

DOR NO FIM DA VIDA: AVALIAR PARA TRATAR

LILIAN HENNEMANN-KRAUSE

RESUMO

A avaliação e diagnóstico da dor são fundamentais para uma prescrição de analgésico adequada. Portanto, a identificação da dor quanto à sua origem, localização, tempo de evolução, intensidade, qualidade, e das repercussões sobre o indivíduo e o meio social é o primeiro passo para o controle efetivo da dor. O controle medicamentoso da dor deve ser impecável, porém a ideia de que uma medicação possa resolver toda a complexidade da dor é um engano. É necessário que se alie a tecnologia à abordagem humanista, pois a dor abrange todos os aspectos da vida. Cicely Saunders aponta que a dor total é mais bem diagnosticada e tratada através do modelo de assistência biopsicossocial. As repercussões da dor não tratada interferem em todos os aspectos da vida da pessoa além de impedir um melhor desfrute da vida.

PALAVRAS-CHAVE: *Avaliação da dor; Dor crônica; Dor no câncer; Dor nociceptiva; Dor neuropática.*

INTRODUÇÃO

O alívio da dor é uma questão humanitária, e deixar uma pessoa com dor e sofrimento que podem ser evitados deve ser visto como uma violação aos direitos humanos fundamentais.¹ Dois princípios éticos podem nortear o uso de opioides na dor, seja aguda ou crônica, relacionada ou não ao câncer: o da beneficência e o da não maleficência. Aliviar a dor, e não causar maiores danos.

Nas últimas décadas o conhecimento sobre a natureza da dor e seu controle tem aumentado muito. No entanto, a prevalência de dor em todo o mundo ainda é alta e nem sempre a dor é adequadamente reconhecida e tratada.²⁻⁴

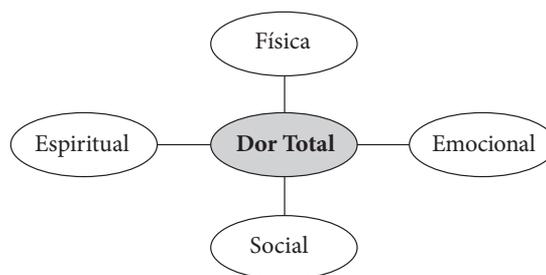
Iniciativas para o aprimoramento dos profissionais de saúde na avaliação e tratamento da dor são muito importantes. Além de melhorar a qualidade de vida dos pacientes, também podem reduzir a morbidade e os custos (econômicos, sociais, familiares, espirituais, psíquicos e físicos) associados à dor não tratada ou tratada inadequadamente.

CONCEITO DE DOR

A definição de dor internacionalmente aceita é a da *International Association for the Study of Pain* (IASP) em que “dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão efetiva ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tal lesão. A dor é sempre subjetiva”.⁵ Esta definição abrange tanto os aspectos somáticos quanto os psíquicos do ser humano, não exclui as síndromes clínicas que não apresentam alterações ao exame físico nem nos exames complementares, e acredita e aceita a subjetividade daquele que a sofre. A dor de uma queimadura pode exemplificar a ‘lesão efetiva’ quando objetivamente se vê a possível dor do outro. Quando a dor é decorrente de uma ‘lesão potencial dos tecidos’ o exemplo pode ser o de uma hérnia de disco que apresenta alterações subjetivas e/ou objetivas no exame clínico, francamente objetivas no exame de imagens. No caso de uma ‘dor descrita em termos de tal lesão’ a enxaqueca é um exemplo, pois o exame físico e os complementares são normais, mas é a descrição do paciente quanto às características da dor que leva ao diagnóstico. A experiência de quem sente dor é única. O fundamental é acreditar no paciente e nas suas queixas para poder ajudá-lo.

Cicely Saunders aplica à dor uma visão multidimensional, o conceito de *Dor Total*, onde o componente físico da dor pode se modificar sob a influência de fatores emocionais, sociais e também espirituais (Quadro 1. Conceito de

QUADRO 1: CONCEITO DE *DOR TOTAL*.



