

Setembro de 2020

Cuidados à pessoa com dor

Manual

de exercícios - Versão 1

Batalha LMC. Cuidados à pessoa com dor (Manual de
exercícios –versão 1). Coimbra: ESEnfC;2020

Cuidados à pessoa com dor

Manual de exercícios - Versão 1

Índice

Nota introdutória	4
1. Questões de resposta múltipla	5
3. Questões de resposta rápida	16
4. Questões resposta rápida sobre seleção de instrumentos	18
5. Questão de resposta aberta	19
6. Afirmações verdadeiro / falso	20
6.1. Anatomofisiologia	20
6.2. Avaliação da dor	21
6.3. Controlo farmacológico	23
6.4. Controlo não farmacológico	24
6.5. Avaliação e controlo da dor em pediatria	25
7. Afirmações concordo / discordo	28
7.1. Exercício 6.1- Pediatria	28
7.2. Exercício 6.2 - Inventário de saberes e práticas sobre dor na pessoa	30
8. Ficha de exercícios: dor persistente e sofrimento	32
8.1. Exercício 7.1. Brainstorming para resolução de controlo de sintomas	32
8.2. Exercício 7.2. Planeamento de atividades diárias	32
8.3 Exercício 7.3 - Elaborar uma técnica de distração	32
8.4. Exercício 7.4 - Conceber cuidados para casos clínicos	32
9. Exercícios de apoio à UC de Opção I - Avaliação da dor	35
10. Filmes para exercício de avaliação da dor	46
10.1. Avaliação de dor em pessoa idosa	46
10.2. Escala Algoplus	46
10.3. Avaliação de dor na criança	46
11. Soluções	47
11.1. Questões de resposta múltipla	47
11.2. Questões de resposta rápida	56
11.3. Questões resposta rápida sobre seleção de instrumentos	57
11.4. Questão de resposta aberta	57
11.5. Afirmações verdadeiro / falso	57
11.5.1. Anatomofisiologia	57
11.5.2. Avaliação da dor	57
11.5.3. Controlo farmacológico	57
11.5.4. Controlo não farmacológico	58
11.5.5. Avaliação e controlo da dor em pediatria	58
11.6. Afirmações concordo / discordo	58
11.6.1. Exercício 6.1 - Pediatria	58
11.6.2. Exercício 6.2 - Inventário de saberes e práticas sobre dor na pessoa	58
11.7. Ficha de exercícios: dor persistente e sofrimento	59
11.7.1. Exercício 7.1 - Brainstorming para resolução de controlo de sintomas	59
11.7.2. Exercício 7.2 - Planeamento de atividades diárias	59
11.7.3. Exercício 7.3 - Elaborar uma técnica de distração	59
11.7.4. Exercício 7.4 - Conceber cuidados para casos clínicos	59
11.8. Exercícios de apoio à UC de Opção I - Avaliação da dor	60
11.8.1. Exercício 8.1 -Escolha de instrumentos	60
11.8.2. Exercício 8.2 - Afirmações em verdadeiro (V) e falso (F)	60
11.8.3. Exercício 8.3 - Avaliação da Aprendizagem	60
11.8.4. Exercício 8.4 - Questões de resposta rápida	60
11.8.5. Exercício 8.5. - Exercício avaliação da dor	61
Nota final	62

Siglas e Abreviaturas

APPT - *Adolescent Pediatric Pain Tool*

BPS-IP - *Behavioral Pain Scale – Intubated Patient*

BPS-NIP - *Behavioral Pain Scale – Non Intubated Patient*

DGS – Direção Geral da Saúde

DN4 - Questionário de Dor Neuropática em 4 Questões

EDIN - *Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né*

EN - Escala Numérica

EVA - Escala Visual Analógica

FLACC - *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*

FLACC-R - *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability- Revised*

FPS-R - *Revised Faces Pain Scale*

ICC – Coeficiente de Correlação Intraclass

NFCS - *Neonatal Facial Coding System*

NIPS - *Neonatal Infant Pain Scale*

OPS - *Objective Pain Scale*

PAINAD - *Pain Assessment in Advanced Dementia*

PIPP - *Premature Infant Pain Profile*

RN – Recém-nascido

TF – Técnicas farmacológicas

TNF – Técnicas não farmacológicas

UCI – Unidades de Cuidados Intensivos

UCIN – Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais

WBFS - *Wong-Baker FACES® pain rating scale*

Nota introdutória

O controlo da dor é um direito humano fundamental e universal pelo que bastariam razões éticas para exigir um eficaz controlo, pois a dor não é inócua para a saúde. No plano clínico ainda não foi demonstrado qualquer argumento que comprove que deixar evoluir uma dor seja benéfico. Bem pelo contrário, a morbilidade e a mortalidade aumentam com a dor.

A avaliação da dor fundamenta as intervenções dos profissionais de saúde no seu controlo. Uma dor não identificada não poderá ser tratada e a sua não quantificação impede uma avaliação das necessidades de intervenção ou da eficácia dos tratamentos. Esta atividade que faz parte das funções e obrigações dos profissionais de saúde

Embora com tendência para melhorias, a prática dos cuidados à pessoa com dor continua a demonstrar uma prática que em alguns casos compromete a qualidade dos cuidados. Avaliar um fenómeno complexo e subjetivo como é a dor não é tarefa fácil e muito menos o cuidado que a pessoa e sua família exigem. Contudo, o conhecimento adquirido atualmente oferece soluções viáveis para um cuidado seguro e eficaz no controlo da dor da pessoa.

Com este manual de exercícios pretendemos que os formandos da Unidade Curricular de Opção I –Avaliação da dor do Curso de Licenciatura em Enfermagem e dos formandos de formação de pós-licenciatura e mestrado em Enfermagem possam desenvolver as suas capacidades para cuidar da pessoa no controlo da sua dor e desenvolver metodologias de trabalho em serviço que garantam o bem-estar de quem cuidam.

Os exercícios propostos têm suporte e respostas nos manuais de estudo de avaliação da dor,¹ e de cuidados paliativos pediátricos ² e nos livros dor em pediatria: compreender para mudar,³ e a dor - uma visão multidisciplinar. ⁴

¹ Batalha LMC. Avaliação da dor (Manual de estudo –versão 1). Coimbra: ESEnfC; 2016

². Batalha LMC. Cuidados paliativos pediátricos (Manual de estudo –versão 1). Coimbra: ESEnfC, 2018

³. Batalha LMC. Dor em pediatria: compreender para mudar. Lisboa: Lidel; 2010.

⁴. Barata N (Coord). A dor - uma visão multidisciplinar. Lisboa: Coisas de Ler; 2015.

1. Questões de resposta múltipla

2. Segundo a DGS, 2010 “Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças”, considera-se como norma de boa prática na avaliação da dor, acreditar na criança:
 - a) Sempre por norma;
 - b) Só se esta apresenta sinais reconhecidos como de dor pelos pais;
 - c) Se tem idade acima dos 8 anos;
 - d) Se apresenta choro contínuo;
 - e) Se o seu comportamento indicia dor.
2. São princípios a ter presente na avaliação da dor:
 - a) Privilegiar a autoavaliação a partir dos 6 anos;
 - b) Utilizar um instrumento de avaliação da dor, sempre que se justifique;
 - c) A avaliação da dor requer a avaliação da tensão arterial em idosos.
 - d) Na admissão no serviço urgência de uma pessoa vítima de uma grande queimadura, primeiro avaliar a dor e depois trata-la em função dessa avaliação;
 - e) Na seleção das escalas de avaliação da dor ter em conta a idade, contexto clínico e o tipo de dor;
3. Segundo a DGS, 2003, numa escala métrica de 0 a 10 pontos, categoriza-se a dor em:
 - a) Sem dor para valores <2;
 - b) Dor ligeira para valores entre 1 e 4 pontos
 - c) Dor moderada para valores entre 2 e 5 pontos;
 - d) Dor intensa para valores entre 7 e 9 pontos;
 - e) Dor máxima entre 9 e 10 pontos;
4. Existem 4 atividades de vida que são frequentemente afetadas quando a pessoa tem dor. São elas:
 - a) Appetite, prazer de viver, respiração, mobilidade;
 - b) Sono, respiração, recreação/atividade lúdica, andar a pé;
 - c) Appetite, libido, respiração, mobilidade;
 - d) Mobilidade, appetite, sono, recreação/atividade lúdica;
 - e) Respiração, comunicação, temperatura, mobilidade;
5. Qual é o indicador específico de dor
 - a) A alteração na frequência cardíaca;
 - b) O aumento da tensão arterial;
 - c) O que a pessoa nos diz;
 - d) O que o profissional de saúde determina ao utilizar escalas de hetroavaliação;
 - e) Nenhuma das anteriores.
6. Pode-se afirmar que os indicadores **que menos** se correlacionam com a dor são:
 - a) Hipertonia;
 - b) Alterações no padrão de sono;
 - c) Aumento da tensão arterial e frequência cardíaca;
 - d) Agitação e/ou imobilidade;
 - e) Expressão facial crispada nas crianças.
7. Consideram-se indicadores específicos de dor:
 - a) A agitação;
 - b) Crispação da face;
 - c) Elevação da tensão arterial;
 - d) Diminuição da saturação de oxigénio;
 - e) Nenhum dos anteriores.
8. Podemos afirmar que:
 - a) A frequência de avaliação da intensidade da dor não depende da gravidade da dor;
 - b) A avaliação da intensidade da dor só é realizada, se o diagnóstico de dor está estabelecido;

- c) Quem melhor avalia a intensidade da dor é o enfermeiro;
- d) Por norma, devemos avaliar a intensidade da dor a todas as pessoas;
- e) A frequência de avaliação da dor é a mesma estabelecida para a avaliação da saturação de oxigénio.

9. A escala de referência na avaliação da intensidade da dor é a escala:

- a) Numérica com régua;
- b) Qualitativa;
- c) McGill
- d) EVA;
- e) Faces.

10. Em UCIN a escala de referência na avaliação da dor é a :

- a) NFCS
- b) EDIN
- c) NIPS
- d) PIPP
- e) FPS-R

11. A auto-avaliação da dor é possível a partir dos:

- a) 2 anos;
- b) 4 anos;
- c) 5 anos;
- d) 6 anos;
- e) 8 anos.

12. O ensino da utilização das escalas de autoavaliação é feito preferencialmente:

- a) No momento da avaliação da dor;
- b) No primeiro contacto com a pessoa;
- c) Numa situação em que a pessoa está sem dor;
- d) Nas primeiras 24 horas;
- e) Todas as anteriores

13. Na avaliação da dor persistente, a escala originalmente concebida para tal que foi a:

- a) PAINAD;
- b) EDIN;
- c) BPS;
- d) NIPS
- e) Algoplus

14. Que escalas podemos escolher para avaliar a dor em pessoas ventiladas mecanicamente:

- a) PAINAD
- b) COMFORT-B;
- c) FLACC-R;
- d) Algoplus;
- e) OPS;

15. Qual a melhor forma de questionar uma pessoa para avaliar a sua dor?

- a) Está com dor?;
- b) Eu sei que está bem, todavia pode-me dizer se tem dor?;
- c) Eu sei que não está bem, diga-me o quanto lhe dói;
- d) Será que o que tem é razão para ter dor?;
- e) Haverá alguma razão que desconheça para que possa ter dor?

16. São fatores com **potencial** para influenciar a avaliação da intensidade da dor, **exceto**:

- a) Medicação sedativa;
- b) Crenças dos avaliadores;
- c) Falta de formação dos avaliadores;
- d) Gravidade da situação clínica dos doentes;

e) Uso correto de escalas de dor

17. Numa pessoa consciente e orientada com 50 anos e em pós-operatório que escala devo utilizar para avaliar a intensidade da dor:

- a) Escala BPS-IP/PT
- b) Escala numérica
- c) EVA
- d) Escala descritiva
- e) Nenhuma das anteriores

18. Que escala se pode utilizar num doente de 66 anos internado num serviço de ortopedia por fratura do colo do fémur e com demência profunda.

- a) FPS-R;
- b) EVA;
- c) Algoplus;
- d) FLACC
- e) NVPS

19. Que escala posso utilizar numa criança de 12 anos com paralisia cerebral profunda internado em ortopedia para correção de escoliose.

- a) PAINAD;
- b) CPOT;
- c) EDIN;
- d) FLACC-R;
- e) RIPS

20. Que escala poderei utilizar como **primeira opção** num serviço de ortopedia de adultos (> 18 anos):

- a) PANAID;
- b) EDIN;
- c) FPS-R;
- d) EVA;
- e) Escala Numérica.

21. Qual a escala de dor indicada para avaliar a dor numa criança ventilada mecanicamente:

- a) BPS-NIP;
- b) COMBORT-B;
- c) FLACC-R;
- d) OPS;
- e) NVPS.

22. Que escala usaria para avaliar a dor numa pessoa com 70 anos do sexo masculino internada num serviço de medicina por pneumonia e que se encontra desorientado, apático e pouco reativo.

- a) CPOT;
- b) Algoplus;
- c) EVA;
- d) FLACC;
- e) COMFORT-B

23. Na população idosa usar, por ordem de preferência, a escala:

- a) EVA, Escala numérica e Faces Pain Scale-Revised (FPS-R);
- b) Escala qualitativa, Escala numérica e PAINAD;
- c) Escala numérica, Escala Visual analógica e Faces Pain Scale-Revised (FPS-R);
- d) Algoplus, Escala Visual analógica e Escala numérica;
- e) PAINAD, Escala numérica e Faces Pain Scale-Revised (FPS-R);

24. Que escala usar num doente de 57 anos que se apresenta ventilado e inconsciente e internado numa UCI por um Acidente Vascular Cerebral hemorrágico.

- a) EVA;

- b) PAINAD;
- c) BPS - IP;
- d) NIPS;
- e) N- PASS.

25. A escala FLACC

- a) É uma escala composta que avalia a dor pós-operatória em crianças;
- b) Inclui quatro indicadores: expressão facial, movimento das pernas, tensão arterial sistólica e consolabilidade;
- c) Usada em crianças ventiladas;
- d) Escala fisiológica para avaliar a dor persistente de origem oncológica;
- e) Mede a dor de 0 a 10 pontos.

26. São itens da escala FLACC:

- a) Pernas inquietas, agitadas, tensas;
- b) Pressão arterial sistólica;
- c) Atividade: imóvel;
- d) Dor ligeira (não consegue localizar);
- e) Sono: adormece dificilmente.

27. Quais são as diferenças entre as escalas de faces FPS-R e Wong-Baker Faces Pain Rating Scale (WBFPRS):

- a) A FPS-R apresenta 7 faces enquanto a WBFPRS apresenta 6;
- b) A FPS-R apresenta faces com lágrimas e faces sorridentes enquanto a WBFPRS não;
- c) A FPS-R exige na sua aplicação o uso de termos neutros e que apelam a sensação de dor e não à emoção relacionada com a dor;
- d) A FPS-R avalia a dor aguda e a WBFPRS avalia a dor aguda e crónica;
- e) A FPS-R avalia a dor de 0 a 5 pontos e a WBFPRS de 0 a 10 pontos.

28. A escala PAINAD

- a) Avalia a dor persistente em pessoas não comunicantes;
- b) Mede a dor numa escala de 0 a 8 pontos;
- c) É uma escala fisiológica;
- d) É útil para avaliar a dor em pessoas confusas e com demência;
- e) É de referência na avaliação da dor em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

29. Não é um passo metodológico correto de aplicação da escala EVA para a avaliação da intensidade da dor:

- a) Apresentação da régua na horizontal;
- b) Apresentar a parte numérica da régua;
- c) Definir as extremidades deslocando o cursor durante a explicação com utilização de termos neutros e sem referência ao passado ou à imaginação;
- d) Assegurar a compreensão da pessoa;
- e) Perguntar qual a sua dor no momento presente.

30. A escala de dor numérica:

- a) Exige uma apresentação com instrumento físico;
- b) É útil quando não há compreensão da EVA;
- c) Por norma, pode ser utilizada antes dos 5 anos;
- d) Não pode ser utilizada para dor crónica;
- e) Não apresenta efeito de memória;

31. A escala Brief Pain Inventory (BPI) ou Inventário resumido de dor:

- a) Avalia a dor aguda numa perspectiva multidimensional;
- b) Não é recomendada para unidades de cuidados paliativos;
- c) É uma escala de auto-avaliação;
- d) Mede a dor de 0 a 20 pontos.
- e) É constituída pelos itens: existência de dor, severidade, respiração, interferência funcional e eficácia dos tratamentos.

32. A escala Behavioral Pain Score - Intubed Patient/versão Portuguesa (BPS-IP/PT)
- a) Inclui os itens: expressão facial, movimentos dos membros superiores e conformidade com a ventilação mecânica;
 - b) Mede a dor de 0 a 14 pontos;
 - c) É válida e confiável para medir a dor em pessoas comunicantes em UCI;
 - d) Permite a avaliação da dor em pessoas ventiladas e não ventiladas;
 - e) No seu uso recomenda-se a necessidade de intervenção farmacológica com um valor de 3/14.
33. Sobre a escala COMFORT-B podemos afirmar que:
- a) Foi concebida para avaliar a dor em pessoas em ventilação mecânica ≥ 18 anos;
 - b) Mede a dor de 0 a 10 pontos;
 - c) É uma escala de autorrelato;
 - d) Inclui apenas indicadores comportamentais;
 - e) Escala de referência para avaliação da dor em crianças com patologia oncológicas.
34. Na avaliação da intensidade da dor utilizamos como primeira opção, escalas de:
- a) Heteroavaliação;
 - b) Auto-avaliação;
 - c) Auto-avaliação, mas usadas pelos profissionais de saúde;
 - d) Heteroavaliação como forma de confirmação do que a pessoa nos diz;
 - e) Não usamos qualquer escala, apenas o que a pessoa nos diz.
35. É um princípio a seguir na avaliação da dor:
- a) Por norma avaliar a dor com a mesma escala na mesma pessoa;
 - b) Mudar o uso da escala, se a situação clínica o justificar;
 - c) Quando se usa uma escala de heteroavaliação e em caso de dúvida, cotar por excesso;
 - d) Utilizar as informações dadas por outras pessoas que conheçam o comportamento da pessoa;
 - e) Todas as anteriores;
36. A intensidade da dor é avaliada e registada (**assinale a resposta falsa**):
- a) Pelo menos uma vez em cada turno de trabalho;
 - b) Com a mesma frequência dos sinais vitais;
 - c) Uma vez por dia, se a pessoa não tem diagnóstico de dor.
 - d) Quanto mais intensa é a dor mais frequente é a avaliação da intensidade da dor;
 - e) Após cada tratamento para o alívio da dor;
37. Na história da dor a mnemónica **PQRST** significa (**assinale a resposta falsa**):
- a) P - O que Provoca a dor;
 - b) Q - Qual a Qualidade (tipo) da dor;
 - c) R - Qual o Resultado do tratamento da dor;
 - d) S - Qual a Severidade da dor;
 - e) T - Qual o Tempo de duração da dor.
38. Tendo em conta alguns dos princípios da avaliação da intensidade da dor podemos afirmar que:
- a) Um valor $\geq 2/10$ indica deficiência nos cuidados prestados;
 - b) A avaliação da dor é feita pelo profissional de saúde;
 - c) A avaliação da dor exige o uso de uma escala;
 - d) Usar como primeira opção escalas de heteroavaliação;
 - e) A dor é o 5º sinal vital;
39. O questionário de dor neuropática em 4 questões (DN4) é um instrumento:
- a) De avaliação de dor aguda;
 - b) Muito simples e prático de aplicar e constituído por 5 itens relacionados com as características da dor;
 - c) Que engloba itens relacionados com o exame físico e características da dor referidas pela pessoa;
 - d) Quantifica a intensidade da dor numa escala de 0 a 10 pontos;
 - e) Comportamental de avaliação da intensidade da dor.
40. A escala de dor *Algoplus* apresenta:

