psicoterapia de grupo	

[Informação obtida através de da Coorderadora da Unidade da Dor do Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE, a Dra Maria do Céu Loureiro]

## **ANEXO XI – Normas de organização e classificação das Unidades de Dor Crónica, Plano Nacional de Controlo da Dor**

### **1. Consulta de Dor Crónica**

Toda a forma organizada de diagnóstico e tratamento da dor crónica que não possua as características próprias das Unidades de Dor. Neste sentido, poderá funcionar com um número mínimo de médicos (no limite, apenas 1), não ter outros profissionais de saúde especificamente adstritos à Consulta de Dor, nem possuir instalações próprias. Contudo, deve realizar actividade regular (no mínimo semanal) e proceder ao registo dos doentes. O(s) médico(s) que as integram devem ter treino adequado em tratamento da dor, devendo existir, pelo menos, um médico com a Competência em Medicina da Dor atribuída pela Ordem dos Médicos. Deve estabelecer protocolo de colaboração com uma Unidade de Dor para referência dos doentes.

### **2. Unidade Terapêutica de Dor**

Unidade destinada ao diagnóstico e tratamento da dor crónica e a executar alguns tratamentos e referenciar os doentes para especialidades complementares quando necessário, preferencialmente ao abrigo de protocolos estabelecidos com outros serviços hospitalares. Deve estar dotada com, pelo menos, 2 médicos treinados em terapêutica da dor e um Psiquiatra ou Psicólogo Clínico. Em alternativa, pode estabelecer um protocolo que permita a colaboração regular destes. Um dos médicos, possuidor da Competência em Medicina da Dor, exercerá as funções de coordenador da unidade. A equipa assistencial deve, ainda, integrar pelo menos um enfermeiro. Deve funcionar em instalações próprias, ainda que possam ser partilhadas, ter actividade regular (pelo menos 3 vezes por semana), e possuir registo de doentes. A unidade deve estar integrada no Hospital de Dia, sempre que ele exista e ser gerida através de um centro de custos independente.

### **3. Unidade Multidisciplinar de Dor**

Unidade destinada ao diagnóstico e tratamento da dor crónica, dotada de uma equipa multidisciplinar. Deverá integrar no mínimo um médico com a competência em Medicina da Dor, que coordena a unidade e médicos de, pelo menos, 3 especialidades diferentes, incluindo Psiquiatria, ou, em alternativa, duas especialidades e um Psicólogo Clínico. A equipa deverá contar, ainda, com enfermeiro, fisioterapeuta, técnico de serviço social e técnico administrativo. A unidade deve estar integrada no Hospital de Dia, sempre que ele exista,

ser gerida através de um centro de custos independente, funcionar em espaço próprio e ter actividade diária, incluindo atendimento telefónico. Deve estar capacitada para o tratamento de doentes no ambulatório, internamento (colaborando com os restantes serviços hospitalares) ou em situações de urgência. A Unidade deve funcionar com protocolos de actuação terapêutica sujeitos a avaliação regular e poderá estabelecer protocolos de colaboração com especialidades complementares. Pode estar envolvida no tratamento da dor aguda através de uma Unidade de Dor Aguda Pós-Operatória. Deverá, ainda, participar em projectos de investigação clínica e na formação pós-graduada de profissionais de saúde.