Dor Total.) A *dor física* é a causa mais óbvia de sofrimento, de deterioração física, e quando severa, a dor propicia a degradação moral do indivíduo. A *dor emocional* ou psíquica leva à mudança do humor, à perda do controle sobre a própria vida, à desesperança, mas também leva a uma necessidade de redefinição perante o mundo. A *dor social* vem com o medo do isolamento e abandono, da dificuldade de comunicação, da perda do papel social exercido junto à família, aos colegas, e às perdas econômicas. A *dor espiritual* se reflete na perda do sentido e significado da vida, da esperança; é a ‘dor da alma’. A espiritualidade não deve ser confundida com religiosidade. A espiritualidade está mais ligada às questões de razão, sentido e significado da vida, enquanto a religiosidade se relaciona com as questões de fé e transcendência, mas, nem por isto, menos importante. O conceito de *Dor Total* talvez possa ser resumido na frase de Leo Pessini: “dor e sofrimento andam juntos, mas não são necessariamente a mesma coisa”.

CARACTERÍSTICAS DA DOR

A dor pode ser classificada quanto à causa, sua evolução no tempo, origem, localização, intensidade, amplificação psicogênica e comprometimento funcional.

Quanto à causa, a dor pode ser por inflamação, infecção, trauma, pós-operatória, queimadura, câncer, isquemias, etc.

No tempo, a dor pode ser definida como aguda, crônica, incidental, intermitente ou

episódica.

- **Dor Aguda:** dor de início súbito com duração de 3 a 6 meses. Frequentemente relacionada a lesões agudas – traumática, infecciosa ou inflamatória e provoca a busca por auxílio médico, servindo como alerta de que algo está errado no funcionamento do corpo. A dor aguda provoca alterações dos sinais vitais: pulso, pressão arterial e respiração, e também do comportamento. O paciente pode se apresentar agitado ou ansioso, faz uma descrição objetiva dos sintomas, tem queixas e incapacidades compatíveis com a lesão e segue as orientações dos profissionais de saúde sem muito questionamento.

- **Dor crônica:** dor com mais de 3 a 6 meses de duração. A dor pode persistir mesmo após a cicatrização das lesões, não tendo mais a função de alerta, pois ocorrem alterações fisiopatológicas na neurotransmissão da dor. A dor crônica é uma doença com características próprias que evolui com várias repercussões no indivíduo: imobilidade e consequente desuso do sistema músculo-esquelético; depressão imunológica e susceptibilidade a doenças; alteração do sono; alteração do apetite e estado nutricional; uso de vários medicamentos (polifarmácia); maior dependência dos familiares e cuidadores; utilização frequente e inapropriada

do sistema de saúde; baixo desempenho ou incapacidade para o trabalho; isolamento da família e sociedade; ansiedade e medo; mau humor, frustração, depressão e suicídio.⁶ Dada a complexidade do problema da dor crônica, dificilmente uma única abordagem terapêutica será suficiente. Os tratamentos devem ser individualizados e multidisciplinares.

- **Dor incidental:**⁷ dor transitória, súbita, causada por um incidente como movimento, tosse, evacuação.

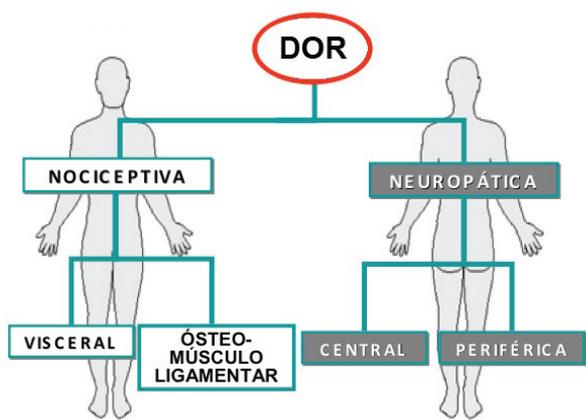
- **Dor intermitente:** dor episódica que surge em intervalos de tempo com certa regularidade como na enxaqueca, cólica menstrual ou anemia falciforme.