- a) Cinco indicadores de dor;
 - b) Os indicadores: rosto, olhar, movimentos dos braços;
 - c) Uma escala que mede a dor de 0 a 10 pontos;
 - d) O valor de intervenção terapêutica farmacológica é $\geq 3/10$;
 - e) Todas as anteriores.
41. Identifique o indicador considerado específico de dor:
- a) Tensão arterial sistólica;
 - b) Baixas saturações de oxigénio;
 - c) O que a pessoa diz;
 - d) Expressão facial;
 - e) Nenhuma das anteriores.
42. É uma escala de auto-avaliação da intensidade da dor:
- a) FLACC;
 - b) NIPS;
 - c) FPS-R;
 - d) PIPP;
 - e) BPS-IP
43. **Assinale a resposta falsa** em relação à escala de dor *Adolescent Pediatric Pain Tool* versão Portuguesa reduzida, quando se afirma que é um instrumento de:
- a) Heteroavaliação da dor.
 - b) Avaliação multidimensional da dor;
 - c) De avaliação da dor aguda e persistente;
 - d) Uso em crianças dos 8 aos 17 anos (inclusive);
 - e) Que usa descritores (palavras para descrever) a dor.
44. **Assinale a resposta falsa** quando se afirma que na autoavaliação da dor em pessoas idosas devemos:
- a) Determinar se o doente pode relatar a sua dor;
 - b) Fazer perguntas simples;
 - c) Não nos esquecer que os mais idosos podem ter dificuldades de memória (em se lembrar da dor);
 - d) Perguntar sobre as dores habituais, se dificuldade de memória;
 - e) Escolher a escala de faces FPS-R em detrimento da Escala Analógica Visual.
45. O que **considera discutível** quanto ao conceito de dor:
- a) Que é uma experiência sensorial desagradável;
 - b) Que é uma experiência emocional desagradável;
 - c) Que é uma experiência subjetiva;
 - d) Que está associada a danos reais e eventuais dos tecidos;
 - e) Que é sempre descrita oralmente pela pessoa.
46. Nos lactentes não são respostas prováveis de dor:
- a) O choro;
 - b) Expressão facial com olhos fechados e sobrancelhas elevadas e marcadas;
 - c) Hipotonia.
 - d) Sulcos nasolabiais;
 - e) Expressão vocal tipo jargon.
47. Qual o tempo aconselhado de observação e/ou recolha de informação para se cotar a escala EDIN:
- a) 3 horas;
 - b) 2 - 4 minutos;
 - c) 1 minuto;

- d) 8 horas;
 - e) Nenhuma das anteriores.
48. Na avaliação da dor devem ser respeitados alguns princípios para uma avaliação válida e fiável da intensidade da dor (**assinale a resposta falsa**).
- a) Acreditar na pessoa
 - b) Usar sempre um instrumento de avaliação;
 - c) Se duvida na cotação, optar pelo valor mais baixo;
 - d) Usar sempre um instrumento de avaliação;
 - e) Usar a autoavaliação sempre que possível;
49. Um protocolo de avaliação da intensidade da dor deve:
- a) Prever o algoritmo de decisão das escalas a utilizar;
 - b) Identificar as escalas a utilizar;
 - c) Referir a frequência mínima de avaliação da intensidade da dor;
 - d) Identificar o local onde registar a intensidade da dor;
 - e) Todas as anteriores.
50. Na avaliação da dor devemos utilizar como primeira opção:
- a) Escalas de heteroavaliação;
 - b) Escalas de autoavaliação;
 - c) Escalas de autoavaliação mas usadas pelos profissionais de saúde em detrimento do doente;
 - d) Escalas de heteroavaliação como forma de confirmação do que a pessoa diz;
 - e) O que a pessoa nos diz sem uso de escalas
51. É falso que:
- a) A escala FLACC é uma escala de autoavaliação para usar em crianças;
 - b) A escala FLACC-R é uma escala para usar em crianças com multideficiência;
 - c) A escala DESS é uma escala de autoavaliação para usar em crianças com multideficiência;
 - d) A escala NIPS está indicada para avaliar a dor no lactente;
 - e) A escala BPS-IP é uma escala de heteroavaliação da dor para uso em UCI de adultos
52. São indicadores muito úteis na avaliação da dor:
- a) As alterações na mobilidade, alimentação, sono e actividades recreativas;
 - b) As alterações nos sinais vitais;
 - c) As alterações de humor e alimentação;
 - d) As alterações de comportamento;
 - e) Todas as anteriores.
53. São critérios a ter em consideração na selecção de escalas para um serviço:
- a) Idade das pessoas e tipo de dor mais frequente;
 - b) Propriedades psicométricas da escala;
 - c) Situações clínicas mais frequentes;
 - d) Utilidade clínica e facilidade de uso da escala;
 - e) Todas as anteriores.
54. Para avaliar a dor persistente usa-se a escala:
- a) PAINAD;
 - b) EDIN;
 - c) BPS;
 - d) NIPS
 - e) NVPS
55. Quem está melhor colocado para avaliar a dor numa criança com 6 anos?
- a) Os pais
 - b) A criança

- c) O enfermeiro
- d) O médico
- e) Todos

56. Numa situação de urgência em que a dor está presente (queimaduras, fracturas, ...) primeiro:

- a) Administrar um analgésico e depois avaliar a dor;
- b) Avaliar a dor e depois administrar um analgésico;
- c) Avaliar a dor e administrar um tratamento em função da avaliação da dor;
- d) Examinar o doente, avaliar a dor e só depois tratar a dor;
- e) Nenhuma das anteriores.

57. A quantificação da dor permite **(assinale a resposta falsa)**:

- a) Fazer comparações entre as várias pessoas;
- b) Uniformizar a comunicação na equipa de saúde;
- c) Eliminar incertezas (objectiva a dor);
- d) Avaliar a evolução da dor;
- e) Aferir a qualidade dos cuidados.

58. Quem melhor pode avaliar a dor são:

- a) Os profissionais de saúde;
- b) Os cuidadores principais;
- c) A própria pessoa;
- d) Os enfermeiros;
- e) Todos.

59. A escala *The Abbey Pain Scale* **(assinale a resposta falsa)**:

- a) Mede a dor aguda e crónica;
- b) Não tem formalmente avaliada a validade de conteúdo;
- c) Inclui indicadores fisiológicos;
- d) Mede a dor numa escala entre 0 e 18 pontos;
- e) É uma escala de autoavaliação.

60. A escala *Nonverbal Pain Scale (NVPS)*

- a) Foi concebida a partir da BPS para pessoas ≥ 18 anos;
- b) Mede a dor de 0 a 12 pontos;
- c) É uma escala de hetroavaliação comportamental;
- d) Inclui as categorias: rosto, actividade, vigilância e parâmetros vitais.
- e) Todas as anteriores.

61. A escala *Brief Pain Inventory (BPI)*

- a) Mede e avalia a dor persistente numa perspectiva multidimensional;
- b) Recomendada para Cuidados Paliativos);
- c) É uma escala de autoavaliação;
- d) Constituída por itens que avaliam a: existência, severidade, localização, interferência funcional, estratégias terapêuticas aplicadas e eficácia dos tratamentos;
- e) Todas as anteriores.

62. Inventário Multidimensional da dor de Weste Haven-Yale **(assinale a resposta falsa)**:

- a) É muito usado na investigação e clínica;
- b) Utilizado em doentes na área da dor crónica;
- c) Questionário de auto-aplicação;
- d) Constituído por 52 itens distribuídos em 4 dimensões;
- e) Todas as anteriores.

63. Inventário das formas de lidar com a dor crónica ou *Chronic Pain Coping Inventory (CPCI)*

- a) Identifica, classifica e avalia as estratégias de *coping*;
- b) Útil na investigação mas não na clínica por se complexo;
- c) Não permite a auto-aplicação;
- d) Existe uma versão para o doente, pessoa significativa e família.
- e) Nenhuma das anteriores.

64. Questionário da Dor McGill - Melzack

- a) É uma escala de heteroavaliação;
- b) Não permite saber a localização da dor;
- c) Não permite avaliar a intensidade da dor;
- d) Avalia a dor de uma forma multidimensional;
- e) Nenhuma das anteriores.

65. Índice de incapacidade relacionada com a dor ou *Pain Disability Index (PDI)*

- a) Questionário de auto-aplicação;
- b) Avalia 7 dimensões de incapacidade e interferência funcional da dor, numa escala de 0-10 para cada dimensão;
- c) Pode ser Utilizada em vários contextos e quadros dolorosos muito variados;
- d) Considerado de fácil aplicação;
- e) Todas as anteriores.

66. A escala HEDEN

- a) Avalia a dor crónica;
- b) Mede a dor numa escala de 0 a 8 pontos;
- c) Requer um contacto mínimo com a pessoa de 6 horas;
- d) Útil para avaliar a dor de procedimentos em oncologia;
- e) Permite avaliar a dor em 4 dimensões.

67. Um dos princípios a seguir na avaliação da dor é:

- a) Avaliar a dor sempre com a mesma escala;
- b) Mudar o uso da escala somente quando a situação clínica o justificar;
- c) Em caso de dúvida cotar por excesso quando se usa uma escala de heteroavaliação;
- d) Utilizar as informações dadas por outras pessoas que conheçam o comportamento da pessoa;
- e) Todas as anteriores

68. Na aplicação da escala EVA, o que não deve ser feito:

- a) Apresentar a régua na horizontal;
- b) Apresentar a régua na vertical;
- c) Definir as extremidades deslocando o cursor durante a explicação com utilização de termos com referência ao passado ou à imaginação;
- d) Assegurar a compreensão da pessoa;
- e) Perguntar onde se situa a dor no momento presente;

69. A escala numérica (**assinale a resposta falsa**):

- a) Pode ser apresentada oralmente ou com instrumento físico;
- b) Útil quando não há compreensão da EVA;
- c) Utilizada a partir dos 10 anos;
- d) Utilizada para dor aguda ou crónica;
- e) Apresenta efeito de memória;

70. A escala OPS (**assinale a resposta falsa**):

- a) Apresenta cinco categorias (pressão arterial sistólica, choro, movimentos, agitação e expressão verbal ou corporal);
- b) Avalia a dor aguda e crónica em crianças até aos 18 anos;

- c) O valor normalmente usado para se iniciar uma intervenção terapêutica varia entre 2 e 6, mas normalmente considera-se um valor ≥ 3 pontos;
- d) Não pode ser usada em crianças entubadas ou paralisadas;
- e) Exige um período de observação entre 2 a 4 minutos;

71. A escala *Children's Hospital of Easter Ontario (CHEOPS)*:

- a) Avalia a dor pós-operatória entre o ano e os sete anos;
- b) Apresenta 5 itens;
- c) Pontuação total varia entre um mínimo de quatro e um máximo de 15 pontos;
- d) Apesar do critério para administrar tratamento farmacológico variar entre seis a onze pontos, normalmente é adoptada uma pontuação de dor igual ou superior a oito.
- e) É uma escala composta.

72. Que escala usar num doente de 62 anos internado num serviço de ortopedia por fractura do colo do fémur e com demência profunda.

- a) FPS-R;
- b) EVA;
- c) PAINAD;
- d) FLACC
- e) NVPS

73. A escala *Premature Infant Pain Profile (PIPP)*:

- a) Escala multidimensional elaborada com o objectivo de avaliar a dor de procedimentos em RN;
- b) Inclui indicadores fisiológicos, comportamentais e contextuais;
- c) A pontuação total máxima da escala é de 21 pontos;
- d) Uma pontuação ≥ 6 indica ausência ou dor mínima e uma pontuação > 12 uma dor moderada a intensa;
- e) Todas as anteriores.

74. A escala *Neonatal Pain , Agitation and sedation Scale (N-PASS)*:

- a) Mede a dor aguda e crónica;
- b) Utilizada desde o nascimento até aos 100 dias;
- c) É uma escala composta
- d) Não pode ser usada em prematuros;
- e) Pode ser usada em RN ventilados

75. São características de uma dor neurogénica:

- a) Sensação de formigueiro;
- b) Sensação de choque eléctrico;
- c) Hiperpatia
- d) Alodinia
- e) Todas as anteriores

76. São sinais de inércia psicomotora numa criança:

- a) Lentidão dos movimentos;
- b) Olhar inexpressivo;
- c) Raros movimentos motores;
- d) Pouca relação com os outros;
- e) Todas as anteriores.

77. Assinale a afirmação incorrecta:

- a) Obter uma dor $< 3/10$ é considerado um bom indicador de qualidade de cuidados na dor;
- b) A escala numérica é a primeira escolha na criança com 8 anos;
- c) Uma dor 5/15 na escala EDIN é critério para usar tratamento farmacológico;
- d) Na dor pós-operatória o critério para usar terapêutica é uma dor 3/10 na escala EVA;
- e) Em UCI é possível usar a EVA.

78. Relativamente ao que entende por dor, assinale o que considera falso:
- a) é uma experiência sensorial desagradável;
 - b) é uma experiência emocional desagradável;
 - c) é uma experiência subjetiva;
 - d) associada a danos reais e eventuais dos tecidos;
 - e) Sempre descrita oralmente pela pessoa.
79. Não é informação relevante para a história de dor:
- a) Factores de alívio e de agravamento;
 - b) Uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas;
 - c) Medicação habitual;
 - d) Formas de comunicar /expressar a dor;
 - e) Efeitos da dor na vida diária;
80. Para uma avaliação válida e fidedigna da intensidade da dor:
- a) Usar a heteroavaliação, sempre que possível;
 - b) Utilizar um instrumento de avaliação, se disponível;
 - c) Nem sempre acreditar na pessoa;
 - d) Tratar a dor em caso de dúvida;
 - e) Confirmar o que a pessoa diz com o uso de uma escala de heteroavaliação;
81. São características de uma dor persistente:
- a) Cessar quando tratada a causa;
 - b) O doente refere com frequência dor tipo choque elétrico e sensação de queimadura;
 - c) As manifestações catabólicas são evidentes;
 - d) Ser facilmente tratada;
 - e) É um tipo de dor comum no pós-operatório imediato.
82. É uma característica frequente da dor aguda a:
- a) Sensação de formigueiro;
 - b) Sensação de choque elétrico;
 - c) Hiperpatia;
 - d) Alodínia;
 - e) Sensação de pontada.
83. Uma dor persistente caracteriza-se por ser uma dor:
- a) Imprevisível;
 - b) De duração inferior a três meses;
 - c) Que desaparece quando tratada;
 - d) Associada a respostas do sistema nervoso autónomo;
 - e) Frequentemente acompanhada de ansiedade e medo.
84. Numa situação em que se presume a existência inequívoca de dor intensa e o doente tenha medicação analgésica prescrita, primeiro:
- a) Administrar um analgésico e depois avaliar a dor;
 - b) Avaliar a dor e depois administrar um analgésico;
 - c) Avaliar a dor e administrar um tratamento em função da avaliação da dor;
 - d) Examinar o doente, avaliar a intensidade da dor e só depois tratar;
 - e) Nenhuma das anteriores.
85. Da informação que se segue qual considera a mais relevante para se cuidar da pessoa com dor:
- a) Localização da dor;
 - b) Quando começou a dor;
 - c) Em que altura do dia agrava a dor;
 - d) O que gostaria que lhe fizessem para aliviar a dor;
 - e) Nenhuma das anteriores.

86. **Assinale a resposta falsa** relativamente à correspondência entre a intensidade da dor e o seu tratamento:

- a) Sem dor - usar técnicas não farmacológicas;
- b) dor ligeira - usar técnicas não farmacológicas;
- c) dor moderada - usar técnicas farmacológicas e não farmacológicas;
- d) dor intensa - usar técnicas farmacológicas;
- e) dor muito intensa - usar técnicas farmacológicas.

87. O enfermeiro para cuidar da pessoa com dor necessita de informação sobre:

- a) Em que medida a dor interfere na realização das atividades de vida;
- b) Os principais medos da pessoa;
- c) Os mecanismos de *coping* da pessoa;
- d) O que alivia a dor;
- e) Todas as anteriores.

88. Que informação considera **dispensável** para inclusão num protocolo de avaliação da intensidade da dor:

- a) Várias escalas de dor entre as mais simples de aplicar e válidas;
- b) Frequência de avaliação e como se faz a avaliação;
- c) Revisão bibliográfica sobre as escalas de dor;
- d) Onde se regista e algoritmo de aplicação das escalas;
- e) Questões-chave na colheita de informação, quando e como se faz essa colheita;

89. É informação relevante para a história de dor:

- a) Fatores de alívio e de agravamento da dor;
- b) Uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- c) Formas de comunicar /expressar a dor;
- d) Efeitos da dor na vida diária;
- e) Todas as anteriores.

3. Questões de resposta rápida

1. Enumere dois dos mais importantes princípios orientadores da avaliação da dor?
2. Existe algum indicador específico de dor? Se sim, qual?
3. Enumere quatro manifestações da pessoa que normalmente estão associadas a dor?
4. A metodologia de aplicação das escalas de avaliação da intensidade não é a mesma. Qual o tempo aconselhado de observação (recolha de informação) para se cotar a escala EDIN e PAINAD.
5. Na avaliação da dor devem ser respeitados alguns princípios para uma avaliação válida e fiável. Enumere pelo menos cinco desses princípios.
6. Que escala de avaliação da dor é considerada o padrão de ouro, em que consiste, qual a sua metodologia de aplicação e a que população alvo a que se destina.
7. Numa UCI que recebe doentes para ventilação mecânica desde os 18 anos, enumere duas escalas de avaliação da intensidade da dor a utilizar.
8. Num serviço de cirurgia que atende doentes com mais de 65 anos e com demência, que escala de dor usaria para este tipo de utentes.

9. Num serviço de medicina pediátrico (recebe crianças dos 2 meses aos 15 anos que escalas poderão ser usadas para avaliar a intensidade da dor.
10. Das escalas que conhece enumere uma que fosse originalmente concebida para avaliar a intensidade da dor persistente.
11. Que escalas poderá utilizar como **primeira opção** num serviço de cirurgia pediátrica que recebe crianças desde um mês de vida aos 18 anos.
12. Enumere os elementos que considera importante ter em conta na elaboração de um protocolo de dor.
13. Segundo a DGS, 2010 “Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças”, diga quando deve ser realizada a colheita de informação sobre dor e 4 questões que considera importantes fazer.
14. Indique qual a pontuação mínima que indica necessidade de intervenção terapêutica farmacológica para as escalas EDIN, FLACC, FPS-R e PAINAD.
15. Que critérios se devem ter em conta na escolha de escalas de avaliação da intensidade da dor.
16. O que fazer para avaliar a intensidade da dor numa pessoa cuja situação clínica já exigiu a mudança de escala e mesmo assim não consegue aplicar todos os itens da mesma.
17. Descreva de forma justificada se existe alguma escala de avaliação da intensidade de dor que nos indica quais os factores que interferem nessa avaliação.
18. Em que consiste uma história de dor.
19. Excluindo pessoas com multideficiência, num serviço de pediatria (crianças desde um mês até aos 18 anos de idade) e de medicina de adultos, que escalas aconselharia tendo em conta as idades, para uso em doentes com e sem capacidade de autoavaliação.
20. Sabendo que o medo e a ansiedade estão relacionados com a dor, a administração de um placebo pode diminuir a ansiedade e consequentemente a dor?
21. Como é que a massagem leva ao encerramento do sistema Porta?
22. Como são definidos os limiares de dor?
23. Como identificar as cólicas no RN. Ou será que se confunde cólicas com fome?
24. O que é a tolerância à dor?
25. Como se deve atuar quando o ambiente não é favorável ao alívio da dor e ao alívio do stress dos pais?
26. Como explico a dor a um adolescente?
27. Devo acordar a criança para aliviar a dor ou utilizar uma escala de hetroavaliação ?
28. Como agir quando há necessidade de puncionar várias vezes a criança, dada a dificuldade em encontrara uma veia?
29. Colocar EMLA em vários sítios, e em situações de urgência?

