



ORDEM
DOS
MÉDICOS

Documento não homologado em Conselho Nacional

Recomendação para Norma de Consenso

Atividade Assistencial

Tempo mínimo para 1ª Consulta de Medicina da Dor (60 minutos)

Tempo mínimo para Consultas Subsequentes de Medicina da Dor (30 minutos)

Devido à complexidade biopsicossocial que advém da avaliação do Doente com Dor Crónica, a primeira consulta deverá ter um período mínimo de 60 minutos e para as consultas subsequentes um período mínimo de 30 minutos.

INDICE:

- A) Identificação**
- B) Anamnese**
- C) Avaliação Psicossocial**
- D) Exame Físico**
- E) Plano Terapêutico**



A) IDENTIFICAÇÃO

Do doente e cuidadores, se aplicável.

Contactos

Avaliação da referenciação clínica

B) ANAMNESE

1) História Clínica

- a) A dor no contexto da patologia do doente
- b) História clínica, medicação em curso (incluindo fitoterapia e outros suplementos) e percurso clínico do doente
- c) Medicação analgésica ou procedimentos específicos (efetuados e em curso): respostas e reações adversas
- d) Exames complementares de diagnóstico relevantes
- e) Necessidades de otimização de patologia clínica

2) Caracterização da dor

- a) Intensidade, valorizando a atual, máxima e mínima
- b) Localização e distribuição
- c) Padrão temporal da dor
- d) Descritores (nociceptivos, neuropáticos e outros)
- e) Fatores de alívio e de agravamento.
- f) Avaliação da sua repercussão nas AVD, atividade laboral e sono.
- g) Avaliação da sua repercussão no relacionamento familiar e social

3) Diagrama Corporal

Autorrepresentação gráfica da dor/ dores.

4) Instrumentos de avaliação por Escalas /Questionários

- a) Ensino e autoavaliação da intensidade da dor, relacionada com repouso, movimento e fatores de exacerbação, por uma das escalas unidimensionais:
 - Escala Numérica, Escala Visual Analógica, Escala Qualitativa ou Escala de Faces
- b) No doente não comunicante selecionar escala adequada.
- c) Para rastreio de dor neuropática utilizar DN4 e na lombalgia o Pain Detect
- d) Avaliar repercussão da dor nas AVD, por escalas multidimensionais: Inventário Resumido da Dor e/ou McGill Pain Questionnaire (SF)
- e) Utilizar outros instrumentos de acordo com critérios clínicos individualizados



5) Avaliação de Comorbilidades

- a) Comorbilidades que possam representar dificuldades acrescidas:
- Depressão, Ansiedade e/ou outras Psicopatologias
 - Perturbações do Sono
 - Deficits Cognitivos e/ ou Demências
 - Obesidade
 - Doenças endócrino-metabólicas (diabetes, tiroide, outras...)
 - Doenças neurológicas e/ou alterações do aparelho locomotor
 - DPOC, Insuficiência Hepática ou Renal
- b) Outras patologias crónicas associadas, especialmente as que cursam com surtos ou deterioração progressiva
- c) Polimedicação e eventual risco de interações farmacológicas, reações e eventos adversos, e incumprimento terapêutico

C) AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL

Esta avaliação contribui para estabelecer segurança na prescrição e permite identificação de grupos de risco e de prognóstico.

COGNIÇÃO

- a) Deficits cognitivos ligeiros/ graves
- b) Alterações na capacidade de concentração ou memorização
- c) Associação de medicação psicofarmacológica
- d) Iliteracia

PSICOLÓGICA

- a) Relações interpessoais do doente e família com a equipa clínica
- b) Identificação de pessoa significativa
- c) Perceção de depressão, ansiedade, medo, revolta e agressividade
- d) Perceção de personalidades limite ou psicopatologias
- e) Tentativas anteriores ou ideação de suicídio.
- f) Despiste atual ou passado de comportamentos aditivos ou adição
- g) História familiar próxima de adição
- h) Perceção de ganhos secundários laborais.
- i) Despiste de “malingering”
- j) Despiste de síndromes somatomórficos
- k) **Testes psicológicos** que permitam referenciação para consulta de psicologia – ex. Hospital Anxiety Depression

SOCIAL

- a) Situação laboral ativa, incapacidade laboral temporária ou definitiva e reforma
- b) Impacto da dor na vida pessoal e laboral
- c) Isolamento familiar ou social
- d) Condições de habitabilidade
- e) Competência e envolvimento do(s) cuidador(es)



- f) Condições económicas para cumprimento terapêutico e deslocação a consultas
- g) Necessidade de apoio de serviço social

D) EXAME FÍSICO

- 1) Exame físico geral
- 2) Contemplar os componentes somáticos e viscerais em dor nociceptiva
- 3) Contemplar testes de cabeceira e exame neurológico em dor neuropática
- 4) Avaliação da capacidade funcional
- 5) Outras avaliações de acordo com o quadro clínico

E) PLANO TERAPEUTICO

O médico deverá:

- 1) Estabelecer objetivos realistas e gerir expectativas do doente
- 2) Identificar as prioridades do doente no controlo da dor
- 3) Obter a concordância/consentimento informado nos tratamentos propostos.
- 4) Alertar possíveis efeitos secundários e instituir profilaxia
- 5) Fornecer **plano terapêutico** explícito
- 6) Obter concordância em abordagens multidisciplinares.
- 7) Informar do âmbito clínico da **Consulta Telefónica**

O doente deverá:

- 8) Cumprir o esquema terapêutico
- 9) Comprometer-se no auto-registo da dor no “ **Diário da Dor** ”
- 10) Recorrer a Consulta Telefónica sempre que clinicamente justificado
- 11) Envolver-se ativamente nas abordagens multidisciplinares propostas