- **Dor episódica (Breakthrough pain⁸):** dor súbita e severa que ocorre espontaneamente ou relacionada a uma atividade específica, ou dor que ‘quebra’ o efeito do analgésico em uso. A dor episódica inclui a dor incidental e a dor devido ao fim do efeito do analgésico da medicação em uso e que necessita de ‘dose resgate’ de analgésico.⁹

Quanto ao mecanismo fisiopatológico ou tipo de dor pode-se dizer que a dor é de origem: (Quadro 2. Classificação da Dor quanto ao mecanismo fisiopatológico ou origem.)

- **Dor nociceptiva ou somática:** Dor decorrente de estimulação química ou física

QUADRO 2: CLASSIFICAÇÃO DA DOR QUANTO AO MECANISMO FISIOPATOLÓGICO OU ORIGEM:



das terminações nervosas normais. A dor nociceptiva pode ter origem ósteomusculoligamentar, pele e mucosas ou vísceras.

- *Dor ósteomusculoligamentar, pele e mucosas:* o local da dor é compatível com a lesão, isto é, geralmente há um estímulo doloroso identificável, e pode ser aliviada ou exacerbada por calor, frio, posição, movimento, etc. A qualidade característica deste tipo de dor é referida pelo paciente como “doída”, “em aperto”, “latejante”. Ela responde bem a analgésicos comuns e opioides.
- *A dor visceral* é caracteristicamente mal localizada e apresenta dor referida segundo distribuição metamérica. Pode estar acompanhada por manifestações neurovegetativas (náuseas e vômitos, sudorese fria e mal estar). A dor em cólica é decorrente do aumento da pressão intraluminal e responde bem aos antiespasmódicos. A dor constante por acometimento do peritônio parietal (distensão de cápsula hepática, pleura, pâncreas, etc.) responde bem a analgésicos comuns e opioides. Nem todas as vísceras têm receptores para dor.
- **Dor neuropática:** Dor decorrente de lesão total ou parcial ou alteração da função em qualquer parte do sistema nervoso periférico (nervo, plexo ou raiz) ou do sistema nervoso central (encéfalo ou medula). A dor neuropática pode ser percebida superficial ou profundamente e geralmente é descrita como dor contínua (ex.: em queimação, ardência, “que pinica”) ou intermitente (ex.: em pontada, choque, que espeta, em agulhada).

A dor neuropática se irradia pelo território do nervo lesado. O alívio com analgésicos comuns é deficiente, e responde melhor às medicações coadjuvantes (ex.: antidepressivos e anticonvulsivantes). O alívio com morfina é geralmente menor do que com tramadol,¹⁰ metadona,^{11,12} oxycodona¹³ ou

buprenorfina.¹⁴ Esta dor dura meses ou anos após a cicatrização da lesão e é caracteristicamente difícil de tratar.

DIAGNÓSTICO DA DOR

A avaliação efetiva da dor¹⁵ deve conter os seguintes aspectos:

1. Causa da doença e da dor: inflamação, infecção, trauma, pós-operatória, queimadura, câncer, lesões vasculares, cerebrais, etc.;
2. Tempo e evolução: dor aguda, dor crônica, episódica, incidental, intermitente;
3. Tipo de dor (pode haver mais de um): nociceptiva, visceral, espasmódica, tenesmoide, neuropática, amplificação psicogênica;
4. Fatores que aliviam ou agravam: calor, frio, posição, movimento, medicação, nervoso, etc.;
5. Intensidade: com instrumento que o examinador tenha intimidade (Escala numérica, de faces, descritiva) para avaliar eficácia terapêutica (Quadro 3. Escalas de intensidade de dor.);
6. Influência do quadro psíquico do paciente - depressão, ansiedade, pânico, somatização, conversão, etc.;
7. Mecanismo de defesa na queixa de dor - negação, dependência, regressão, intelectualização, fé religiosa, fatalismo, estoicismo, entre outros;
8. Comprometimento funcional e atividades de vida diária - sono, atividades físicas, laborativas, sociais e relacionamentos interpessoais;
9. Fatores pessoais, tais como idade, peso, estado nutricional e comorbidades;
10. Eficácia analgésica dos tratamentos previamente utilizados;
11. Interações medicamentosas: uso de

CONCLUSÃO

A dor deve ser encarada como uma doença a ser diagnosticada a fim de ser adequadamente tratada. Uma doença que abrange o ser humano em sua totalidade deve ser abordada com excelência técnico-científica aliada ao humanismo solidário.