30. Como explicar a uma criança que presentemente não tem dor, mas após a cirurgia vai ter dores?
31. Perante a ansiedade da criança com a aplicação do EMLA /tempo de espera, justifica-se a sua aplicação?
32. Como incentivar os pais a aplicar o EMLA numa criança quando os pais estão com pressa?
33. Qual a justificação para a não aplicação do EMLA na vacinação?
34. Como alivio a dor no adolescente (técnicas não farmacológicas)?
35. Os pais deverão participar na imobilização da criança quando realize uma atividade que provoca dor?
36. Como saber se sinais como as dessaturações são ou não de dor?
37. Como é que num lactente avalio a dor?
38. A avaliação da dor deve ser sempre avaliada com o uso de uma escala?
39. Deve-se interromper o sono de uma criança para dar analgésico (prescrito em horário fixo)?
40. O que fazer em relação à dor oncológica num adolescente em fase terminal?
41. O envolvimento dos pais nos cuidados invasivos influencia o alívio da dor da criança?
42. Qual a relação entre o nível de dor que a criança manifesta e a perceção que os pais têm da mesma?
43. A repetição de um procedimento doloroso diminui dor sentida pela criança?

4. Questões resposta rápida sobre seleção de instrumentos

1. Doente de 62 anos internado num serviço de ortopedia por fratura do colo do fémur e com demência profunda.
2. Doente de 57 anos internado numa UCI com AVC hemorrágico. Apresenta um estado de consciência avaliado pela escala de Glasgow de 9 e está ventilado.
3. Doente de 17 anos, invisual e que recorreu ao serviço de urgência por traumatismo na região cervical e dor.
4. Criança de 5 anos internado num serviço de cirurgia para apendicectomia.
5. RN internado numa UCIN por prematuridade com dificuldade respiratória. Está ventilado.
6. Doente de 70 anos que recorreu ao serviço de urgência por traumatismo no membro superior esquerdo há uma semana, dor e impotência funcional (elevação do membro).
7. Criança de 12 anos com paralisia cerebral profunda internado em ortopedia para correção de escoliose.
8. Doente de 25 anos internado numa cirurgia para herniorrafia.
9. Doente de 66 anos internado numa UCIC com enfarte do miocárdio. A dor é descrita pelo doente como muito intensa, irradia para o braço esquerdo e agrava com a respiração.
10. Doente de 7 anos internado por pneumonia no serviço de medicina. Apresenta amputação do membro inferior direito realizada há dois anos devido a um tumor. Apresenta queixas de dor no membro amputado (dor fantasma).

5. Questão de resposta aberta

1. Tem de apresentar uma proposta de protocolo de avaliação da intensidade da dor no serviço de Pneumologia de um hospital pediátrico. Este serviço recebe crianças dos zero aos 18 anos que poderão sofrer de dor aguda e/ou persistente e cuja situação clínica abrange crianças conscientes e não conscientes, com ou sem multideficiência cognitiva e motora, que podem ou não necessitar de ventilação mecânica e submetidos ou não a intervenção cirúrgica. Na sua proposta, como primeira opção, que escalas selecionaria em função da idade e situação clínica (identifique a escala, situação clínica e idade).
2. Identifique as escalas que selecionaria para avaliar a intensidade da dor em pessoas (≥ 18 anos) e como **primeira opção**, tendo em conta a existência de pessoas com e sem capacidade de autoavaliação numa Unidade de Cuidados Intensivos e num serviço de medicina.
3. Atendendo ao ciclo de vida (idade das pessoas) que escalas selecionaria para utilizar como **primeira opção** tendo em conta a existência de pessoas com e sem capacidade de autoavaliação num serviço de cuidados intensivos neonatais (recém-nascidos), num serviço de cirurgia pediátrica (< 18 anos) e de adultos (≥ 18 anos).

6. Afirmações verdadeiro / falso

6.1. Anatomofisiologia

Nº	Item	V	F
1.	Nociceptores são os receptores presentes nas terminações nervosas livres do axónio das fibras mielínicas finas A-delta e amielínicas C, capazes de detectar estímulos dolorosos		
2.	Os recetores de Krause captam as sensações de frio		
3.	As terminações nervosas livres captam sensações mecânicas, térmicas e dor		
4.	A substância P é um neuropeptídeo excitatório		
5.	O tálamo é o centro da dor no cérebro		
6.	O hipotálamo ativa as respostas neuro endócrinas e cardiovasculares relacionadas com a dor		
7.	A noradrenalina, adrenalina, acetilcolina e dopamina atuam como analgésicos		
8.	Stress, doença, comportamento cognitivo e dor inativam a via descendente de controlo da dor		
9.	A dor neuropática deve-se à falência dos mecanismos inibidores da dor e de uma hiperexcitabilidade central ou periférica		
10.	Transdução é a transformação da sensação dolorosa em estímulo elétrico		
11.	Modulação é a ação exercida para aumentar ou diminuir a transmissão de um impulso doloroso		
12.	O feixe espino-talâmico que vai para o tálamo quando seccionado provoca analgesia		
13.	As fibras nervosas têm uma dupla função: transmitem o influxo e produzem substâncias químicas		
14.	Fibras grossas estimulam pequenas células da substância gelatinosa que libertam encefalina e atuam nos recetores opiáceos reduzindo a libertação de substância P		
15.	As características de sensação de formigamento, queimadura e descarga elétrica são típicas da dor neuropática		
16.	A dor crónica deve-se a um excesso de nociceção		
17.	A dor aguda caracteriza-se pela combinação de lesão tecidual, dor, ansiedade e é geralmente acompanhada por fenómenos de disfunção autonómica		
18.	A dor aguda caracteriza-se por estados de hiperexcitabilidade persistentes		
19.	Na dor persistente o stress neuro endócrino está atenuado ou mesmo ausente		
20.	A dor psicogénica tem causas fisiológicas		
21.	A dor induzida é uma dor causada e que pode ser prevenida ou tratada		
22.	Dor visceral é uma dor difusa e com sensação de pressão		
23.	A dor oncológica apresenta as mesmas características da dor aguda		

6.2. Avaliação da dor

Classifique as seguintes afirmações em verdadeiro (V) e falso (F) e comente as suas respostas

AFIRMAÇÕES	V/F	COMENTÁRIOS
1. As pessoas conseguem dormir mesmo quando sentem dores.		
2. Uma pessoa que está ocupada pode estar com dores.		
3. As respostas de dor dependem do desenvolvimento cognitivo da pessoa.		
4. As manifestações de dor têm uma relação directa com a lesão que a provoca.		
5. Os profissionais de saúde são os peritos na avaliação da dor.		
6. As pessoas dizem sempre a verdade acerca da sua dor.		
7. Um idoso não consegue descrever a sua dor.		
8. Numa situação de urgência em que a dor está presente (queimaduras, fraturas, ...) primeiro administrar um analgésico e depois avaliar a dor.		
9. No serviço de urgência e numa situação de fratura do fémur primeiro avaliar a dor e só depois, informar, prevenir gestos dolorosos e tratar a dor.		
10. Qual a melhor forma de questionar uma pessoa com dor? (Várias possibilidades de escolha) a) Você não estás bem ? b) Onde é que não está bem? c) Eu sei que tu não está bem, pode-me mostrar onde? d) Eu vejo bem que não está bem, podes-me dizer o quanto lhe dói?		
11. Que questões se podem colocar aos familiares de uma pessoa com dor? (várias possibilidades de escolha) a) Tem a certeza de que o seu familiar tem dor? b) Em que circunstâncias já teve dores? c) Como reage o seu familiar habitualmente quando tem dores? d) O que lhe alivia melhor a dor quando não está bem? e) O que lhe posso fazer agora para lhe aliviar a dor? f) O que mudou no seu comportamento?		
12. Porquê colocar questões aos familiares? a) Mostramos à pessoa e familiares o nosso interesse pela sua dor; b) São os familiares que melhor conhecem o comportamento habitual da criança; c) Ajudam os familiares a seguir e avaliar o tratamento.		
13. O registo da dor é útil para melhorar a comunicação no seio da equipa de saúde.		
14. O registo da dor é um bom indicador de qualidade de cuidados.		
15. O registo da dor encoraja a sua avaliação.		
16. O registo da dor ajuda a adaptar a prescrição à intensidade da dor.		
17. Deve-se implementar pelo menos uma escala adequada para avaliar a dor relativa à patologia mais dolorosa no serviço.		
18. Um protocolo de avaliação da dor deve precisar o objetivo a atingir (nível de dor aceitável).		
19. Um protocolo de avaliação da dor deve precisar a correspondência entre avaliação da dor e tratamento.		

20. As escalas BPS e NVPS permitem avaliar a dor em UCI.		
21. A escala EVA deve ser apresentada na horizontal.		
22. A expressão da dor através dos gritos e choro normalmente diminuem a partir dos 7 anos.		
23. Expressão facial é difícil de ser avaliada devido à aprendizagem social sobre a aceitação do comportamento doloroso.		
24. Saber o que a pessoa entende por dor não é importante para a sua avaliação.		
25. Conhecer as habilidades da pessoa é informação pouco relevante na história da dor.		
26. A dor deve ser avaliada e registada pelo menos de 8 em 8 horas.		
27. A frequência da avaliação da dor aumenta proporcionalmente à intensidade da dor.		
28. Avaliar a intensidade da dor pode ser uma competência desempenhada pelos familiares.		
29. Nem todas as pessoas necessitam de uma avaliação regular da intensidade da dor.		
30. Entre os 25 e os 65 anos não existem escalas de dor validadas.		
31. Não é possível determinar com exatidão a idade a partir da qual a autoavaliação é válida.		
32. Profissionais de saúde tendem a subestimar a dor quando usam a heteroavaliação.		
33. A escala utilizada numa pessoa deve ser sempre a mesma.		
34. A intensidade de dor refere-se sempre ao momento presente.		
34. No registo da intensidade da dor deve ser acrescentada informação relativa a outros aspetos considerados úteis para interpretar a dor.		
35. Se não for possível usar a escala selecionada, usar outra e só depois e como alternativa não cotar o item em falta.		
36. As respostas comportamentais à dor podem ser influenciadas pela condição clínica, efeito de medicação (sedativos) ou frequência de procedimentos dolorosos.		
37. A escolha de uma escala de dor num serviço deve ter em conta a escala métrica usada por outras escalas em uso no Hospital.		
38. A facilidade de uso e tempo necessário para a aplicação de uma escala não pode ser um critério de seleção a ter em consideração.		
39. A quantificação da dor permite fazer comparações entre as várias pessoas.		
40. O ensino da utilização das escalas de autoavaliação deve ser feito no momento da avaliação da dor.		
41. Recomenda-se que a autoavaliação seja feita a partir dos 6 anos.		
42. Medir a dor é diferente de avaliar a dor.		
43. A agitação é um sinal mais específico de dor do que a imobilidade.		
44. Não existe nenhum indicador específico de dor para além do que a criança nos diz.		
45. As alterações fisiológicas e comportamentais, são indicadores válidos para avaliar a intensidade da dor.		
46. As alterações na mobilidade, alimentação, sono e atividades recreativas são indicadores muito úteis na avaliação da dor.		

6.3. Controlo farmacológico

Nº	Item	V	F
1.	O paracetamol é um AINE		
2.	Os AINE são considerados opióides fracos		
3.	O fentanil é um opióide mais potente que a morfina		
4.	Numa dor moderada recomenda-se o uso de fármacos não opióides e/ou opióides		
5.	A prescrição de analgésicos deve ter em consideração a intensidade da dor e não a sua fisiopatologia		
6.	A dose analgésica certa é aquela que alivia a dor sem causar efeitos secundários indesejáveis		
7.	A associação de fármacos deverá ser feita sempre que um só se revele insuficiente		
8.	O cálculo da dose de analgésicos deve ser feita em função do peso		
9.	A administração de varias doses de analgésicos mas pouco eficazes resultam num controlo da dor mais difícil de obter do que doses mais agressivas no início		
10.	Os analgésicos devem ser administrados em horário fixo sempre que a dor é previsível nem que isso implique acordar a pessoa que dorme		
11.	Por norma a via oral é a preferida para administração de analgésicos		
12.	O paracetamol é um fármaco eficaz no controlo da dor provocada pela punção		
13.	Os AINE são analgésicos mais potentes que o paracetamol		
14.	Os opióides são pouco eficazes no alívio da dor neuropática		
15.	São efeitos indesejáveis dos opióides a paralisia dos músculos lisos, dilatação das artérias coronárias, náuseas e vômitos, obstipação e prurido		
16.	O tramadol tem uma potência analgésica dez vezes inferior à morfina		
17.	O tempo aconselhado par aplicação do EMLA® é de 90 a 120 minutos, exceto nos lactentes até aos 3 meses		
18.	O EMLA® é eficaz na prevenção da dor provocada pela punção do calcanhar no RN		
19.	Os sedativos não têm nenhuma ação analgésica		
20.	Se uma pessoa pede medicação de resgate (SOS) mais de duas vezes num dia significa que a analgesia de base é insuficiente		
21.	Na dor aguda o tratamento da dor deve reger-se pela escada analgésica da OMS (começar pelos não opióides antes de passar aos opióides)		
22.	Os opióides são desprovidos de ação de tolerância		
23.	Sedativos e opióides têm uma ação sinérgica		
24.	Os RN são mais vulneráveis aos efeitos depressores respiratórios da morfina que uma criança maior		
25.	A adição é um efeito colateral frequente dos opióides		
26.	O fentanil é cerca de 100 vezes mais potente que a morfina		
27.	Os opióides são eficazes no alívio das dores de tipo visceral		
28.	A administração de morfina em perfusão contínua não é eficaz no alívio da dor devido a punções		
29.	A dor é um estímulo suficiente para evitar a depressão respiratória provocada pelos opióides		
30.	A tolerância à dor provocada pelos opióides evolui de forma paralela à tolerância que provoca para a depressão respiratória		
31.	Os AINE e paracetamol têm efeito de teto no alívio da dor		
32.	Os opióides não têm efeito de teto no alívio da dor		
33.	A síndrome de abstinência não ocorre com os opióides		
34.	Os corticóides podem ter uma ação analgésica em situações específicas		
35.	Os anticonvulsivantes são úteis no alívio da dor neuropática		

6.4. Controlo não farmacológico

Nº	Item	V	F
1.	A massagem está contraindicada em pessoas com patologia oncológica		
2.	A massagem está contraindicada em pessoa com febre		
3.	A massagem está sempre contraindicada em pessoas em pós-operatório		
4.	A hipnose é um estado natural modificado da consciência que se situa entre a vigília e o sono		
5.	A hipnose pode ser usada com sucesso em crianças com mais de 5 anos		
6.	A aplicação de calor ou frio são terapias de primeira linha no alívio da dor em lactentes		
7.	Posicionar o RN em flexão contribui para o alívio da dor		
8.	O relaxamento pode ser conseguido com técnicas ativas, passivas ou de meditação		
9.	As terapias não farmacológicas têm ação comprovada em todas as pessoas		
10.	Informar é sempre um dever do enfermeiro e um direito da pessoa		
11.	A combinação de informação sensorial e de procedimento é mais eficaz no controlo da dor e ansiedade		
12.	O tempo que medeia entre a informação a dar a uma criança e a realização do procedimento doloroso não deve exceder os 3 minutos.		
13.	A modelagem é uma técnica útil em todas as pessoas		
14.	As pessoas com comportamento sensível sofrem mais de ansiedade antecipatória		
15.	As pessoas com comportamento repressivo necessitam de ser mais apoiadas antes da realização dos procedimentos dolorosos		
16.	Nas pessoas negativistas incentivar a utilização de estratégias próprias para lidar com a dor		
17.	As técnicas de distração estão contraindicadas nas situações de dor intensa		
18.	Idealmente o enfermeiro que distrai não deve fazer o cuidado doloroso		
19.	Os pais devem ser incentivados e obrigados a confortarem os seus filhos durante os procedimentos dolorosos breves		
20.	A presença dos pais é uma forma útil no controlo da dor e ansiedade da criança		
21.	Adaptar as estratégias não farmacológicas a cada caso mas não mudar em função da reação da criança;		
22.	Crianças com menos de 7 anos não retêm informação por mais de uma hora		
23.	Falar ao nível dos olhos da criança mas evitar olhar diretamente na face		
24.	As pessoas mais sensíveis à dor beneficiam mais das intervenções não farmacológicas		
25.	A sacarose é eficaz no alívio da dor até aos 3 meses, embora a eficácia diminua a partir do mês de idade		
26.	Todas as substâncias açucaradas tem um efeito semelhante, mas a sacarose parece ser a mais eficaz		
27.	Associar a sucção não nutritiva com administração de sacarose diminui o seu efeito analgésico		
28.	A utilização da sacarose está contraindicada em situações de enterocolite necrosante		
29.	As terapias não farmacológicas devem ser prescritas em função dos mecanismos de <i>coping</i> da pessoa		
30.	A pausa alimentar não é uma contraindicação absoluta para a administração de sacarose no alívio da dor		
31.	As concentrações de sacarose variam entre 12 e 50%, mas acima de 30% sem vantagens adicionais		
32.	Afloramento é um movimento de massagem longo, suave e lento		
33.	São técnicas básicas de massagem o deslizamento, percussão e amassamento		
34.	A estimulação tátil precoce beneficia o sistema imunitário		
35.	O silêncio é uma medida que favorece o alívio da dor		
36.	A utilização de placebos pode ser uma boa forma de alívio da dor em situações psiquiátricas		

6.5. Avaliação e controlo da dor em pediatria

Nº	Item	V	F
1.	A dor é tudo o que a criança diz que é		
2.	As crianças devem ser encorajadas a desenvolver a sua tolerância à dor		
3.	As crianças com dor prolongada tendem para o aumento da tolerância à dor		
4.	Para a dor intensa, se posso escolher para a administração de analgésicos entre a via oral e a injeção IM devo escolher a IM		
5.	Uma criança que chora e diz ter dor é porque tem dor		
6.	Uma criança sedada tem menos dor		
7.	Os analgésicos devem ser evitados tanto quanto possível e reservados para a dor intensa		
8.	A dor provoca uma diminuição da resposta do sistema imunitário		
9.	A teoria porta explica a influência dos processos psicológicos na percepção e reação à dor		
10.	Não existe nenhum indicador específico de dor, exceto o que nos diz a criança		
11.	A heteroavaliação é o método de primeira escolha na avaliação da intensidade da dor		
12.	A EVA é a escala de referência na avaliação da intensidade da dor		
13.	Um valor de 9 na escala EVA implica o uso de medidas não farmacológicas		
14.	A escala EDIN é uma escala de referência na avaliação da dor em UCIN		
15.	Avaliação da dor pelos pais deve ser incentivada sempre que possível		
16.	Expressão facial é difícil de ser avaliada devido à aprendizagem social		
17.	A dor deve ser avaliada e registada pelo menos de 8 em 8 horas		
18.	Numa situação de urgência em que a dor está presente (queimaduras, fraturas,...) primeiro administrar um analgésico e depois avaliar a dor		
19.	A escala FLACC é uma escala de autoavaliação para usar em crianças		
20.	A escala FLACC-R é uma escala para usar em crianças com multideficiência		
21.	A escala DESS é uma escala de autoavaliação para usar em crianças com multideficiência		
22.	A escala NIPS está indicada para avaliar a dor no lactente		
23.	A escala FPS-R é recomendada pela IASP e está entre as mais validadas		
24.	A escala Wong-Baker usa uma metodologia de aplicação diferente da FPS-R		
25.	Nem todas as crianças necessitam de uma avaliação regular da intensidade da dor		
26.	As escalas EDIN e NFCS permitem avaliar a dor prolongada no prematuro		
27.	A escala EVA deve ser apresentada à criança na horizontal		
28.	Saber o que a criança entende por dor não é importante para a sua avaliação		
29.	Conhecer as habilidades da criança é informação pouco relevante na história da dor		
30.	Não é possível determinar com exactidão a idade a partir da qual a autoavaliação é válida		
31.	A escala utilizada numa criança deve ser sempre a mesma		
32.	A quantificação da dor permite fazer comparações entre as várias crianças		
33.	O ensino da utilização das escalas de autoavaliação deve ser feito no momento da avaliação da dor.		
34.	Recomenda-se que a autoavaliação seja feita a partir dos 6 anos		
35.	A agitação é um sinal mais específico de dor do que a imobilidade		