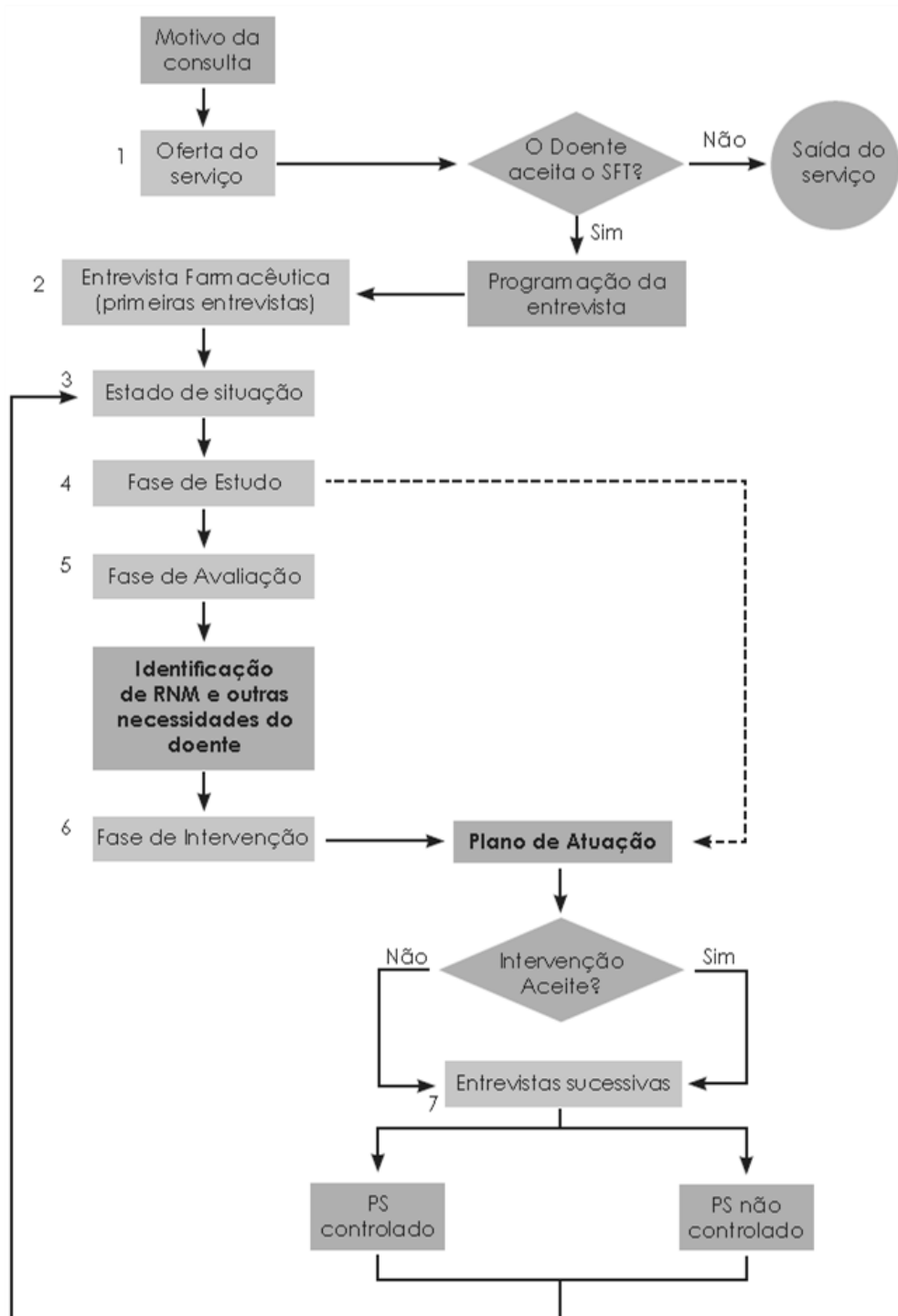
#### 4. Centro Multidisciplinar de Dor

Possui as mesmas características das Unidades Multidisciplinares de Dor mas deverá ter, pelo menos, dois médicos com a competência em Medicina da Dor e deverá estar integrada num Hospital Universitário ou num Hospital com Ensino Universitário, de acordo com a definição adoptada pelo Decreto-Lei nº 206/2004 de 19 de Agosto. Além disso, deve realizar investigação clínica e/ou básica através de projectos de investigação dotados de financiamento próprio e publicar regularmente os resultados dessa investigação. Deverá, ainda, promover regularmente a formação pós-graduada de profissionais de saúde e participar no ensino pré-graduado, sempre que para tal for solicitada.

[Informação retirada do Anexo do Plano Nacional de Controlo da Dor, Direção Geral da Saúde, disponível na internet: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>]



## ANEXO XII – Diferentes etapas do Método de Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico



SFT: Seguimento Farmacoterapêutico

PS: Problema de Saúde

[Diagrama retirado do *Método Dáder, Modelo de Seguimento Farmacoterapêutico*, disponível na internet: [http://pharmcare.pt/wp-content/uploads/file/Guia\\_dader.pdf](http://pharmcare.pt/wp-content/uploads/file/Guia_dader.pdf)]