REFERÊNCIAS

1. Somerville MA. Opioids for chronic pain of non-malignant origin—coercion or consent? *Health Care Anal.* 1995 Feb;3(1):12–14.
2. Code B, Bonica J. *Epidemiology of pain.* 3rd ed. Philadelphia (PA): Lippincott, Williams & Wilkins; 2001.
3. Eriksen J, Jensen MK, Sjøgren P, et al. Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. *Pain.* 2003 Dec;106(3):221–8.
4. Blyth FM, March LM, Brnabic AJM, et al. Chronic pain and frequent use of health care. *Pain.* 2004 Sep;111(1-2):51-8.
5. Merskey H. Pain terms. *International Association for the Study of Pain.* *Pain.* 1979;6:249-252.
6. Breivik H, Bond MJ. Why Pain Control Matters in a World Full of Killer Diseases. *Pain: Clinical Updates.* 2004 Sep;12(4):1-4.
7. McQuay HJ, Jadad AR. Incident pain. *Cancer Surv.* 1994; 21:17-24.
8. Colleau SM. The significance of breakthrough pain in cancer. *OBS: completar referência*
9. Portenoy RK, Hagen NA. Breakthrough pain: definition, prevalence and characteristics. *Pain.* 1990 Jun;41(3):273-281.
10. Boureau F, Legallicier P, Kabir-Ahmadi M. Tramadol in post-herpetic neuralgia: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Pain.* 2003 Jul;104(1-2):323-31.
11. Hennemann-Krause L, Spiegel P. Follow-up of Cancer Pain Control with Methadone, Abstracts: 11th World Congress on Pain, Sidney, Austrália; IASP Scientific Program Committee. IASP Press:Seattle;2005. p. 373.
12. Bruera E. Methadone: an essential analgesic to manage pain in cancer. *Cancer Pain Realese.*

2005;18(1):1-3.

13. Gimbel JS, Richards P, Portnoy RK. Controlled release oxycodone for pain in diabetic neuropathy: a randomized controlled trial. *Neurology.* 2003;60(6):927-34.
14. McCleane G, Smith HS. Opioids for Persistent Noncancer Pain. *Anesthesiol Clin.* 2007 Dec;25(4):787–807.
15. Hennemann-Krause L, Spiegel P. Utilização racional dos opioides em dor. In: Alves Neto O, Costa CMC, Siqueira JTT, et al. *Dor: princípios e prática.* Porto Alegre: Artmed; 2009. p.1084-100.
16. Breivik H, Bond MJ. Why Pain Control Matters in a World Full of Killer Diseases. *Pain: Clinical Updates.* 2004 Set;12(4):1-4.
17. Siddall PJ, Cousins MJ. Persistent Pain as a Disease Entity: Implications for Clinical Management. *Anesth Analg.* 2004 Aug;99(2):510-20.

ABSTRACT

Assessment and diagnosis of pain are essential for a proper analgesic prescription. Therefore, the identification of pain as its source, location, evolution, intensity, quality, and impact on the individual and the social environment is the first step to effective pain control. The medication for pain control should be impeccable, but the idea that a drug can solve all the complexity of pain is a mistake. It is necessary to combine technology with humanistic approach, because the pain covers all aspects of life. Cicely Saunders points out that the total pain is best diagnosed and treated through the biopsychosocial model of care. The consequences of untreated pain interfere in all aspects of one's life besides to preventing a better enjoyment of life.

KEY WORDS: *Pain assessment, Chronic pain, Cancer pain, Nociceptive pain, Neuropathic pain.*

TITULAÇÃO DOS AUTORES

EDITORIAL

LILIAN HENNEMANN-KRAUSE

Médica Anestesiologista e do HUCFF-UFRJ;

Responsável pelo Núcleo dos Cuidados Paliativos do HUPE-UERJ;

Mestranda FCM-UERJ;

Pós-graduação-Geriatria e Gerontologia-UnATI-UERJ;

Endereço para correspondência:
Rua Itacuruçá, 60 apto. 501, Tijuca
Rio de Janeiro - RJ. CEP 20510-150

LUCIANA MOTTA

Médica Geriatra;

Doutora em Saúde Coletiva;

Coordenadora do Núcleo de Atenção ao Idoso/UnATI/HUPE/UERJ.