36.	As alterações na mobilidade, alimentação, sono e actividades recreativas são indicadores muito úteis na avaliação da dor		
37.	As terminações nervosas livres captam sensações mecânicas, térmicas e dor		
38.	A substância P é um neuropeptídeo excitatório		
39.	O tálamo é o centro da dor no cérebro		
40.	O hipotálamo ativa as respostas neuroendócrinas e cardiovasculares relacionadas com a dor		
41.	Stress, doença, comportamento cognitivo e dor inativam a via descendente de controlo da dor		
42.	A dor neuropática deve-se à falência dos mecanismos inibidores da dor e não de uma hiperexcitabilidade central ou periférica		
43.	Transdução é a transformação da sensação dolorosa em estímulo elétrico		
44.	Modulação é a ação exercida para aumentar ou diminuir a transmissão de um impulso doloroso ao nível do córtex cerebral		
45.	A dor persistente deve-se a um excesso de nociceção		
46.	A dor aguda caracteriza-se por lesão tecidual, dor, ansiedade e é geralmente acompanhada por fenómenos de disfunção autonómica		
47.	A dor provoca um estado de fibrinólise reduzida		
48.	A massagem está contraindicada em pessoa com febre		
49.	A hipnose pode ser usada com sucesso em crianças com mais de 5 anos		
50.	A aplicação de calor ou frio são terapias de primeira linha no alívio da dor em lactentes		
51.	Posicionar o RN em flexão contribui para o alívio da dor		
52.	Informar é sempre um dever do enfermeiro e um direito da pessoa		
53.	A combinação de informação sensorial e de procedimento é mais eficaz no controlo da dor e ansiedade		
54.	As pessoas com comportamento sensitivo sofrem mais de ansiedade antecipatória		
55.	Os pais devem ser obrigados a confortarem os seus filhos durante os procedimentos dolorosos breves		
56.	A massagem está contraindicada em pessoas com patologia oncológica		
57.	A sacarose é eficaz no alívio da dor até aos 3 meses, embora a eficácia diminua a partir do mês de idade		
58.	Associar a sucção não nutritiva com administração de sacarose diminui o seu efeito analgésico		
59.	A utilização da sacarose está contraindicada em situações de enterocolite necrosante		
60.	As terapias não farmacológicas devem ser prescritas em função dos mecanismos de <i>coping</i> da pessoa		
61.	Afloramento é um movimento de massagem longo, suave e lento		
62.	As concentrações de sacarose variam entre 12 e 50%, mas acima de 30% sem vantagens adicionais		
63.	O silêncio é uma medida que favorece o alívio da dor		
64.	A utilização de placebos pode ser uma boa forma de alívio da dor em situações psiquiátricas		
65.	O paracetamol é um AINE		
66.	Os AINE são considerados opióides fracos		
67.	O fentanil é um opióide mais potente que a morfina		
68.	Numa dor moderada recomenda-se o uso de fármacos não opióides e/ou opióides		
69.	A prescrição de analgésicos deve ter em consideração a intensidade da dor e não a sua fisiopatologia		
70.	A dose de analgésica certa é aquela que alivia a dor sem causar efeitos secundários indesejáveis		
71.	São efeitos indesejáveis dos opióides a paralisia dos músculos lisos, dilatação das artérias coronárias, náuseas e vômitos, obstipação e prurido		
72.	O tramadol tem uma potência analgésica dez vezes inferior à morfina		
73.	O tempo aconselhado par aplicação do EMLA® é de 90 a 120 minutos, exceto nos lactentes até aos 3 meses		

74.	O EMLA® é eficaz na prevenção da dor provocada pela punção do calcanhar no RN		
75.	Os RN são mais vulneráveis aos efeitos depressores respiratórios da morfina que uma criança maior		
76.	A adição é um efeito colateral dos opióides frequente		
77.	O fentanil é cerca de 100 vezes mais potente que a morfina		
78.	Os opióides são eficazes no alívio das dores de tipo visceral		
79.	A administração de morfina em perfusão contínua não é eficaz no alívio da dor devido a punções		
80.	A dor é um estímulo suficiente para evitar a depressão respiratória provocada pelos opióides		
81.	A tolerância à dor provocada pelos opióides evolui de forma paralela à tolerância que provoca para a depressão respiratória		
82.	Os anticonvulsivantes são úteis no alívio da dor neuropática		
83.	Um protocolo de avaliação da dor deve precisar o objetivo a atingir (nível de dor aceitável)		
84.	Os profissionais de saúde são os peritos na avaliação da dor		
85.	A criança em idade escolar com dor pode aprender a dosear a sua própria medicação pelo uso de bombas infusoras próprias (PCA)		
86.	É sempre preferível ter os pais junto das crianças submetidas a procedimentos dolorosos, do que esta estar privada dos mesmos		
87.	A necessidade de aumentar as doses de opióides para aliviar a dor significa que passou a haver habituação ao medicamento		
88.	Quanto maior for a dose de opióides, maior o alívio da dor		
89.	Diminuir as suas expressões de dor é o objetivo maior dos cuidados à criança com dor		
90.	Uma criança com insónias e dor deve ser tratada para ambas as coisas		
91.	É inevitável que uma criança operada sinta dores nas primeiras horas		
92.	No tratamento da dor persistente o objetivo é a eliminação total da dor		
93.	A teoria porta explica a ação das medidas não farmacológicas		
94.	Reagrupar cuidados potencialmente dolorosos contribui para aumentar a dor da criança		
95.	Obter uma dor <3/10 é considerado como um indicador de qualidade de cuidados na dor		
96.	A escala numérica é a primeira escolha na criança com 8 anos		
97.	Uma dor 3/15 na escala EDIN é critério para usar tratamento farmacológico		
98.	Na dor pós-operatória o critério para usar terapêutica é uma dor 6/10 na escala EVA		
99.	Em UCI não é possível usar a EVA		
100.	A história de dor pode ser obtida por questionário		

7. Afirmações concordo / discordo

7.1. Exercício 6.1- Pediatria

À frente de cada afirmação, coloque o número a que corresponde à sua resposta, de acordo com a seguinte distribuição:

0 – Discordo 1 – Discordo parcialmente 2 – Indeciso 3 – Concordo parcialmente 4 – Concordo

1.	A dor é tudo o que a criança diz que é.	
2.	A dor existe onde a criança diz que existe	
3.	A dor causada por exames é desnecessária pelo que deve ser evitada tanto quanto possível	
4.	A criança deve ser medicada para a dor sempre que o pedir	
5.	As crianças devem ser encorajadas a desenvolver a sua tolerância à dor	
6.	As crianças que demonstram capacidade de sofrimento são bons doentes	
7.	As crianças com dor prolongada tendem para o aumento da tolerância à dor	
8.	Para a dor intensa na criança, se posso escolher para a administração de analgésicos entre a via oral e a injeção intramuscular devo escolher a via intramuscular	
9.	As respostas de dor na criança dependem do seu desenvolvimento cognitivo	
10.	As crianças dizem sempre a verdade acerca da dor que sentem	
11.	Uma criança calma que diz ter dor é porque tem dor	
12.	Uma criança que chora e diz ter dor é porque tem dor	
13.	A criança queimada precisa de um analgésico antes da realização do penso	
14.	Na criança ansiosa ou deprimida a dor não é real (é um problema psicológico ou emocional)	
15.	As crianças que tiram proveito da dor (atenção, brinquedos, etc..) não sentem verdadeiramente dor	
16.	Uma criança sedada tem menos dor	
17.	As crianças são mais sensíveis aos efeitos depressores respiratórios da morfina que os adultos	
18.	A morfina causa dependência na criança com mais facilidade que no adulto	
19.	Os analgésicos devem ser evitados tanto quanto possível e reservados para a dor intensa	
20.	Só os analgésicos narcóticos são eficazes no alívio da dor	
21.	A morfina é um medicamento de último recurso	
22.	O isolamento e a escuridão normalmente aumentam a sensação de dor	
23.	A forma de aliviar a dor é igual para todas as criança	
24.	A música pode ser usada com sucesso no alívio da dor	
25.	Se faço crer à criança que acredito na sua dor, isso contribui para o seu alívio	
26.	A dor é uma experiência nem sempre associada a uma lesão dos tecidos	
27.	O sistema antinocitivo (descendente da dor) pode ser ativado pela dor	
28.	São neurotransmissores inibitórios da dor a adrenalina, actilcolina, serotonina, nordrenalina	
29.	A dor provoca uma diminuição da resposta do sistema imunitário	
30.	A teoria porta explica a influência dos processos psicológicos na percepção e reação à dor	

31.	Não existe nenhum indicador específico de dor, exceto o que nos diz a criança	
32.	A heteroavaliação é o método de primeira escolha na avaliação da intensidade da dor	
33.	A EVA é a escala de referência na avaliação da intensidade da dor no adulto	
34.	Um valor de 9 na escala EVA implica o uso de medidas não farmacológicas	
35.	A escala EDIN é uma escala de referencia na avaliação da dor em UCIN	
36.	Uma dor tipo choque elétrica ou formigueiro é típica de uma dor aguda	
37.	Expressão facial é difícil de ser avaliada devido à aprendizagem social	
38.	A dor deve ser avaliada e registada pelo menos de 8 em 8 horas	
39.	Os analgésicos não devem ser administrados quando a criança estiver a dormir	
40.	Só os opióides são realmente eficazes no alívio da dor	
41.	O frio ou o calor têm uma ação analgésica	
42.	Numa situação de urgência em que a dor está presente (queimaduras, fraturas,...) primeiro administrar um analgésico e depois avaliar a dor	
43.	No tratamento da dor as intervenções não farmacológicas devem estar sempre de acordo com os mecanismos de <i>coping</i> das crianças	
44.	A dose dos opióides deve ser prescrita em função do peso da criança	
45.	A escala FLACC é uma escala de autoavaliação para usar em crianças	
46.	Nem todas as crianças necessitam de uma avaliação regular da intensidade da dor	
47.	A teoria porta explica a influência dos processos psicológicos na percepção e reação à dor	
48.	O tálamo é um importante centro implicado na discriminação sensitiva da dor	
49.	A dor provoca um estado de fibrinólise reduzida	
50.	Na teoria porta defende-se a existência de um sistema especializado de fibras grossas de condução rápida (the Central Control Trigger) que ativa processos seletivos cognitivos e que por meio de fibras descendentes influenciam o mecanismo de controlo medula	

7.2. Exercício 6.2 - Inventário de saberes e práticas sobre dor na pessoa

À frente de cada afirmação, assinale o número a que corresponde à sua resposta, de acordo com a seguinte distribuição:

0 – Discordo 1 – Discordo parcialmente 2 – Indeciso 3 – Concordo parcialmente 4 – Concordo

1. . A dor é tudo o que a pessoa diz que é. 0 1 2 3 4
2. . A dor existe onde a pessoa diz que existe 0 1 2 3 4
3. . Em procedimentos dolorosos (punções, aspiração de secreções) a dor pode ser eliminada..... 0 1 2 3 4
4. . A dor causada por exames é necessária para estabelecer um melhor diagnóstico..... 0 1 2 3 4
5. . A pessoa queimada precisa de um analgésico antes da realização do penso..... 0 1 2 3 4
6. . No pós-operatório a dor não deve ser eliminada completamente 0 1 2 3 4
7. . No tratamento da dor crónica o objetivo nunca pode ser a eliminação total da dor 0 1 2 3 4
8. . As crianças toleram (“aguentam”) melhor a dor que os adultos 0 1 2 3 4
9. . As pessoas devem ser encorajadas a desenvolver a sua tolerância à dor 0 1 2 3 4
10. As crianças em situação semelhante sentem menos dor que os adultos 0 1 2 3 4
11. As pessoas que demonstram capacidade de sofrimento, são bons doentes 0 1 2 3 4
12. As pessoas que sofrem dor prolongada tendem a tolerar melhor a dor 0 1 2 3 4
13. É difícil distinguir entre dor e medo na criança 0 1 2 3 4
14. Na pessoa a dor crónica geralmente leva à depressão 0 1 2 3 4
15. Quando observo uma pessoa não sei se tem ou não dores 0 1 2 3 4
16. As crianças aos 6 meses recordam-se dos procedimentos comuns causadores de dor 0 1 2 3 4
17. A dor aguda provoca o aumento da frequência respiratória 0 1 2 3 4
18. As pessoas conseguem dormir mesmo quando sentem dores 0 1 2 3 4
19. Uma criança que brinca pode estar com dores 0 1 2 3 4
20. As respostas de dor dependem do desenvolvimento cognitivo 0 1 2 3 4
21. As alterações de comportamento na pessoa são um sinal indicativo de dor (se bem que indefinido)..... 0 1 2 3 4
22. As manifestações de dor têm uma relação direta com a lesão que a provoca 0 1 2 3 4
23. O alívio da dor após a administração de placebo, significa que a pessoa não sofre de uma dor real 0 1 2 3 4
24. Os meus valores, intuições para com a pessoa permitem-me saber se ela mente sobre a dor 0 1 2 3 4
25. Na pessoa ansiosa ou deprimida a dor não é real (é um problema psicológico ou emocional)..... 0 1 2 3 4
26. As pessoas que tiram proveito da dor (benefícios secundários) não sentem verdadeiramente dor 0 1 2 3 4
27. Os profissionais de saúde são os peritos na avaliação da dor 0 1 2 3 4
28. Uma pessoa sedada não sente dor 0 1 2 3 4
29. As pessoas dizem sempre a verdade acerca da sua dor 0 1 2 3 4
30. Uma criança calma que diz ter dor é porque tem dor 0 1 2 3 4
31. Uma criança que chora e diz ter dor é porque tem dor 0 1 2 3 4
32. O recém-nascido não recebe ao nível do córtex cerebral informação de dor 0 1 2 3 4
33. Uma criança com 3 anos não consegue descrever/localizar a sua dor 0 1 2 3 4
34. Sob as mesmas condições, a pessoa que sofre está melhor em casa que no hospital 0 1 2 3 4
35. Uma pessoa que não sabe o que a espera (operação) está mais vulnerável à dor 0 1 2 3 4
36. A criança em idade escolar com dor pode aprender a dosear a sua própria medicação pelo uso de (PCA)..... 0 1 2 3 4

37. O isolamento e a escuridão normalmente aumentam a sensação de dor 0 1 2 3 4
38. O medo originário de experiências anteriores de dor aumentam a perceção da dor..... 0 1 2 3 4
39. Pessoas ensinadas desde pequenas que “só os bebés choram com dor”, sentem menos a dor 0 1 2 3 4
40. É sempre preferível ter os pais junto das crianças submetidas a procedimentos dolorosos, do que esta estar privada dos mesmos..... 0 1 2 3 4
41. Quando é necessária a imobilização duma criança que vai ser submetida a procedimentos dolorosos, os pais são as pessoas mais indicadas para o fazerem. 0 1 2 3 4
42. A necessidade de aumentar as doses de opióides para aliviar a dor significa que passou a haver habituação ao medicamento 0 1 2 3 4
43. O modo como a criança vive a sua dor é afetada pela sua personalidade 0 1 2 3 4
44. As crianças com menos de 6 meses são mais sensíveis aos efeitos depressores respiratórios da morfina que os adultos 0 1 2 3 4
45. A morfina causa dependência na criança com mais facilidade que no adulto..... 0 1 2 3 4
46. Os analgésicos devem ser evitados tanto quanto possível e reservados para a dor intensa 0 1 2 3 4
47. Quanto maior for a dose de opióides, maior o alívio da dor 0 1 2 3 4
48. Os analgésicos não devem ser administrados quando a pessoa estiver a dormir 0 1 2 3 4
49. Só os opióides são realmente eficazes no alívio da dor..... 0 1 2 3 4
50. A morfina deve ser um medicamento de último recurso 0 1 2 3 4
51. Para a dor intensa na criança sem via endovenosa, se posso escolher entre a via oral e a injeção intramuscular para a administração de analgésicos devo escolher a via intramuscular 0 1 2 3 4
52. Diminuir as suas expressões de dor é o objetivo major dos cuidados à pessoa com dor 0 1 2 3 4
53. A pessoa deve ser medicada para a dor sempre que o pedir..... 0 1 2 3 4
54. A forma de aliviar a dor é igual para todas as pessoas 0 1 2 3 4
55. Uma pessoa com insónias e dor deve ser tratada para ambas as coisas 0 1 2 3 4
56. A intensidade da dor só deve ser avaliada quando suspeitamos que a pessoa tem dor 0 1 2 3 4
57. Os pais devem ser envolvidos nos cuidados à criança com dor 0 1 2 3 4
58. Os pais podem transmitir medidas adequadas para o tratamento da dor 0 1 2 3 4
59. O frio ou o calor têm uma ação analgésica 0 1 2 3 4
60. A música pode ser usada com sucesso no alívio da dor 0 1 2 3 4
61. A pessoa que sofre uma dor prolongada deve tomar os analgésicos mesmo que não sinta dor 0 1 2 3 4
62. Se faço crer à pessoa que acredito na sua dor, isso pode contribui para o seu alívio 0 1 2 3 4
63. É inevitável que uma pessoa operada sinta dores nas primeiras horas 0 1 2 3 4
64. Uma pessoa com dor aguda não manifesta alterações comportamentais (comer, falar, mover-se,...)..... 0 1 2 3 4
65. A utilização de placebos deve ser proscria 0 1 2 3 4
- ~~66. É inevitável que uma pessoa operada sinta dores nas primeiras horas..... 0 1 2 3 4~~
67. A eficácia dos placebos aumenta com o numero de utilizações, se eficaz na primeira utilização..... 0 1 2 3 4
68. Numa situação de urgência em que a dor está presente (queimaduras, fraturas,...) primeiro administrar um analgésico e depois avaliar a dor 0 1 2 3 4
69. No tratamento da dor as intervenções não farmacológicas devem estar sempre de acordo com os mecanismos de *coping* das pessoas
0 1 2 3 4
70. A dose dos opióides deve ser prescrita em função do peso da pessoa 0 1 2 3 4

8. Ficha de exercícios: dor persistente e sofrimento

8.1. Exercício 7.1. Brainstorming para resolução de controlo de sintomas

- 1- O que fazer para evitar compressões
- 2- Dificuldade em subir escadas por dor nas pernas
- 3- Dificuldade em sentar-se
- 4- Dificuldade em entrar e sair da banheira
- 5- Dificuldade em fazer tarefas de pé
- 6- Astenia
- 7- Anorexia, náuseas e vômitos
- 8- Obstipação
- 9- Insónias
- 10- Dor lombar frequente

8.2. Exercício 7.2. Planeamento de atividades diárias

Objetivo do cuidado - promover a **autonomia** e sentimento de que é capaz.

Partir de um exemplo conhecido de rotinas diárias

Passos a seguir:

- 1- Elaborar com o doente uma lista de atividades que gosta de realizar e faça parte do seu quotidiano;
- 2- Hierarquiza-las de acordo com o grau de aceitação;
- 3- Envolver o doente numa tarefa de cada vez (só passa a outra quando aceite);
- 4- O doente deve registar as tarefas que realizou, o que sentiu, dificuldades, intensidade da dor.
- 5- Análise do realizado e correção dos desvios

8.3 Exercício 7.3 - Elaborar uma técnica de distração

Sugestionar um cenário agradável e treinar a sua aplicação partindo dos exemplos fornecidos

8.4. Exercício 7.4 - Conceber cuidados para casos clínicos

Caso clínico 1

Manuel, doente de 70 anos, reformado que recorre com frequência ao médico de família por queixas de dor no membro superior esquerdo e joelhos. As dores dos joelhos são antigas de intensidade ligeira agravando ao final do dia, sem sinais inflamatórios ou edemas. A dor no membro superior é descrita como uma dor moderada persistente tipo formigueiro, ardor e por vezes tipo choque elétrico.