ARTIGO 1: CUIDADOS PALIATIVOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO

RODOLFO ACATAUASSÚ NUNES

Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia Geral da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Mestre e Doutor em Cirurgia Geral –
Setor Torácico da UFRJ.
Livre-Docente em Cirurgia Torácica - UNI-Rio.

Endereço para correspondência:
Rua Santa Luíza 259 apto. 104, Maracanã
Rio de Janeiro - RJ. CEP 20511-030

LILIAN HENNEMANN-KRAUSE

(Vide Editorial)

ARTIGO 2: AINDA QUE NÃO SE POSSA CURAR, SEMPRE É POSSÍVEL CUIDAR.

LILIAN HENNEMANN-KRAUSE

(Vide Editorial)

ARTIGO 3: DOR NO FIM DA VIDA: AVALIAR PARA TRATAR.

LILIAN HENNEMANN-KRAUSE

(Vide Editorial)

ARTIGO 4: TRATAMENTO DA DOR ONCOLÓGICA EM CUIDADOS PALIATIVOS.

ODILEA RANGEL

Anestesiista da Clínica de Dor do Hospital
Universitário Pedro Ernesto da UERJ;

Responsável pelo setor de dor neoplásica da Clínica
de Dor da UERJ.

CARLOS TELLES

Professor Associado, chefe do Serviço de
Neurocirurgia e Clínica de Dor da UERJ.

ARTIGO 5: ASPECTOS PRÁTICOS DA PRESCRIÇÃO DE ANALGÉSICOS NA DOR DO CÂNCER.

LILIAN HENNEMANN-KRAUSE

(Vide Editorial)

ARTIGO 6: A FISIOTERAPIA NO ALÍVIO DA DOR: UMA VISÃO REABILITADORA EM CUIDADOS PALIATIVOS.

DANIELLE DE M. FLORENTINO

Fisioterapeuta;
Especialização em Fisioterapia Oncológica-INCA;

Núcleo de Cuidados Paliativos e Centro
Universitário de Controle do Câncer/UERJ.

Endereço para correspondência:
Rua XV de novembro no 226 /201, Centro
Niterói - RJ. CEP 24020-125
E-mail: danimeflo@yahoo.com.br

FLAVIA R. A. DE SOUSA

Especialização em Geriatria e Gerontologia /
UnATI-UERJ.

Núcleo de Cuidados Paliativos e Centro
Universitário de Controle do Câncer/UERJ.

ADALGISA IEDA MAIWORN

Doutoranda em Ciências Médicas na Disciplina
Pneumologia pelo Programa de Pós Graduação
Em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências
Médicas;

Responsável técnica da Divisão de Fisioterapia da
Policlínica Piquet Carneiro da Universidade do
Estado do Rio de Janeiro;

Conselheira do CREFITO - 2.

ANA CAROLINA DE AZEVEDO CARVALHO

Doutora - Ciências Biológicas-UFRJ;

Chefe do Setor de Fisioterapia - HUPE-UERJ.

KENIA MAYNARD SILVA

Doutoranda em Ciências Médicas na Disciplina
Pneumologia pelo Programa de Pós Graduação
Em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências
Médicas;

Fisioterapeuta da Disciplina de Pneumologia do
HUPE.

ARTIGO 7: A COMUNICAÇÃO DE MÁIS NOTÍCIAS: MENTIRA PIEDOSA OU SINCERIDADE CUIDADOSA.

JANETE A. ARAUJO

Psicóloga;

Especialista em Psicologia Médica;

Núcleo de Cuidados Paliativos - HUPE.