Segundo a filha as queixa não são consistentes. Queixa-se quando ela ou a esposa está presente mas não quando anda com os amigos ao domingo.

É diabético insulínica dependente e tem medo das agulhas. Por vezes é difícil a administração da insulina.

Atribui a dor que tem no membro superior a uma queda que teve e esforço que fez com o braço. Foi na altura ao médico mas nunca ficou verdadeiramente bom. Apresenta ainda limitações na elevação do braço.

Segundo a esposa e filha queixa-se com frequência dos joelhos, pés e ultimamente dos membros superiores mas nem sempre toma a medicação analgésica que lhe receitaram.

O Sr. Manuel refere que quase sempre desvalorizam as suas dores, principalmente a sua esposa.

Gosta de fazer pequenos trabalhos em ferro (era serralheiro) e de cuidar de alguns animais domésticos. Gosta de ler o jornal e não dispensava uma saída com os amigos. Ultimamente nem sempre sai de casa por ter de andar.

As dores agravam no final do dia e quando faz trabalhos mais exigentes fisicamente. Não consegue fazer com facilidade algumas atividades que impliquem a elevação do braço esquerdo.

Alivia as dores com medicação AINE e paracetamol mas nem sempre toma ,porque dizem que lhes faz mal ao estômago e lhe altera a tensão arterial. Também toma medicação para a hipertensão.

Tem dificuldade em fazer a barba e comer como antigamente (limitação da elevação do braço). Evita caminhar porque fica com dor nos pés e tem dificuldade em dormir durante a noite. De dia adormece com facilidade.

Caso clínico 2

Maria, doente de 67 anos, reformada que recorre com frequência ao médico de família por queixas de dor lombar, nos membros superiores e joelhos. Sempre se queixou dos joelhos tendo já recusado uma intervenção cirúrgica. Apresenta um dos joelhos um pouco edemaciado. Os braços doem quando se esforça mais e apresenta um nódulo no antebraço direito que parece ser segundo o enfermeiro um lipoma. As dores lombares têm-se agudizado ultimamente, sendo descrita como uma dor moderada que agrava com o esforço e parece irradiar para todo o lado. Esta dor alivia com o calor e repouso. Foi encaminhada para o fisioterapeuta.

Costuma ser paciente com a dor, toma a medicação que a médica aconselha mas parece que nada resulta para esta dor lombar. Como trabalha como doméstica tem sido aconselhada pelos filhos pra deixar de trabalhar mas não consegue. Diz que lhe faz bem à cabeça andar a trabalhar.

Não tem experiências traumatizantes significativas a não ser a dor lombar que ultimamente se está a tornar insuportável. Não é de se andar a queixar por tudo e nada, por vezes automedica-se e acredita que as massagens da fisioterapia podem resolver o problema.

Gosta de trabalhar fora de casa, de conversar com as suas irmãs que moram perto e de ir à igreja. É muito crente em Deus.

Quando está pior repousa um pouco mas reconhece que o deveria fazer mais vezes.

Neste momento estas dores ainda não a afetam de forma significativa na sua vida diária a não ser um cansaço crescente, dores que são cada vez maiores, mais dificuldade em se deslocar e efetuar tarefas que impliquem maior esforço físico. Toma medicação para dormir e é hipertensa. Por vezes toma AINE.

Caso clínico 3

O senhor Luís, com 44 anos de idade, sofre de um cancro pulmonar revelado por uma pneumopatia isolada. É órfão, tendo passado a sua infância numa instituição. Casado, está separado da sua mulher e tem dois filhos de dezasseis e vinte anos. Diz ter ficado doente por causa do desemprego, da sua marginalização, da separação familiar mas, sobretudo, da venda da sua casa, que ele próprio tinha construído. Nos seus antecedentes, revela uma hepatite viral e uma cirrose hepática de origem provavelmente alcoólica.

O senhor Luís é operado Há dois meses para uma intervenção de objectivos diagnósticos e terapêuticos que revela um uni-carcinoma indiferenciado de grandes células com metástases ganglionares. O primeiro ciclo de quimioterapia começa dentro de uma semana.

O senhor Luís localiza e descreve a sua dor na base direita do tórax. Mostra a região dolorosa com a mão estendida e num movimento para a frente e para trás. Desenha-a de forma precisa num esquema corporal colocado a sua disposição. Faz comentários sobre o estado da cicatriz operatória.

A dor é permanente tanto de dia como de noite, apesar do tratamento analgésico que toma regularmente. Ele agita-se e procura uma postura antálgica. Fala de um esticão que lembra uma lâmina de uma faca a entrar no seu flanco, uma sensação de opressão, de aperto com descargas elétricas de tempos a tempos (uma a duas vezes por hora). Esta descrição indica-nos a presença de uma dor mista com uma componente nociceptiva e uma componente neurogénica. A sua respiração é irregular, a sua face está crispada, evocando uma dor intensa, a sua linguagem restrita e focada na dor. Não consegue encontrar uma posição antálgica.

O senhor Luís pensa que a dor significa um agravamento do seu estado e isso reativa a sua ansiedade. Diz nunca ter sentido uma dor tão atroz. A sua avaliação EVA é de 9/10. A avaliação da repercussão desta dor revela: uma respiração modificada, recusa em comer, bebe pouco, não consegue evacuar, pois o esforço da defecação é intenso e solicita em demasia a respiração. E obrigado a ficar sentado na cama, inclinado para a frente, já não pode fazer a sua higiene nem vestir-se. Desespera, tem medo que não se encontre nem a origem da dor nem um tratamento eficaz. Ele diz: "o que é que eu fiz para sofrer tanto?" Exprime o seu medo da morte. Sente-se incapaz de pensar noutra coisa ou de ouvir rádio. Recusa as visitas. O senhor Luís está agitado, o seu olhar está fugidio, detém-nos por motivos variados. Durante a noite observamos dificuldade em adormecer. Diz sentir-se mal, ter uma sensação de mal estar indeterminado sem conhecer o motivo para isso.

Caso clínico 4

Doente de 56 anos, internado num serviço de cirurgia de um hospital de doentes oncológicos, com diagnóstico de osteossarcoma e no 2º dia de pós-operatório para remoção de massa tumoral ao nível da coluna dorsal.

Com queixas de dores intensas ao nível do membro inferior direito e região dorsal que dificilmente aliviavam com o tramadol. Para aliviar esta dor tenta isolar-se do que o rodeia, como se envolve-se num casulo (parece que dorme).

Presentemente continua a referir uma dor com irradiação para os membros inferiores que agrava à movimentação e apenas tolerada quando imóvel e em decúbito dorsal. Tenta aliviar a dor lendo em alguns momentos ou dormindo. Não suporta muito barulho à sua volta. Quando lhe administram o tramadol por via EV a dor alivia, mas a dor torácica não passa com os analgésicos.

Apresenta a zona do coxis hiperemiada e a região da incisão operatória com sinais inflamatórios.

Iniciou alimentação oral apresentando abdómen distendido timpânico e refere uma sensação de mal-estar agonizante.

É por norma, uma pessoa pouco comunicativa. Por vezes, suporta a dor para não incomodar os outros. A pessoa mais significativa para si é a sua companheira. Esta apresenta um ar cansado e tenso.

As dores que têm sentido, ultimamente têm interferido nas suas tarefas diárias verbalizando frequentemente que os laços com a sua fábrica se perderam.

9. Exercícios de apoio à UC de Opção I - Avaliação da dor

9.1. Exercício 8.1 -Escolha de instrumentos

Selecione um instrumento de avaliação da dor para cada uma das situações que se apresenta.

1. Doente de 62 anos internado num serviço de ortopedia por fratura do colo do fémur e com demência profunda.
2. Doente de 57 anos internado numa UCI com AVC hemorrágico. Apresenta um estado de consciência avaliado pela escala de Glasgow de 9 e está ventilado.
3. Doente de 17 anos, invisual e que recorreu ao serviço de urgência por traumatismo na região cervical e dor.
4. Criança de 5 anos internado num serviço de cirurgia para apendicectomia.
5. RN internado numa UCIN por prematuridade com dificuldade respiratória. Está ventilado.
6. Doente de 70 anos que recorreu ao serviço de urgência por traumatismo no membro superior esquerdo há uma semana, dor e impotência funcional (elevação do membro).
7. Criança de 12 anos com paralisia cerebral profunda internado em ortopedia para correcção de escoliose.
8. Doente de 25 anos internado numa cirurgia para herniorrafia.
9. Doente de 66 anos internado numa UCIC com enfarte do miocárdio. A dor é descrita pelo doente como muito intensa, irradia para o braço esquerdo e agrava com a respiração.
10. Doente de 7 anos internado por pneumonia no serviço de medicina. Apresenta amputação do membro inferior direito realizada há dois anos devido a um tumor. Apresenta queixas de dor no membro amputado (dor fantasma).

8.1. Exercício 8.2 - Afirmações em verdadeiro (V) e falso (F)

Classifique as seguintes afirmações em verdadeiro (V) e falso (F) e comente as suas respostas

Nº	ITEM	V/F
1.	As pessoas conseguem dormir mesmo quando sentem dores.	
2.	Uma pessoa que está ocupada pode estar com dores.	
3.	As respostas de dor dependem do desenvolvimento cognitivo da pessoa.	
4.	As manifestações de dor têm uma relação directa com a lesão que a provoca.	
5.	Os profissionais de saúde são os peritos na avaliação da dor.	
6.	As pessoas dizem sempre a verdade acerca da sua dor.	
7.	Um idoso não consegue descrever a sua dor.	
8.	Numa situação de urgência em que a dor está presente (queimaduras, fraturas, ...) primeiro administrar um analgésico e depois avaliar a dor.	
9.	No serviço de urgência e numa situação de fratura do fémur primeiro avaliar a dor e só depois, informar, prevenir gestos dolorosos e tratar a dor.	
10.	Qual a melhor forma de questionar uma pessoa com dor? (Várias possibilidades de escolha)	
a)	Você não está bem ?	
b)	Onde é que não está bem?	
c)	Eu sei que tu não está bem, pode-me mostrar onde?	
d)	Eu vejo bem que não está bem, podes-me dizer o quanto lhe dói?	
11.	Que questões se podem colocar aos familiares de uma pessoa com dor? (várias possibilidades de escolha)	
a)	Tem a certeza de que o seu familiar tem dor?	
b)	Em que circunstâncias já teve dores?	
c)	Como reage o seu familiar habitualmente quando tem dores?	
d)	O que lhe alivia melhor a dor quando não está bem?	
e)	O que lhe posso fazer agora para lhe aliviar a dor?	
f)	O que mudou no seu comportamento?	
12.	Porquê colocar questões aos familiares?	
a)	Mostramos à pessoa e familiares o nosso interesse pela sua dor;	
b)	São os familiares que melhor conhecem o comportamento habitual da criança;	
c)	Ajudam os familiares a seguir e avaliar o tratamento.	
13.	O registo da dor é útil para melhorar a comunicação no seio da equipa de saúde.	
14.	O registo da dor é um bom indicador de qualidade de cuidados.	
15.	O registo da dor encoraja a sua avaliação.	
16.	O registo da dor ajuda a adaptar a prescrição à intensidade da dor.	
17.	Deve-se implementar pelo menos uma escala adequada para avaliar a dor relativa à patologia mais dolorosa no serviço.	
18.	Um protocolo de avaliação da dor deve precisar o objectivo a atingir (nível de dor aceitável).	
19.	Um protocolo de avaliação da dor deve precisar a correspondência entre avaliação da dor e tratamento.	
20.	As escalas BPS e NVPS permitem avaliar a dor em UCI.	
21.	A escala EVA deve ser apresentada na horizontal.	
22.	A expressão da dor através dos gritos e choro normalmente diminuem a partir dos 7 anos.	
23.	Expressão facial é difícil de ser avaliada devido à aprendizagem social sobre a aceitação do comportamento doloroso.	
24.	Saber o que a pessoa entende por dor não é importante para a sua avaliação.	
25.	Conhecer as habilidades da pessoa é informação pouco relevante na história da dor.	
26.	A dor deve ser avaliada e registada pelo menos de 8 em 8 horas.	
27.	A frequência da avaliação da dor aumenta proporcionalmente à intensidade da dor.	
28.	Avaliar a intensidade da dor pode ser uma competência desempenhada pelos familiares.	
29.	Nem todas as pessoas necessitam de uma avaliação regular da intensidade da dor.	
30.	Entre os 25 e os 65 anos não existem escalas de dor validadas.	

31.	Não é possível determinar com exatidão a idade a partir da qual a autoavaliação é válida.	
32.	Profissionais de saúde tendem a subestimar a dor quando usam a heteroavaliação.	
33.	A escala utilizada numa pessoa deve ser sempre a mesma	
34.	A intensidade de dor refere-se sempre ao momento presente	
35.	No registo da intensidade da dor deve ser acrescentada informação relativa a outros aspetos considerados úteis para interpretar a dor.	
36.	Se não for possível usar a escala selecionada, usar outra e só depois e como alternativa não cotar o item em falta.	
37.	As respostas comportamentais à dor podem ser influenciadas pela condição clínica, efeito de medicação (sedativos) ou frequência de procedimentos dolorosos.	
38.	A escolha de uma escala de dor num serviço deve ter em conta a escala métrica usada por outras escalas em uso no Hospital.	
39.	A facilidade de uso e tempo necessário para a aplicação de uma escala não pode ser um critério de seleção a ter em consideração.	
40.	A quantificação da dor permite fazer comparações entre as várias pessoas.	
41.	O ensino da utilização das escalas de autoavaliação deve ser feito no momento da avaliação da dor.	
42.	Recomenda-se que a autoavaliação seja feita a partir dos 6 anos.	
43.	Medir a dor é diferente de avaliar a dor.	
44.	A agitação é um sinal mais específico de dor do que a imobilidade.	
45.	Não existe nenhum indicador específico de dor para além do que a criança nos diz.	
46.	As alterações fisiológicas e comportamentais, são indicadores válidos para avaliar a intensidade da dor.	
47.	As alterações na mobilidade, alimentação, sono e atividades recreativas são indicadores muito úteis na avaliação da dor.	

9.2. Exercício 8.3 - Avaliação da Aprendizagem

Dor em pediatria - Questionário de avaliação da Aprendizagem

(assinale a sua resposta com uma **X**)

Nº	Item	V	F
1.	A dor é tudo o que a criança diz que é		
2.	As crianças devem ser encorajadas a desenvolver a sua tolerância à dor		
3.	As crianças com dor prolongada tendem para o aumento da tolerância à dor		
4.	Para a dor intensa, se posso escolher para a administração de analgésicos entre a via oral e a injeção IM devo escolher a IM		
5.	Uma criança que chora e diz ter dor é porque tem dor		
6.	Uma criança sedada tem menos dor		
7.	Os analgésicos devem ser evitados tanto quanto possível e reservados para a dor intensa		
8.	A dor provoca uma diminuição da resposta do sistema imunitário		
9.	A teoria porta explica a influência dos processos psicológicos na percepção e reação à dor		
10.	Não existe nenhum indicador específico de dor, exceto o que nos diz a criança		
11.	A heteroavaliação é o método de primeira escolha na avaliação da intensidade da dor		
12.	A EVA é a escala de referência na avaliação da intensidade da dor		
13.	Um valor de 9 na escala EVA implica o uso de medidas não farmacológicas		
14.	A escala EDIN é uma escala de referência na avaliação da dor em UCIN		
15.	Avaliação da dor pelos pais deve ser incentivada sempre que possível		
16.	Expressão facial é difícil de ser avaliada devido à aprendizagem social		
17.	A dor deve ser avaliada e registada pelo menos de 8 em 8 horas		
18.	Numa situação de urgência em que a dor está presente (queimaduras, fraturas,...) primeiro administrar um analgésico e depois avaliar a dor		
19.	A escala FLACC é uma escala de autoavaliação para usar em crianças		
20.	A escala FLACC-R é uma escala para usar em crianças com multideficiência		
21.	A escala DESS é uma escala de autoavaliação para usar em crianças com multideficiência		
22.	A escala NIPS está indicada para avaliar a dor no lactente		
23.	A escala FPS-R é recomendada pela IASP e está entre as mais validadas		
24.	A escala Wong-Baker usa uma metodologia de aplicação diferente da FPS-R		
25.	Nem todas as crianças necessitam de uma avaliação regular da intensidade da dor		
26.	As escalas EDIN e NFCS permitem avaliar a dor prolongada no prematuro		
27.	A escala EVA deve ser apresentada à criança na horizontal		
28.	Saber o que a criança entende por dor não é importante para a sua avaliação		
29.	Conhecer as habilidades da criança é informação pouco relevante na história da dor		
30.	Não é possível determinar com exatidão a idade a partir da qual a autoavaliação é válida		
31.	A escala utilizada numa criança deve ser sempre a mesma		
32.	A quantificação da dor permite fazer comparações entre as várias crianças		
33.	O ensino da utilização das escalas de autoavaliação deve ser feito no momento da avaliação da dor.		
34.	Recomenda-se que a autoavaliação seja feita a partir dos 6 anos		
35.	A agitação é um sinal mais específico de dor do que a imobilidade		
36.	As alterações na mobilidade, alimentação, sono e atividades recreativas são indicadores muito úteis na avaliação da dor		

37.	As terminações nervosas livres captam sensações mecânicas, térmicas e dor		
38.	A substância P é um neuropeptídeo excitatório		
39.	O tálamo é o centro da dor no cérebro		
40.	O hipotálamo ativa as respostas neuroendócrinas e cardiovasculares relacionadas com a dor		
41.	Stress, doença, comportamento cognitivo e dor inativam a via descendente de controlo da dor		
42.	A dor neuropática deve-se à falência dos mecanismos inibidores da dor e não de uma hiperexcitabilidade central ou periférica		
43.	Transdução é a transformação da sensação dolorosa em estímulo elétrico		
44.	Modulação é a ação exercida para aumentar ou diminuir a transmissão de um impulso doloroso ao nível do córtex cerebral		
45.	A dor persistente deve-se a um excesso de nociceção		
46.	A dor aguda caracteriza-se por lesão tecidual, dor, ansiedade e é geralmente acompanhada por fenómenos de disfunção autonómica		
47.	A dor provoca um estado de fibrinólise reduzida		
48.	A massagem está contraindicada em pessoa com febre		
49.	A hipnose pode ser usada com sucesso em crianças com mais de 5 anos		
50.	A aplicação de calor ou frio são terapias de primeira linha no alívio da dor em lactentes		
51.	Posicionar o RN em flexão contribui para o alívio da dor		
52.	Informar é sempre um dever do enfermeiro e um direito da pessoa		
53.	A combinação de informação sensorial e de procedimento é mais eficaz no controlo da dor e ansiedade		
54.	As pessoas com comportamento sensitivo sofrem mais de ansiedade antecipatória		
55.	Os pais devem ser obrigados a confortarem os seus filhos durante os procedimentos dolorosos breves		
56.	A massagem está contraindicada em pessoas com patologia oncológica		
57.	A sacarose é eficaz no alívio da dor até aos 3 meses, embora a eficácia diminua a partir do mês de idade		
58.	Associar a sucção não nutritiva com administração de sacarose diminui o seu efeito analgésico		
59.	A utilização da sacarose está contraindicada em situações de enterocolite necrosante		
60.	As terapias não farmacológicas devem ser prescritas em função dos mecanismos de <i>coping</i> da pessoa		
61.	Afloramento é um movimento de massagem longo, suave e lento		
62.	As concentrações de sacarose variam entre 12 e 50%, mas acima de 30% sem vantagens adicionais		
63.	O silêncio é uma medida que favorece o alívio da dor		
64.	A utilização de placebos pode ser uma boa forma de alívio da dor em situações psiquiátricas		
65.	O paracetamol é um AINE		
66.	Os AINE são considerados opióides fracos		
67.	O fentanil é um opióide mais potente que a morfina		
68.	Numa dor moderada recomenda-se o uso de fármacos não opióides e/ou opióides		
69.	A prescrição de analgésicos deve ter em consideração a intensidade da dor e não a sua fisiopatologia		

70.	A dose de analgésica certa é aquela que alivia a dor sem causar efeitos secundários indesejáveis		
71.	São efeitos indesejáveis dos opióides a paralisia dos músculos lisos, dilatação das artérias coronárias, náuseas e vômitos, obstipação e prurido		
72.	O tramadol tem uma potência analgésica dez vezes inferior à morfina		
73.	O tempo aconselhado par aplicação do EMLA® é de 90 a 120 minutos, exceto nos lactentes até aos 3 meses		
74.	O EMLA® é eficaz na prevenção da dor provocada pela punção do calcanhar no RN		
75.	Os RN são mais vulneráveis aos efeitos depressores respiratórios da morfina que uma criança maior		
76.	A adição é um efeito colateral dos opióides frequente		
77.	O fentanil é cerca de 100 vezes mais potente que a morfina		
78.	Os opióides são eficazes no alívio das dores de tipo visceral		
79.	A administração de morfina em perfusão contínua não é eficaz no alívio da dor devido a punções		
80.	A dor é um estímulo suficiente para evitar a depressão respiratória provocada pelos opióides		
81.	A tolerância à dor provocada pelos opióides evolui de forma paralela à tolerância que provoca para a depressão respiratória		
82.	Os anticonvulsivantes são úteis no alívio da dor neuropática		
83.	Um protocolo de avaliação da dor deve precisar o objetivo a atingir (nível de dor aceitável)		
84.	Os profissionais de saúde são os peritos na avaliação da dor		
85.	A criança em idade escolar com dor pode aprender a dosear a sua própria medicação pelo uso de bombas infusoras próprias (PCA)		
86.	É sempre preferível ter os pais junto das crianças submetidas a procedimentos dolorosos, do que esta estar privada dos mesmos		
87.	A necessidade de aumentar as doses de opióides para aliviar a dor significa que passou a haver habituação ao medicamento		
88.	Quanto maior for a dose de opióides, maior o alívio da dor		
89.	Diminuir as suas expressões de dor é o objetivo major dos cuidados à criança com dor		
90.	Uma criança com insónias e dor deve ser tratada para ambas as coisas		
91.	É inevitável que uma criança operada sinta dores nas primeiras horas		
92.	No tratamento da dor persistente o objetivo é a eliminação total da dor		
93.	A teoria porta explica a ação das medidas não farmacológicas		
94.	Reagrupar cuidados potencialmente dolorosos contribui para aumentar a dor da criança		
95.	Obter uma dor <3/10 é considerado como um indicador de qualidade de cuidados na dor		
96.	A escala numérica é a primeira escolha na criança com 8 anos		
97.	Uma dor 3/15 na escala EDIN é critério para usar tratamento farmacológico		
98.	Na dor pós-operatória o critério para usar terapêutica é uma dor 6/10 na escala EVA		
99.	Em UCI não é possível usar a EVA		
100.	A história de dor pode ser obtida por questionário		

9.3. Exercício 8.4 - Questões de resposta rápida

Responda de forma sucinta às seguintes questões.

1. É possível administração de analgésicos sem avaliação prévia da dor?
2. Sinais como sudorese intensa, agitação podem ser considerados na avaliação da dor?
3. Indicadores de intensidade da dor?
4. Um doente que refere dor 10/10 mas não aparenta como agir?
5. Quais as escalas a utilizar em doentes desorientados?
6. Quais as escalas a utilizar em doentes oncológicos?
7. Quais as escalas a utilizar em doentes com alteração do estado de consciência?
8. Como avaliar a avaliação da dor?
9. Que dificuldades o enfermeiro tem na avaliação da dor?
10. Como sensibilizar o doente /família para a avaliação da dor?
11. Como atuar perante um doente que verbaliza a dor e pede medicação analgésica mas não apresenta sinais de dor?
12. Será que a mesma escala de avaliação da dor se adequa a todas as pessoas mesmo apresentado patologia semelhante?
13. Como avaliar a dor numa grávida que tem pré-estabelecido que vai sentir dor?
14. Existe uma escala que se adapte melhor à grávida?
15. Que dados podem ser recolhidos rapidamente sobre a história de dor da grávida?
16. É possível avaliar a dor sem mostrar a escala numérica?
17. Que características tem um de protocolos de avaliação da dor?
18. Como escolher uma escala de dor?
19. Será pertinente e possível haver só uma escala de dor para toda a instituição?
20. Seria pertinente a explicação da escala de avaliação da dor no momento da admissão mesmo que o doente não tenha dor nesse momento?
21. Como avaliar a dor num serviço de urgência?
22. Como avaliar a dor quando a pessoa refere não sentir dor mas aparenta fáceis e atitudes de dor?
23. É possível aplicar protocolos nos diversos tipos de dor?

9.4. Exercício 8.5. - Exercício avaliação da dor

Doloplus 2 - Exercício avaliação da dor

Caso clínico 1

<http://www.doloplus.com/description/description4.php>

Item	Descrição	Figura	Cotação
1	Alertado pelos gemidos aquando da passagem pelo serviço, o enfermeiro entrou no quarto do Sr. A. Os gemidos têm-se mantido durante toda a manhã.		
2	Portador de uma patologia neurológica, o doente apresenta reações tendinosas nos membros inferiores, principalmente no joelho direito. Nesta posição, parece aliviado, pelo que a extensão mesmo que passiva é impossível.		
3	Por solicitação de um serviço, fomos examinar um doente com patologia crónica, com envolvimento ósseo, incluindo a costela direita. Ao entrar no quarto o doente estava acamado nesta posição (fig).		
4	O Sr. F, é portador de uma patologia neurológica com retracção tendinosa dos MI, apresenta a face da foto superior quando o tentamos mobilizar. Sem solicitação, o seu rosto é sereno, mesmo sorrindo (foto de abaixo).	 	

5	Ao verificar os registos do processo o Sr. X. apresentava muitos problemas para adormecer e necessitou de doses de morfina a cada 4 horas.		
6	Ao prestar os cuidados de higiene e ao vestir o Sr. A, que é um paciente portador de dor difusa crónica com envolvimento ósseo (costela, úmero...), tem sido uma tarefa muito difícil para a equipa de cuidados esta manhã.		
7	Portador de uma dor difusa crónica com envolvimento ósseo, o Sr. A tem recusado levantar-se até à data, apesar do apoio oferecido pelos cuidadores.		
8	O Sr. A apresenta uma patologia crónica com envolvimento ósseo. À nossa chegada ao quarto está acamado e responde apenas brevemente às nossas questões. Este estado alerta a equipa de enfermagem, pois habitualmente é mais falador, solicitando os enfermeiros a todo o momento.		
9	O Sr. A apresenta uma patologia crónica com envolvimento ósseo. À nossa chegada ao quarto está acamado e responde apenas brevemente às nossas questões. Este estado alerta a equipa de enfermagem, pois habitualmente é mais falador, solicitando os enfermeiros a todo o momento.		
10	O Sr. A apresenta uma patologia crónica com envolvimento ósseo, recusa-se a levantar esta manhã. Oferecemos-lhe a nossa ajuda, mas as suas reações são de forte oposição, mesmo violenta, o que não é usual. Depois de várias tentativas, desistimos e deixámo-lo na cama onde se acalmou imediatamente.		

Caso clínico 3

www.doloplus.com

<http://www.doloplus.com/cas/cas4.php>

Sra. Antonieta, paciente de 87 anos, hospitalizada devido a um acidente vascular cerebral. Na admissão pesa apenas 35 quilos e seu tratamento é o seguinte: HÉMIGOXINE 1/2 c dia; KARDEGIC 160 1 c dia, DISCOTRINE 5 mg dia, LASILIX 20 1 dia, SPIROCTAN 75mg dia.

Ao exame clínico no dia 1: encontrada com hemiplegia e afasia, mas vigilante. Virada para a direita e enrolada, tensa e com mimica crispada. Parece permanentemente muito ansiosa. De vez em quando emite gemidos e apresenta uma clara oposição a qualquer tentativa de exame ou à prestação de cuidados. Durante a noite, o sono foi agitado e dormiu apenas algumas horas. Prescrito profadalgan.

Evolução no segundo dia: continua virada para a direita, mas durante os cuidados, a sua face não se apresenta crispada e não emite gemidos. Manifesta ansiedade quando solicitada. A agitação durante a noite aumentou e mal dormiu. Todas as tentativas de exame ou de cuidados tiveram oposição.

Ao 3º dia o proadalgan foi substituído por 1 mg de morfina IV a administrar antes dos cuidados e da mobilização. O resultado foi espetacular. As queixas verbais e gemidos desapareceram; assim como a posição de enrolada. Sem proteção das zonas dolorosas, o sono era normal. A ansiedade apenas se manifestou ocasionalmente. Com mimica de dor, apenas quando solicitada. Com participação ativa no WC, embora de forma cautelosa. Persistiu uma diminuição da mobilidade ativa e passiva. O aparecimento de pausas respiratórias levou à diminuição do *bolus* de 1 mg de morfina e por via subcutânea antes dos cuidados

Caso clínico 4

<http://www.doloplus.com/cas/cas5.php>

D. Marie, 85, é admitida no Serviço medicina há 15 dias após acidente vascular cerebral com hemiplegia e afasia direita.

O tratamento consiste em Cordarone 1CP / aspégic100 mg / dia e paracetamol 4g / dia.

Apresenta duas escaras superficiais no calcâneos.

Na cama, mantém sempre a perna esquerda dobrada. Se colocarmos a perna estendida, apresenta rosto crispado e o olhar angustiado.

A quando dos cuidados de higiene o menor contato com o braço paralisado resulta em gemidos.

Despir e vestir-se e cuidar da higiene do lado direito e são muito difíceis de executar mesmo com muito cuidado. Causam gritos e segura a mão do cuidador.

A mobilização da perna e membro superior direito é limitada pelo mesmo motivo.

De acordo com a filha, este estado está presente desde o AVC, mas eles têm piorado.

Na parte da manhã, quando a enfermeira entra no quarto para executar os curativos, fica agitada (movimentos da mão boa), e emite severamente sons inarticulados.

Durante a noite o comportamento é igual, tem dificuldade em adormecer, mas depois dorme o resto da noite.

Fora dos cuidados a doente mostra-se calma, sorri quando a família a visita, mas tende a ser agressiva com os cuidadores. Deixou claro que não quer ir comer na sala de jantar.

Tratamento: paracetamol + morfina; antidepressivo.

No segundo dia a doente tem sempre a sua perna dobrada em repouso. Os cuidados de enfermagem e de fisioterapia não podem ser feitos completamente, mesmo com muito cuidado.

No entanto, já não retém o braço dos cuidadores. Não tem realmente nenhum problema em dormir.

Sua angústia e choro ocorrerem apenas durante o penso das escaras. A comunicação não-verbal não parece intensificar-se fora destes cuidados. Ela parece feliz por almoçar na sala de jantar - cadeira de rodas e tem um comportamento calmo com outros pacientes na sala de jantar.

TRATAMENTO: uma cápsula de 10 mg morfina é dada uma hora antes do penso e de ir ao WC

EVOLUÇÃO: durante os cuidados às escaras a doente já não chora. Na cama, a perna não apresenta nenhuma posição especial.

A mobilização e os cuidados de higiene continuam um pouco limitados, nos cuidados de higiene o rosto fica um pouco crispado.

No 3º dia foi aumentada a medicação (antidepressiva) na dúvida de uma dor neuropática inadequadamente aliviada.

Caso clínico 5

www.doloplus.com

<http://www.doloplus.com/cas/cas6.php>

A Sr. F. é conhecida da equipa de saúde por sido hospitalizada há três anos. Apresenta Parkinsonismo que evoluiu gradualmente e que associado a osteoartrite difusa gera dores principalmente nas mobilizações, bem descritas pelo paciente. No entanto, a sua autonomia, tanto física como psíquica está preservada.

Ela acaba de ser readmitida no hospital por "impossibilidade de se manter no domicílio, marido exausto". À entrada a Sr. F. está irreconhecível. Está confinada à cama, em posição fetal, não comunica, com fases de agitação com gritos e gemidos. Recusa alimentação e apresenta úlceras nos calcanhares e nádegas.

O marido diz-nos que este estado se estabeleceu gradualmente com uma diminuição da atividade física desde há dois anos. Desde há dois anos que permanece na cama e há dois meses apresenta comprometimento da memória, declínio da atividade física e desorientação temporal e espacial. Apresenta problemas comportamentais e reversão do ciclo dia / noite.

Nas últimas três semanas, no decurso de uma infeção brônquica apareceram úlceras de pressão necróticas rapidamente. Está confinado na cama e qualquer mobilização resulta em gritos e golpes, encolhendo os MI e adotando uma posição fetal. Aquando do tratamento das feridas e cuidados de higiene apresenta oposição a esses cuidados. Apresenta frequentemente grande volume de urina no leito evocando uma bexiga grande e distendida. Inverteu o ciclo sono / vigília, dormindo apenas por curtos períodos de três ou quatro horas, com um despertar agitado. A relação e comunicação tornaram-se difíceis. Após uma fase de contantes chamamentos, a sua agitação aumentou e parece estar completamente isolada, recusando qualquer comunicação nas últimas 48 horas e mostrando um rosto permanentemente crispado (franzindo a testa, lábios). Geme durante o sono e recusa comer. Já não reage à chegada dos seus bisnetos que eram, geralmente, uma fonte de alegria para ela.

10. Filmes para exercício de avaliação da dor

10.1. Avaliação de dor em pessoa idosa

1 pontuação de dor 10 <https://www.youtube.com/watch?v=HdvyUWWIRYs>

2 Demência. Pontuação de dor 0 <https://www.youtube.com/watch?v=7Adw-KobPdk>

3 <https://www.youtube.com/watch?v=8iWjeJAtVhw>

4 <https://www.youtube.com/watch?v=KeYjA-9O8do>

5 <https://www.youtube.com/watch?v=WGCglW4sYP8> (posição 19´ pontuação dor 10 posição 23´ pontuação dor 3)

Situações clínicas de dor avaliadas com a PAINAD:

6 – Sem dor (pontuação 0): <http://youtu.be/KPtPyZWes4o;>

7 – Apenas agitação (pontuação 0): <http://youtu.be/pTfIMUcwQWg;>

8 – Dor ligeira (pontuação 1-3): <http://youtu.be/7y798wWcu9w;>

9 – Dor moderada (pontuação 4-6): <http://youtu.be/hoYuIibPUFw;>

10 – Dor intensa (pontuação 7): <http://youtu.be/vTOLh9pNBSQ;>

11 – Dor muito intensa (pontuação 8-9): <http://youtu.be/yEn27Ue9bPE;>

12 – Dor insuportável (pontuação 10): [http://youtu.be/lnrq_sbpwxk.](http://youtu.be/lnrq_sbpwxk)

10.2. Escala Algoplus

Explicação da escala Algoplus <https://www.youtube.com/watch?v=ppHdjRi6p7s>

10.3. Avaliação de dor na criança

Douleur enfant <https://www.youtube.com/watch?v=g mzR76HgMjw&t=1945s>

11. Soluções

11.1. Questões de resposta múltipla.

1. Segundo a DGS, 2010 “Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças”, considera-se como norma de boa prática na avaliação da dor, acreditar na criança:
a) **Sempre por norma;**
b) Só se esta apresenta sinais reconhecidos como de dor pelos pais;
c) Se tem idade acima dos 8 anos;
d) Se apresenta choro contínuo;
e) Se o seu comportamento indicia dor.
2. São princípios a ter presente na avaliação da dor:
a) Privilegiar a autoavaliação a partir dos 6 anos;
b) Utilizar um instrumento de avaliação da dor, sempre que se justifique;
c) A avaliação da dor requer a avaliação da tensão arterial em idosos.
d) Na admissão no serviço urgência de uma pessoa vítima de uma grande queimadura, primeiro avaliar a dor e depois trata-la em função dessa avaliação;
e) **Na seleção das escalas de avaliação da dor ter em conta a idade, contexto clínico e o tipo de dor;**
3. Segundo a DGS, 2003, numa escala métrica de 0 a 10 pontos, categoriza-se a dor em:
a) Sem dor para valores <2;
b) Dor ligeira para valores entre 1 e 4 pontos
c) Dor moderada para valores entre 2 e 5 pontos;
d) Dor intensa para valores entre 7 e 9 pontos;
e) **Dor máxima entre 9 e 10 pontos;**
12. Existem 4 atividades de vida que são frequentemente afetadas quando a pessoa tem dor. São elas:
a) Apetite, prazer de viver, respiração, mobilidade;
b) Sono, respiração, recreação/atividade lúdica, andar a pé;
c) Apetite, libido, respiração, mobilidade;
d) **Mobilidade, apetite, sono, recreação/atividade lúdica;**
e) Respiração, comunicação, temperatura, mobilidade;
13. Qual é o indicador específico de dor
a) A alteração na frequência cardíaca;
b) O aumento da tensão arterial;
c) **O que a pessoa nos diz;**
d) O que o profissional de saúde determina ao utilizar escalas de hetroavaliação;
e) Nenhuma das anteriores.
6. Pode-se afirmar que os indicadores **que menos** se correlacionam com a dor são:
a) Hipertonia;
b) Alterações no padrão de sono;
c) **Aumento da tensão arterial e frequência cardíaca;**
d) Agitação e/ou imobilidade;
e) Expressão facial crispada nas crianças.
7. Consideram-se indicadores específicos de dor:
a) A agitação;
b) Crispação da face;
c) Elevação da tensão arterial;
d) Diminuição da saturação de oxigénio;
e) **Nenhum dos anteriores.**
8. Podemos afirmar que:
a) A frequência de avaliação da intensidade da dor não depende da gravidade da dor;
b) A avaliação da intensidade da dor só é realizada, se o diagnóstico de dor está estabelecido;
c) Quem melhor avalia a intensidade da dor é o enfermeiro;
d) **Por norma, devemos avaliar a intensidade da dor a todas as pessoas;**
e) A frequência de avaliação da dor é a mesma estabelecida para a avaliação da saturação de oxigénio.
9. A escala de referência na avaliação da intensidade da dor é a escala:
a) Numérica com régua;
b) Qualitativa;
c) McGill
d) **EVA;**
e) Faces.

10. Em UCIN a escala de referência na avaliação da dor é a :

- a) NFCS
- b) EDIN
- c) NIPS
- d) PIPP
- e) FPS-R

11. A auto-avaliação da dor é possível a partir dos:

- a) 2 anos;
- b) 4 anos;
- c) 5 anos;
- d) 6 anos;
- e) 8 anos.

12. O ensino da utilização das escalas de autoavaliação é feito preferencialmente:

- a) No momento da avaliação da dor;
- b) No primeiro contacto com a pessoa;
- c) Numa situação em que a pessoa está sem dor;
- d) Nas primeiras 24 horas;
- e) Todas as anteriores

13. Na avaliação da dor persistente, a escala originalmente concebida para tal que foi a:

- a) PAINAD;
- b) EDIN;
- c) BPS;
- d) NIPS
- e) Algoplus

14. Que escalas podemos escolher para avaliar a dor em pessoas ventiladas mecanicamente:

- a) PAINAD
- b) COMFORT-B;
- c) FLACC-R;
- d) Algoplus;
- e) OPS;

15. Qual a melhor forma de questionar uma pessoa para avaliar a sua dor?

- a) Está com dor?;
- b) Eu sei que está bem, todavia pode-me dizer se tem dor?;
- c) Eu sei que não está bem, diga-me o quanto lhe dói;
- d) Será que o que tem é razão para ter dor?;
- e) Haverá alguma razão que desconheça para que possa ter dor?