Endereço para correspondência:
Rua Albano, 244 apto.101 bl.1, Praça Seca
Rio de Janeiro - RJ. CEP 22733-010
Telefone: (21) 9673-6917
E-mail: netteallves@hotmail.com

ELIZABETH MARIA PINI LEITÃO

Professora da Disciplina de Saúde Mental e Psicologia Médica da FCM/UERJ;

Chefe da Unidade Docente Assistencial;

UDA de Saúde Mental e Psicologia Médica - HUPE/FCM/UERJ.

ARTIGO 8: BUSCANDO NOVOS SENTIDOS À VIDA: MUSICOTERAPIA EM CUIDADOS PALIATIVOS.

ELISABETH M. PETERSEN

Musicoterapeuta
Especialização em Psico-oncologia.

Endereço para correspondência:
Rua Engenheiro Enaldo Cravo Peixoto, 95
apto.1204, Tijuca
Rio de Janeiro - RJ. CEP 20511-230
Telefone: (21) 9242-9863
E-mail: bethpet2@yahoo.com.br

ARTIGO 9: O SENTIDO DO SOFRIMENTO HUMANO.

FABIO DE F. GUIMARÃES

Graduado e Mestre em Psicologia pela Universidade Gregoriana de Roma

Endereço para correspondência:
Av. 28 de Setembro, 200, Vila Isabel
Rio de Janeiro - RJ. CEP 20551-031
Telefones: (21) 2568-3821, (21) 9727-9098
E-mail: fabiusfg@gmail.com

ARTIGO 10: O CUIDADOR DO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS: SOBRECARGA E DESAFIOS.

JANETE A. ARAUJO

(Vide Artigo 7).

ELIZABETH MARIA PINI LEITÃO

(Vide Artigo 7).

ARTIGO 11: OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM FERIDAS NEOPLÁSICAS NA ASSISTÊNCIA PALIATIVA.

RAFAELA MOUTA AGUIAR

Enfermeira;
Especialização Enfermagem do Trabalho;
Núcleo de Cuidados Paliativos – NCP-HUPE.

Endereço para correspondência:
Rua Saldanha Marinho 4 , Santo Cristo
Telefones: (21) 9808-6858
E-mail: rafaaguiar9@hotmail.com

GLORIA REGINA CAVALCANTI DA SILVA

Enfermeira;
Especialização em Enfermagem Cirúrgica;
Serviço de Enfermagem de Pacientes Externos;
Chefe de enfermagem do Ambulatório Central e Descentralizado - HUPE.

ARTIGO 12: HIPODERMÓCLISE OU VIA SUBCUTÂNEA.

MARIA O. D'AQUINO

Enfermeira do Núcleo de Cuidados Paliativos do HUPE;

Especialista em Enfermagem do Trabalho
Fac. de Enf. Luiza de Marillac;

Especialista em Enfermagem Intensivista - UERJ.

Endereço para correspondência:
Rua Santa Alexandrina, 70 apto 104 , Rio Comprido
Rio de Janeiro - RJ. CEP 20261-232
Telefones: (21) 3027-5194, (21) 2215-6875
E-mail: modaquino@ig.com.br

ROGÉRIO MARQUES DE SOUZA

Enfermeiro

Coordenador de Enfermagem Hupe/UERJ

Professor da Universidade Veiga de Almeida

Especialista em Administração dos Serviços de Saúde UERJ - 1999

ARTIGO 13: A VIVÊNCIA DA
FONOAUDIOLOGIA NA EQUIPE
DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO
RIO DE JANEIRO

ANDRÉA DOS S. CALHEIROS

Fonoaudióloga;
Pós-graduação em Fonoaudiologia Hospitalar;
Preceptora de Fonoaudiologia da residência em
Fonoaudiologia do HUPÉ/UERJ.

Endereço para correspondência:
Rua Alecrim 722
Rio de Janeiro - RJ. CEP 21221-050
Telefones: (21) 3391-0905, (21) 7816-2324
E-mail: andreacalheiros@gmail.com

CHRISTIANE LOPES DE ALBUQUERQUE

Doutoranda em Clínica Médica / Terapia Intensiva
FM-UFRJ;
Mestre em Ciências Médicas pela FCM - UERJ;
Pós-graduação em M.O. - Disfagia pelo CEFAC- RJ.