16. São fatores com potencial para influenciar a avaliação da intensidade da dor, exceto:

- a) Medicação sedativa;
- b) Crenças dos avaliadores;
- c) Falta de formação dos avaliadores;
- d) Gravidade da situação clínica dos doentes;
- e) Uso correto de escalas de dor

17. Numa pessoa consciente e orientada com 50 anos e em pós-operatório que escala devo utilizar para avaliar a intensidade da dor:

- a) Escala BPS-IP/PT
- b) Escala numérica
- c) EVA
- d) Escala descritiva
- e) Nenhuma das anteriores

18. Que escala se pode utilizar num doente de 66 anos internado num serviço de ortopedia por fratura do colo do fémur e com demência profunda.

- a) FPS-R;
- b) EVA;
- c) Algoplus;
- d) FLACC
- e) NVPS

19. Que escala posso utilizar numa criança de 12 anos com paralisia cerebral profunda internado em ortopedia para correção de escoliose.

- a) PAINAD;
- b) CPOT;
- c) EDIN;
- d) FLACC-R;
- e) RIPS

20. Que escala poderei utilizar como **primeira opção** num serviço de ortopedia de adultos (> 18 anos):
- PANAID;
 - EDIN;
 - FPS-R;
 - EVA;**
 - Escala Numérica.
21. Qual a escala de dor indicada para avaliar a dor numa criança ventilada mecanicamente:
- BPS-NIP;
 - COMBORT-B;**
 - FLACC-R;
 - OPS;
 - NVPS.
22. Que escala usaria para avaliar a dor numa pessoa com 70 anos do sexo masculino internada num serviço de medicina por pneumonia e que se encontra desorientado, apático e pouco reativo.
- CPOT;
 - Algoplus;**
 - EVA;
 - FLACC;
 - COMFORT-B
23. Na população idosa usar, por ordem de preferência, a escala:
- EVA, Escala numérica e Faces Pain Scale-Revised (FPS-R);**
 - Escala qualitativa, Escala numérica e PAINAD;
 - Escala numérica, Escala Visual analógica e Faces Pain Scale-Revised (FPS-R);
 - Algoplus, Escala Visual analógica e Escala numérica;
 - PAINAD, Escala numérica e Faces Pain Scale-Revised (FPS-R);
24. Que escala usar num doente de 57 anos que se apresenta ventilado e inconsciente e internado numa UCI por um Acidente Vascular Cerebral hemorrágico.
- EVA;
 - PAINAD;
 - BPS - IP;**
 - NIPS;
 - N- PASS.
25. A escala FLACC
- É uma escala composta que avalia a dor pós-operatória em crianças;
 - Inclui quatro indicadores: expressão facial, movimento das pernas, tensão arterial sistólica e consolabilidade;
 - Usada em crianças ventiladas;
 - Escala fisiológica para avaliar a dor persistente de origem oncológica;
 - Mede a dor de 0 a 10 pontos.**
26. São itens da escala FLACC:
- Pernas inquietas, agitadas, tensas;**
 - Pressão arterial sistólica;
 - Atividade: imóvel;
 - Dor ligeira (não consegue localizar);
 - Sono: adormece dificilmente.
27. Quais são as diferenças entre as escalas de faces FPS-R e Wong-Baker Faces Pain Rating Scale (WBFPRS):
- A FPS-R apresenta 7 faces enquanto a WBFPRS apresenta 6;
 - A FPS-R apresenta faces com lágrimas e faces sorridentes enquanto a WBFPRS não;
 - A FPS-R exige na sua aplicação o uso de termos neutros e que apelam a sensação de dor e não à emoção relacionada com a dor;**
 - A FPS-R avalia a dor aguda e a WBFPRS avalia a dor aguda e crónica;
 - A FPS-R avalia a dor de 0 a 5 pontos e a WBFPRS de 0 a 10 pontos.
28. A escala PAINAD
- Avalia a dor persistente em pessoas não comunicantes;
 - Mede a dor numa escala de 0 a 8 pontos;
 - É uma escala fisiológica;
 - É útil para avaliar a dor em pessoas confusas e com demência;**
 - É de referência na avaliação da dor em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).
29. Não é um passo metodológico correto de aplicação da escala EVA para a avaliação da intensidade da dor:
- Apresentação da régua na horizontal;
 - Apresentar a parte numérica da régua;**

- c) Definir as extremidades deslocando o cursor durante a explicação com utilização de termos neutros e sem referência ao passado ou à imaginação;
 - d) Assegurar a compreensão da pessoa;
 - e) Perguntar qual a sua dor no momento presente.
30. A escala de dor numérica:
- a) Exige uma apresentação com instrumento físico;
 - b) **É útil quando não há compreensão da EVA;**
 - c) Por norma, pode ser utilizada antes dos 5 anos;
 - d) Não pode ser utilizada para dor crónica;
 - e) Não apresenta efeito de memória;
31. A escala Brief Pain Inventory (BPI) ou Inventário resumido de dor:
- a) Avalia a dor aguda numa perspectiva multidimensional;
 - b) Não é recomendada para unidades de cuidados paliativos;
 - c) **É uma escala de auto-avaliação;**
 - d) Mede a dor de 0 a 20 pontos.
 - e) É constituída pelos itens: existência de dor, severidade, respiração, interferência funcional e eficácia dos tratamentos.
32. A escala Behavioral Pain Score - Intubed Patient/versão Portuguesa (BPS-IP/PT)
- a) **Inclui os itens: expressão facial, movimentos dos membros superiores e conformidade com a ventilação mecânica;**
 - b) Mede a dor de 0 a 14 pontos;
 - c) É válida e confiável para medir a dor em pessoas comunicantes em UCI;
 - d) Permite a avaliação da dor em pessoas ventiladas e não ventiladas;
 - e) No seu uso recomenda-se a necessidade de intervenção farmacológica com um valor de 3/14.
33. Sobre a escala COMFORT-B podemos afirmar que:
- a) Foi concebida para avaliar a dor em pessoas em ventilação mecânica ≥ 18 anos;
 - b) Mede a dor de 0 a 10 pontos;
 - c) É uma escala de autorrelato;
 - d) **Inclui apenas indicadores comportamentais;**
 - e) Escala de referência para avaliação da dor em crianças com patologia oncológicas.
34. Na avaliação da intensidade da dor utilizamos como primeira opção, escalas de:
- a) Heteroavaliação;
 - b) **Auto-avaliação;**
 - c) Auto-avaliação, mas usadas pelos profissionais de saúde;
 - d) Heteroavaliação como forma de confirmação do que a pessoa nos diz;
 - e) Não usamos qualquer escala, apenas o que a pessoa nos diz.
35. É um princípio a seguir na avaliação da dor:
- a) Por norma avaliar a dor com a mesma escala na mesma pessoa;
 - b) Mudar o uso da escala, se a situação clínica o justificar;
 - c) Quando se usa uma escala de hetroavaliação e em caso de dúvida, cotar por excesso;
 - d) Utilizar as informações dadas por outras pessoas que conheçam o comportamento da pessoa;
 - e) **Todas as anteriores;**
36. A intensidade da dor é avaliada e registada (assinale a resposta falsa):
- a) Pelo menos uma vez em cada turno de trabalho;
 - b) Com a mesma frequência dos sinais vitais;
 - c) **Uma vez por dia, se a pessoa não tem diagnóstico de dor.**
 - d) Quanto mais intensa é a dor mais frequente é a avaliação da intensidade da dor;
 - e) Após cada tratamento para o alívio da dor;
37. Na história da dor a mnemónica PQRST significa (assinale a resposta falsa):
- a) P - O que Provoca a dor;
 - b) Q - Qual a Qualidade (tipo) da dor;
 - c) **R - Qual o Resultado do tratamento da dor;**
 - d) S - Qual a Severidade da dor;
 - e) T - Qual o Tempo de duração da dor.
38. Tendo em conta alguns dos princípios da avaliação da intensidade da dor podemos afirmar que:
- a) Um valor $\geq 2/10$ indica deficiência nos cuidados prestados;
 - b) A avaliação da dor é feita pelo profissional de saúde;
 - c) **A avaliação da dor exige o uso de uma escala;**
 - d) Usar como primeira opção escalas de heteroavaliação;
 - e) A dor é o 5º sinal vital;
39. O questionário de dor neuropática em 4 questões (DN4) é um instrumento:
- a) De avaliação de dor aguda;
 - b) Muito simples e prático de aplicar e constituído por 5 itens relacionados com as características da dor;

- c) **Que engloba itens relacionados com o exame físico e características da dor referidas pela pessoa;**
 - d) Quantifica a intensidade da dor numa escala de 0 a 10 pontos;
 - e) Comportamental de avaliação da intensidade da dor.
40. A escala de dor *Algoplus* apresenta:
- a) **Cinco indicadores de dor;**
 - b) Os indicadores: rosto, olhar, movimentos dos braços;
 - c) Uma escala que mede a dor de 0 a 10 pontos;
 - d) O valor de intervenção terapêutica farmacológica é $\geq 3/10$;
 - e) Todas as anteriores.
41. Identifique o indicador considerado específico de dor:
- a) Tensão arterial sistólica;
 - b) Baixas saturações de oxigénio;
 - c) **O que a pessoa diz;**
 - d) Expressão facial;
 - e) Nenhuma das anteriores.
42. É uma escala de auto-avaliação da intensidade da dor:
- a) FLACC;
 - b) NIPS;
 - c) **FPS-R;**
 - d) PIPP;
 - e) BPS-IP
43. Assinale a resposta falsa em relação à escala de dor *Adolescent Pediatric Pain Tool* versão Portuguesa reduzida, quando se afirma que é um instrumento de:
- a) **Heteroavaliação da dor.**
 - b) Avaliação multidimensional da dor;
 - c) De avaliação da dor aguda e persistente;
 - d) Uso em crianças dos 8 aos 17 anos (inclusive);
 - e) Que usa descritores (palavras para descrever) a dor.
44. Assinale a resposta falsa quando se afirma que na autoavaliação da dor em pessoas idosas devemos:
- a) Determinar se o doente pode relatar a sua dor;
 - b) Fazer perguntas simples;
 - c) Não nos esquecer que os mais idosos podem ter dificuldades de memória (em se lembrar da dor);
 - d) Perguntar sobre as dores habituais, se dificuldade de memória;
 - e) **Escolher a escala de faces FPS-R em detrimento da Escala Analógica Visual.**
45. O que considera discutível quanto ao conceito de dor:
- a) Que é uma experiência sensorial desagradável;
 - b) Que é uma experiência emocional desagradável;
 - c) Que é uma experiência subjetiva;
 - d) Que está associada a danos reais e eventuais dos tecidos;
 - e) **Que é sempre descrita oralmente pela pessoa.**
46. Nos lactentes não são respostas prováveis de dor:
- a) O choro;
 - b) Expressão facial com olhos fechados e sobrancelhas elevadas e marcadas;
 - c) Hipotonia.
 - d) Sulcos nasolabiais;
 - e) **Expressão vocal tipo jargon.**
47. Qual o tempo aconselhado de observação e/ou recolha de informação para se cotar a escala EDIN:
- a) 3 horas;
 - b) 2 - 4 minutos;
 - c) 1 minuto;
 - d) **8 horas;**
 - e) Nenhuma das anteriores.
48. Na avaliação da dor devem ser respeitados alguns princípios para uma avaliação válida e fiável da intensidade da dor (assinale a resposta falsa).
- a) Acreditar na pessoa
 - b) Usar sempre um instrumento de avaliação;

- c) Se dúvida na cotação, optar pelo valor mais baixo;
 - d) Usar sempre um instrumento de avaliação;
 - e) Usar a autoavaliação sempre que possível;
49. Um protocolo de avaliação da intensidade da dor deve:
- a) Prever o algoritmo de decisão das escalas a utilizar;
 - b) Identificar as escalas a utilizar;
 - c) Referir a frequência mínima de avaliação da intensidade da dor;
 - d) Identificar o local onde registar a intensidade da dor;
 - e) Todas as anteriores.
50. Na avaliação da dor devemos utilizar como primeira opção:
- a) Escalas de heteroavaliação;
 - b) Escalas de autoavaliação;
 - c) Escalas de autoavaliação mas usadas pelos profissionais de saúde em detrimento do doente;
 - d) Escalas de heteroavaliação como forma de confirmação do que a pessoa diz;
 - e) O que a pessoa nos diz sem uso de escalas
51. É falso que:
- a) A escala FLACC é uma escala de autoavaliação para usar em crianças;
 - b) A escala FLACC-R é uma escala para usar em crianças com multideficiência;
 - c) A escala DESS é uma escala de autoavaliação para usar em crianças com multideficiência;
 - d) A escala NIPS está indicada para avaliar a dor no lactente;
 - e) A escala BPS-IP é uma escala de heteroavaliação da dor para uso em UCI de adultos
52. São indicadores muito úteis na avaliação da dor:
- a) As alterações na mobilidade, alimentação, sono e actividades recreativas;
 - b) As alterações nos sinais vitais;
 - c) As alterações de humor e alimentação;
 - d) As alterações de comportamento;
 - e) Todas as anteriores.
53. São critérios a ter em consideração na selecção de escalas para um serviço:
- a) Idade das pessoas e tipo de dor mais frequente;
 - b) Propriedades psicométricas da escala;
 - c) Situações clínicas mais frequentes;
 - d) Utilidade clínica e facilidade de uso da escala;
 - e) Todas as anteriores.
54. Para avaliar a dor persistente usa-se a escala:
- a) PAINAD;
 - b) EDIN;
 - c) BPS;
 - d) NIPS
 - e) NVPS
55. Quem está melhor colocado para avaliar a dor numa criança com 6 anos?
- a) Os pais
 - b) A criança
 - c) O enfermeiro
 - d) O médico
 - e) Todos
56. Numa situação de urgência em que a dor está presente (queimaduras, fracturas, ...) primeiro:
- a) Administrar um analgésico e depois avaliar a dor;
 - b) Avaliar a dor e depois administrar um analgésico;
 - c) Avaliar a dor e administrar um tratamento em função da avaliação da dor;
 - d) Examinar o doente, avaliar a dor e só depois tratar a dor;
 - e) Nenhuma das anteriores.
57. A quantificação da dor permite (assinale a resposta falsa):
- a) Fazer comparações entre as várias pessoas;
 - b) Uniformizar a comunicação na equipa de saúde;
 - c) Eliminar incertezas (objectiva a dor);
 - d) Avaliar a evolução da dor;
 - e) Aferir a qualidade dos cuidados.
58. Quem melhor pode avaliar a dor são:
- a) Os profissionais de saúde;

- b) Os cuidadores principais;
- c) A própria pessoa;
- d) Os enfermeiros;
- e) Todos.

59.A escala *The Abbey Pain Scale* (assinale a resposta falsa):

- a) Mede a dor aguda e crónica;
- b) Não tem formalmente avaliada a validade de conteúdo;
- c) Inclui indicadores fisiológicos;
- d) Mede a dor numa escala entre 0 e 18 pontos;
- e) É um a escala de autoavaliação.

60.A escala *Nonverbal Pain Scale (NVPS)*

- a) Foi concebida a partir da BPS para pessoas ≥ 18 anos;
- b) Mede a dor de 0 a 12 pontos;
- c) É uma escala de hetroavaliação comportamental;
- d) Inclui as categorias: rosto, actividade, vigilância e parâmetros vitais.
- e) Todas as anteriores.

61.A escala *Brief Pain Inventory (BPI)*

- a) Mede e avalia a dor persistente numa perspectiva multidimensional;
- b) Recomendada para Cuidados Paliativos);
- c) É uma escala de autoavaliação;
- d) Constituída por itens que avaliam a: existência, severidade, localização, interferência funcional, estratégias terapêuticas aplicadas e eficácia dos tratamentos;
- e) Todas as anteriores.

62.Inventário Multidimensional da dor de Weste Haven-Yale (assinale a resposta falsa):

- a) É muito usado na investigação e clínica;
- b) Utilizado em doentes na área da dor crónica;
- c) Questionário de auto-aplicação;
- d) Constituído por 52 itens distribuídos em 4 dimensões;
- e) Todas as anteriores.

63.Inventário das formas de lidar com a dor crónica ou *Chronic Pain Coping Inventory (CPCI)*

- a) Identifica, classifica e avalia as estratégias de coping;
- b) Útil na investigação mas não na clínica por se complexo;
- c) Não permite a auto-aplicação;
- d) Existe uma versão para o doente, pessoa significativa e família.
- e) Nenhuma das anteriores.

64.Questionário da Dor McGill – Melzack

- a) É uma escala de heteroavaliação;
- b) Não permite saber a localização da dor;
- c) Não permite avaliar a intensidade da dor;
- d) Avalia a dor de uma forma multidimensional;
- e) Nenhuma das anteriores.

65.Índice de incapacidade relacionada com a dor ou *Pain Disability Index (PDI)*

- a) Questionário de auto-aplicação;
- b) Avalia 7 dimensões de incapacidade e interferência funcional da dor, numa escala de 0-10 para cada dimensão;
- c) Pode ser Utilizada em vários contextos e quadros dolorosos muito variados;
- d) Considerado de fácil aplicação;
- e) Todas as anteriores.

66.A escala HEDEN

- a) Avalia a dor crónica;
- b) Mede a dor numa escala de 0 a 8 pontos;
- c) Requer um contacto mínimo com a pessoa de 6 horas;
- d) Útil para avaliar a dor de procedimentos em oncologia;
- e) Permite avaliar a dor em 4 dimensões.

67. Um dos princípios a seguir na avaliação da dor é:

- a) Avaliar a dor sempre com a mesma escala;
- b) Mudar o uso da escala somente quando a situação clínica o justificar;
- c) Em caso de dúvida cotar por excesso quando se usa uma escala de hetroavaliação;
- d) Utilizar as informações dadas por outras pessoas que conheçam o comportamento da pessoa;
- e) Todas as anteriores

68. Na aplicação da escala EVA, **o que não deve ser feito:**

- a) Apresentar a régua na horizontal;
- b) Apresentar a régua na vertical;
- c) Definir as extremidades deslocando o cursor durante a explicação com utilização de termos com referência ao passado ou à imaginação;
- d) Assegurar a compreensão da pessoa;
- e) Perguntar onde se situa a dor no momento presente;

69. A escala numérica (**assinale a resposta falsa**):

- a) Pode ser apresentada oralmente ou com instrumento físico;
- b) Útil quando não há compreensão da EVA;
- c) Utilizada a partir dos 10 anos;
- d) Utilizada para dor aguda ou crónica;
- e) Apresenta efeito de memória;

70. A escala OPS (assinale a resposta falsa):

- a) Apresenta cinco categorias (pressão arterial sistólica, choro, movimentos, agitação e expressão verbal ou corporal);
- b) Avalia a dor aguda e crónica em crianças até aos 18 anos;
- c) O valor normalmente usado para se iniciar uma intervenção terapêutica varia entre 2 e 6, mas normalmente considera-se um valor ≥ 3 pontos;
- d) Não pode ser usada em crianças entubadas ou paralisadas;
- e) Exige um período de observação entre 2 a 4 minutos;

71. A escala *Children's Hospital of Eastern Ontario* (CHEOPS):

- a) Avalia a dor pós-operatória entre o ano e os sete anos;
- b) Apresenta 5 itens;
- c) Pontuação total varia entre um mínimo de quatro e um máximo de 15 pontos;
- d) Apesar do critério para administrar tratamento farmacológico variar entre seis a onze pontos, normalmente é adoptada uma pontuação de dor igual ou superior a oito.
- e) É uma escala composta.

72. Que escala usar num doente de 62 anos internado num serviço de ortopedia por fractura do colo do fémur e com demência profunda.

- a) FPS-R;
- b) EVA;
- c) PAINAD;
- d) FLACC
- e) NVPS

73. A escala *Premature Infant Pain Profile* (PIPP):

- a) Escala multidimensional elaborada com o objetivo de avaliar a dor de procedimentos em RN;
- b) Inclui indicadores fisiológicos, comportamentais e contextuais;
- c) A pontuação total máxima da escala é de 21 pontos;
- d) Uma pontuação ≥ 6 indica ausência ou dor mínima e uma pontuação > 12 uma dor moderada a intensa;
- e) Todas as anteriores.

74. A escala *Neonatal Pain, Agitation and sedation Scale* (N-PASS):

- a) Mede a dor aguda e crónica;
- b) Utilizada desde o nascimento até aos 100 dias;
- c) É uma escala composta
- d) Não pode ser usada em prematuros;
- e) Pode ser usada em RN ventilados

75. São características de uma dor neurogénica:

- a) Sensação de formiguesiro;
- b) Sensação de choque eléctrico;
- c) Hiperpatia
- d) Alodinia
- e) Todas as anteriores

76. São sinais de inércia psicomotora numa criança:

- a) Lentidão dos movimentos;
- b) Olhar inexpressivo;
- c) Raros movimentos motores;
- d) Pouca relação com os outros;
- e) Todas as anteriores.

77. Assinale a afirmação incorrecta:

- a) Obter uma dor $< 3/10$ é considerado um bom indicador de qualidade de cuidados na dor;
- b) A escala numérica é a primeira escolha na criança com 8 anos;

- c) Uma dor 5/15 na escala EDIN é critério para usar tratamento farmacológico;
 - d) Na dor pós-operatória o critério para usar terapêutica é uma dor 3/10 na escala EVA;
 - e) Em UCI é possível usar a EVA.
78. Relativamente ao que entende por dor, assinale **o que considera falso**:
- a) é uma experiência sensorial desagradável;
 - b) é uma experiência emocional desagradável;
 - c) é uma experiência subjetiva;
 - d) associada a danos reais e eventuais dos tecidos;
 - e) **Sempre descrita oralmente pela pessoa.**
79. **Não é** informação relevante para a história de dor:
- a) Factores de alívio e de agravamento;
 - b) Uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas;
 - c) **Medicação habitual;**
 - d) Formas de comunicar /expressar a dor;
 - e) Efeitos da dor na vida diária;
80. Para uma avaliação válida e fidedigna da intensidade da dor:
- a) Usar a heteroavaliação, sempre que possível;
 - b) Utilizar um instrumento de avaliação, se disponível;
 - c) Nem sempre acreditar na pessoa;
 - d) **Tratar a dor em caso de dúvida;**
 - e) Confirmar o que a pessoa diz com o uso de uma escala de heteroavaliação;
81. São características de uma dor persistente:
- a) Cessar quando tratada a causa;
 - b) **O doente refere com frequência dor tipo choque elétrico e sensação de queimadura;**
 - c) As manifestações catabólicas são evidentes;
 - d) Ser facilmente tratada;
 - e) É um tipo de dor comum no pós-operatório imediato.
82. É uma característica frequente da dor aguda a:
- a) Sensação de formiguelo;
 - b) Sensação de choque elétrico;
 - c) Hiperpatia;
 - d) Alodínia;
 - e) **Sensação de pontada.**
83. Uma dor persistente caracteriza-se por ser uma dor:
- a) **Imprevisível;**
 - b) De duração inferior a três meses;
 - c) Que desaparece quando tratada;
 - d) Associada a respostas do sistema nervoso autónomo;
 - e) Frequentemente acompanhada de ansiedade e medo.
84. Numa situação em que se presume a existência inequívoca de dor intensa e o doente tenha medicação analgésica prescrita, primeiro:
- a) **Administrar um analgésico e depois avaliar a dor;**
 - b) Avaliar a dor e depois administrar um analgésico;
 - c) Avaliar a dor e administrar um tratamento em função da avaliação da dor;
 - d) Examinar o doente, avaliar a intensidade da dor e só depois tratar;
 - e) Nenhuma das anteriores.
85. Da informação que se segue qual considera a mais relevante para se cuidar da pessoa com dor:
- a) Localização da dor;
 - b) Quando começou a dor;
 - c) Em que altura do dia agrava a dor;
 - d) **O que gostaria que lhe fizessem para aliviar a dor;**
 - e) Nenhuma das anteriores.
86. Assinale a resposta falsa relativamente à correspondência entre a intensidade da dor e o seu tratamento:
- a) **Sem dor - usar técnicas não farmacológicas;**
 - b) dor ligeira - usar técnicas não farmacológicas;
 - c) dor moderada - usar técnicas farmacológicas e não farmacológicas;
 - d) dor intensa - usar técnicas farmacológicas;
 - e) dor muito intensa - usar técnicas farmacológicas.
87. O enfermeiro para cuidar da pessoa com dor necessita de informação sobre:
- a) Em que medida a dor interfere na realização das atividades de vida;
 - b) Os principais medos da pessoa;

- c) Os mecanismos de *coping* da pessoa;
 - d) O que alivia a dor;
 - e) Todas as anteriores.
88. Que informação considera **dispensável** para inclusão num protocolo de avaliação da intensidade da dor:
- a) Várias escalas de dor entre as mais simples de aplicar e válidas;
 - b) Frequência de avaliação e como se faz a avaliação;
 - c) **Revisão bibliográfica sobre as escalas de dor;**
 - d) Onde se regista e algoritmo de aplicação das escalas;
 - e) Questões-chave na colheita de informação, quando e como se faz essa colheita;
89. É informação relevante para a história de dor:
- a) Fatores de alívio e de agravamento da dor;
 - b) Uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas;
 - c) Formas de comunicar /expressar a dor;
 - d) Efeitos da dor na vida diária;
 - e) **Todas as anteriores.**

11.2. Questões de resposta rápida

1. Acreditar e autoavaliação, sempre a mesma escala, na duvida cotar por excesso,...
2. O que a pessoa diz
3. Mobilidade, apetite, sono, recreação/atividade lúdica
4. EDIN 8 horas e FLACC 2 a 4 minutos
5. Acreditar na pessoa; Usar sempre um instrumento de avaliação; usar autoavaliação; respeitar as regras metodológicas; se duvida na cotação usar o valor mais elevado; usar sempre o mesmo instrumento na mesma pessoa; usar escalas válidas;
6. EVA, linha de 10 cm ou similar, definir os extremos, sem referencia a imaginação e validar informação, criança com 6 ou mais anos.
7. EVA e BPS-IP
8. Algoplus ou PAINAD
9. FLACC, FPS-R, EVA
10. EDIN
11. EVA, FLACC, FPS-R
12. Várias escalas de dor, as mais simples e validas, frequência de avaliação, como se faz a avaliação, onde se regista, algoritmo de aplicação prevendo todas as possibilidades, questões-chave na colheita de informação, quando se faz essa colheita, como e onde se regista
13. Esta colheita deve ser realizada logo que possível considerando os seguintes parâmetros: a) Características da dor (localização, intensidade, qualidade, duração, frequência e sintomas associados); b) Factores de alívio e de agravamento; c) Uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas; d) Formas de comunicar /expressar a dor; e) Experiências anteriores traumatizantes e medos; f) Habilidades e estratégias para enfrentar a dor e outros problemas de saúde; g) Comportamento da criança e ambiente familiar; h) Efeitos da dor na vida diária; i) Impacto emocional e socioeconómico.
14. EDIN, 5 FLACC, 3 FPS-R4 e PAINAD 3
15. Idade, contexto clinico, tipo de dor
16. Avaliar sem esses itens
17. Não existe nenhuma escala com essas características. As escalas ou medem a intensidade da dor e /ou outras dimensões da dor , não informação sobre os fatores que interferem na avaliação esses dados devem ser colhidos e registados para melhor interpretação clinica da avaliação da dor
18. Colheita de informação sobre dor atual e passada que se colhe no primeiro momento que estamos em contacto com o doente e nos permite tomar decisões sobre o diagnóstico e intervenção.
19. Doentes com capacidade de autoavaliação - FLACC até 4 anos, FPS-R até 6 anos, EVA >= 6 anos Doentes sem capacidade de autoavaliação - FLACC até 18 anos, PAINAD >= 18 anos
20. a 43 - resposta do livro «Batalha LMC. Dor em pediatria: compreender para mudar. Lisboa: Lidel; 2010.»

11.3. Questões resposta rápida sobre seleção de instrumentos

1. Algoplus ou PAINAD; 2. BPS-IP; 3. EN; 4. FPS-R; 5. EDIN; 6. EVA; 7. FLACC-R; 8. EVA; 9. EVA; 10. EVA.

11.4. Questão de resposta aberta

1. COMFORT, B o-18 criança ventilada mecanicamente; FLACC-R, o- 18 anos com multideficiência; FLACC, o -4 anos (conscientes) o-18 ; inconscientes ; FPS-R, 4 e 6 anos (conscientes); EVA, 6 – 18 anos (conscientes)

2.

	autoavaliação	heteroavaliação
UCI adulto	EVA	BPS (IP e NIP)
Medicina adulto	EVA	PAINAD

3. Num serviço de cuidados intensivos neonatais selecionaria a escala EDIN. No serviço de cirurgia pediátrica escolheria para autoavaliação a FPS-R (4 e 5 anos) e a EVA (≥ 6 anos) e para heteroavaliação a FLACC (<4 anos). No serviço de cirurgia de adultos escolheria para autoavaliação a EVA e para heteroavaliação a BPS-NIP; NVPS-R; PAINAD; Algoplus (várias soluções, sendo a PAINAD; e Algoplus preferencialmente para idosos).

11.5. Afirmações verdadeiro / falso

11.5.1. Anatomofisiologia

1	V	4	V	7	F	10	V	13	V	16	F	19	V	22	V
2	V	5	F	8	F	11	V	14	V	17	V	20	F	23	F
3	V	6	V	9	V	12	F	15	V	18	F	21	V		

11.5.2. Avaliação da dor

1	V	11	A é falsa	21	V/F	31	V	41	F
2	V	12	V	22	V	32	V	42	F
3	V	13	V	23	V	33	V	43	V
4	F	14	V	24	F	34	V/F	44	F
5	F	15	V	25	F	35	V	45	V
6	V/F	16	V	26	V	36	V	46	V
7	F	17	V	27	V	37	V	47	V
8	V	18	V	28	V	38	V		
9	F	19	V	29	F	39	V		
10	A é falsa	20	V	30	F	40	F		

11.5.3. Controlo farmacológico

1	F	4	V	7	V	10	V	13	V	16	V	19	V	22	F	25	F	28	V	31	V	34	V
2	F	5	F	8	F	11	V	14	V	17	V	20	V	23	V	26	V	29	V	32	V	35	V
3	V	6	V	9	V	12	F	15	V	18	F	21	F	24	V	27	V	30	V	33	F		

11.5.4. Controlo não farmacológico

1	F	4	V	7	V	10	V	13	F	16	F	19	F	22	V	25	V	28	V	31	V	34	V
2	V	5	V	8	V	11	V	14	V	17	V	20	V	23	F	26	V	29	V	32	V	35	F
3	F	6	F	9	F	12	F	15	F	18	V	21	F	24	V	27	F	30	V	33	V	36	F

11.5.5. Avaliação e controlo da dor em pediatria

1	V	11	F	21	F	31	V	41	V	51	V	61	V	71	V	81	V	91	F
2	F	12	V	22	F	32	F	42	V	52	V	62	V	72	V	82	V	92	V
3	F	13	F	23	V	33	F	43	V	53	V	63	F	73	V	83	V	93	V
4	F	14	V	24	V	34	F	44	F	54	V	64	F	74	F	84	V	94	F
5	V	15	V	25	F	35	F	45	F	55	F	65	F	75	V	85	F	95	V
6	F	16	V	26	F	36	V	46	V	56	F	66	F	76	F	86	V	96	F
7	F	17	V	27	F	37	F	47	V	57	V	67	V	77	V	87	F	97	F
8	V	18	V	28	F	38	V	48	V	58	F	68	V	78	V	88	F	98	F
9	V	19	F	29	F	39	F	49	V	59	V	69	F	79	V	89	V	99	F
10	V	20	V	30	V	40	V	50	F	60	V	70	V	80	V	90	F	100	V

11.6. Afirmações concordo / discordo

11.6.1. Exercício 6.1 - Pediatria

1	4	6	O	11	4	16	O	21	O	26	4	31	4	36	O	41	4	46	O
2	4	7	O	12	4	17	O	22	4	27	4	32	O	37	4	42	4	47	4
3	4	8	O	13	4	18	O	23	O	28	4	33	4	38	4	43	4	48	4
4	4	9	4	14	O	19	O	24	4	29	4	34	O	39	4	44	O	49	4
5	O	10	O	15	O	20	O	25	4	30	4	35	4	40	O	45	O	50	4

11.6.2. Exercício 6.2 - Inventário de saberes e práticas sobre dor na pessoa

1	4	11	O	21	4	31	4	41	O	51	O	61	4
2	4	12	O	22	O	32	O	42	O	52	O	62	4
3	4	13	4	23	O	33	O	43	4	53	4	63	O
4	4	14	4	24	O	34	4	44	4	54	O	64	4
5	4	15	4	25	O	35	4	45	O	55	4	65	4
6	O	16	4	26	O	36	4	46	O	56	O	66	-
7	O	17	O	27	O	37	4	47	4	57	4	67	O
8	O	18	4	28	O	38	4	48	O	58	4	68	4
9	O	19	4	29	O	39	O	49	O	59	4	69	4
10	O	20	4	30	4	40	O	50	O	60	4	70	O

11.7. Ficha de exercícios: dor persistente e sofrimento

11.7.1. Exercício 7.1 - Brainstorming para resolução de controlo de sintomas

11.7.2. Exercício 7.2 - Planeamento de atividades diárias

11.7.3. Exercício 7.3 - Elaborar uma técnica de distração

11.7.4. Exercício 7.4 - Conceber cuidados para casos clínicos

Ficha de apoio para resolução dos casos clínicos

Objetivo do cuidado - Promover a independência do doente

- ▶ O controlo dos sintomas;
- ▶ A modificação do valor simbólico da dor;
- ▶ A prevenção da deterioração das condições físicas e psíquicas;
- ▶ A normalização ou restauração dos componentes físicos, psíquicos e sociais dos doentes;
- ▶ A maximização dos potenciais remanescentes.
- ▶ O desenvolvimento da autoconfiança;
- ▶ O incentivo para a execução das atividades;
- ▶ A eliminação do medo de que novas lesões possam se instalar;
- ▶ A correção dos desajustamentos familiares, sociais e profissionais que contribuem para o sofrimento e incapacidade;
- ▶ O uso criterioso de fármacos e medidas não farmacológicas;
- ▶ A independência dos doentes quanto ao sistema de saúde.

Intervenção de enfermagem - Passos a seguir

Passo 1- História com exame físico (**Usar instrumentos específicos**)

- ▶ Descrever a dor (tipo, localização, duração, intensidade,...)
- ▶ Conceito de dor;
- ▶ Medos e experiências traumatizantes;
- ▶ Manifestações habituais e forma de comunicar a dor;
- ▶ Habilidades e mecanismos de *coping*;
- ▶ Elaborar com o doente uma lista de atividades que gosta de realizar e faça parte do seu quotidiano e hierarquiza-las de acordo com o grau de aceitação;
- ▶ Fatores agravantes
- ▶ Formas de alívio
- ▶ Efeitos na vida diária

Passo 2 - Diagnósticos

- ▶ Elaborar os diagnósticos;
- ▶ CIPE, NANDA,

Passo 3 - Planeamento

- ▶ Estabelecer prioridades;
- ▶ Envolver o doente numa tarefa de cada vez (só passa a outra quando aceite);
- ▶ Prescrever intervenções;

Passo 4 - Execução

- ▶ Execução das intervenções (farmacológica, não farmacológica);
- ▶ Ensinos:
 - Corrigir preconceitos e crenças;
 - Medicação;
 - Técnicas de autocontrolo da dor.
 - Registos de dor no domicílio.
- ▶ Manter o doente informado: diagnóstico, prognóstico e perspetivas;
- ▶ Participar em programas multidisciplinares

Passo 5 - Avaliação

- ▶ Registos de execução realizados pelo doente:
 - ▶ as tarefas que realizou,
 - ▶ o que sentiu,
 - ▶ dificuldades,
 - ▶ intensidade da dor;
- ▶ Usar instrumentos de avaliação da dor, qualidade de vida, ...

11.8. Exercícios de apoio à UC de Opção I - Avaliação da dor

11.8.1. Exercício 8.1 -Escolha de instrumentos

1. Algoplus ou PAINAD; 2. BPS-IP; 3. EN; 4. FPS-R; 5. EDIN;6. EVA;7. FLACC-R;8. EVA;9. EVA;10. EVA;

11.8.2. Exercício 8.2 - Afirmações em verdadeiro (V) e falso (F)

1	V	11	A é falsa	21	V/F	31	V	41	F
2	V	12	V	22	V	32	V	42	F
3	V	13	V	23	V	33	V	43	V
4	F	14	V	24	F	34	V/F	44	F
5	F	15	V	25	F	35	V	45	V
6	V/F	16	V	26	V	36	V	46	V
7	F	17	V	27	V	37	V	47	V
8	V	18	V	28	V	38	V		
9	F	19	V	29	F	39	V		
10	A é falsa	20	V	30	F	40	F		

11.8.3. Exercício 8.3 - Avaliação da Aprendizagem

1	V	11	F	21	F	31	v	41	v	51	v	61	v	71	v	81	v	91	F
2	F	12	v	22	F	32	F	42	v	52	v	62	v	72	v	82	v	92	v
3	F	13	F	23	v	33	F	43	v	53	v	63	F	73	v	83	v	93	v
4	F	14	v	24	v	34	F	44	F	54	v	64	F	74	F	84	v	94	F
5	v	15	v	25	F	35	F	45	F	55	F	65	F	75	v	85	F	95	v
6	F	16	v	26	F	36	v	46	v	56	F	66	F	76	F	86	v	96	F
7	F	17	v	27	F	37	F	47	v	57	v	67	v	77	v	87	F	97	F
8	V	18	v	28	F	38	V	48	v	58	F	68	v	78	v	88	F	98	F
9	V	19	F	29	F	39	F	49	v	59	v	69	F	79	v	89	v	99	F
10	v	20	v	30	v	40	v	50	F	60	v	70	v	80	v	90	F	100	v

11.8.4. Exercício 8.4 - Questões de resposta rápida

11.8.5. Exercício 8.5. - Exercício avaliação da dor

Caso clínico 1

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
Cotação	3	2	3	1	2	2	2	2	3	2	22

Caso clínico 3

Item	dia1	dia 2	dia3
1	2	1	0
2	3	2	0
3	2	2	0
4	2	0	1
5	2	1	0
6	3	3	1
7	3	3	2
8	0	0	0
9	0	0	0
10	3	2	1
Total	20	14	5

Caso clínico 4

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
dia 1	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1	14
dia 2	1	2	0	0	0	2	2	0	0	0	7
dia 3	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	3

Caso clínico 5

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
Cotação	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	28

Nota final

O desenvolvimento deste manual de exercícios para formandos do CLE e enfermeiros, procurou salientar nos seus exercícios os contextos e protocolos nacionais, constituindo uma preciosa ajuda para a consolidação da aprendizagem da unidade curricular de Opção I do CLE.

Oferece um vasto conjunto de questões, casos clínicos e links para filmes que ajudam o formando a consolidar as suas capacidades de avaliação e controlo da dor e aprimorar a competência on cuidar da pessoa com dor e sua família.