

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ALEXANDRE HENRIQUE ELLER

**ABORDAGEM, AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DA DOR NA ATENÇÃO BÁSICA À
SAÚDE: A REVISÃO DA LITERATURA**

CONSELHEIRO LAFAIETE – MINAS GERAIS

2011

ALEXANDRE HENRIQUE ELLER

**ABORDAGEM, AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DA DOR NA ATENÇÃO BÁSICA À
SAÚDE: A REVISÃO DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do título de Especialista.

Orientador: Prof. Edison José Corrêa.

CONSELHEIRO LAFAIETE – MINAS GERAIS

2011

ALEXANDRE HENRIQUE ELLER

**ABORDAGEM, AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DA DOR NA ATENÇÃO BÁSICA À
SAÚDE – A REVISÃO DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do título de Especialista.

Orientador: Prof. Edison José Corrêa.

Banca examinadora

Prof. Edison José Corrêa

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

Aprovado em Belo Horizonte em 9 de agosto de 2011.

RESUMO

A dor é uma doença de natureza diversa, com alto índice de estresse psicológico e fisiológico, que acomete tanto o paciente quanto sua família. Por estes fatores, o manejo da dor pelas equipes de saúde da família tem um considerável custo financeiro, o que tem sido motivo para estudos de avaliação, abordagem e um tratamento multidisciplinar. Um dos motivos para o não tratamento da dor muitas vezes pode ser creditado à falta de conhecimento médico adequado em sua avaliação. Somado a isto existe a falta de concordância entre médico e paciente quanto à correta identificação de sua intensidade. Este trabalho apresenta a definição, classificação e características da dor e a importância da atenção primária nos cuidados desta. Conclui-se que, para o tratamento da dor, a cooperação do paciente é a grande responsável pela diminuição da sobrecarga física e psicológica do tratamento, mostrando a oportunidade de elaboração de políticas de saúde e planos de ação nesse contexto.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Dor. Saúde da família.

ABSTRACT

The pain is a disease of diverse nature, with high rates of psychological and physiological stress, affecting both the patient and his family. For these reasons, pain management teams of family health have a considerable financial cost, which has been under evaluation studies, and a multidisciplinary treatment approach. One of the reasons for not treatment pain can often be attributed to lack of proper medical knowledge on their evaluation. Added to this is the lack of agreement between doctor and patient about the correct identification of its intensity. This study to present the definition, classification and characteristics of pain and the importance of primary care of the pain. Concluding that for the treatment of pain, patient cooperation is largely responsible for decreased physical and psychological burden of treatment, showing the opportunity of developing health policies and action plans in that context.

Key words: Primary health care. Pain. Family health

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Esquema de Twycross.....	22
Figura 2	Escalas visual analógica e de categoria numérica.....	23
Figura 3	Escada analgésica da OMS, modificada.....	25

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Tipos, subtipos e características da dor.....	15
Quadro 2	Prevalência de sintomas relatados retrospectivamente por cuidadores no último ano de vida dos pacientes.....	19
Quadro 3	Síndromes dolorosas relacionadas com o câncer e seu tratamento.....	20
Quadro 4	Exemplos de abordagens de tratamento não farmacológico.....	21

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANCP = Academia Nacional de Cuidados Paliativos

CTI = Centro de Tratamento Intensivo

ESF = Equipes de Saúde da Família

EVA = Escala visual analógica

HIV/SIDA = Human immunodeficiency vírus/Vírus da Imunodeficiência Adquirida

IASP = International Association to Study of Pain (Associação Internacional Para o Estudo da Dor).

SF = Saúde da Família

SNC = Sistema Nervoso Central

TENS = Neuroestimulação Elétrica Transcutânea

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. JUSTIFICATIVA	10
3. OBJETIVOS	11
3.1 Geral	11
3.2 Específicos	11
4. METODOLOGIA	11
5. ABORDAGEM DA DOR NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	12
5.1 Conceito de dor	12
5.2 Classificação da dor	13
5.3 Epidemiologia da dor	16
5.4 Abordagens terapêuticas e manejo da dor	17
5.5 Protocolos e algoritmos de abordagem na atenção primária à dor	21
5.6 Dor: Indicativos para intervenção, no nível da atenção primária à saúde e no âmbito do trabalho da equipe de saúde da família	25
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	29

1. INTRODUÇÃO

Na prática diária das Equipes de Saúde da Família (ESF), inúmeras vezes nos deparamos com síndromes álgicas de naturezas diversas que necessitam de avaliação, abordagem e tratamento multidisciplinar especializado.

O manejo da dor é responsável por um custo financeiro alto, sendo maior que o tratamento de doenças crônicas, incluindo doenças cardíacas, hipertensão e diabetes (FISHMAN *et al.*, 1997).

A dor crônica pode causar estresse significativo, psicológico e fisiológico. A avaliação inadequada da dor, bem como a discordância de sua intensidade tem sido as principais causas de um tratamento ineficiente da mesma.

A Sociedade Americana da Dor (*The American Pain Society*) definiu a dor como sendo o quinto sinal vital, para demonstrar a importância de sua avaliação (DAVIS, WALSH, 2004; MERBOTH, BARNANSON, 2000).

Um dos motivos para o não tratamento da dor é a falta de conhecimento adequado dos médicos em relação à sua avaliação. Adicionalmente existe a discordância entre paciente e clínico na questão da identificação da intensidade da dor, uma vez que a mesma é subjetiva, não havendo testes laboratoriais simples para mensurar a severidade da mesma (RESNIK, REHM, MINARD, 2001).

Muitas vezes negligenciada, a dor pode ser encontrada em pacientes de emergências, ambulatórios, salas de recuperação, enfermarias e centros de tratamento intensivo (CTI's). Muitas vezes são classificadas como um sintoma da doença base, sendo que esta doença é que recebe todos os cuidados e tratamentos terapêuticos. A dor é uma das grandes preocupações da humanidade e uma das principais causas de procura de cuidados médicos.

Este trabalho apresenta a definição da dor, classificação e suas características, demonstrando o quanto é importante para a Atenção Primária à Saúde (APS) o seu

cuidado, que cada vez mais acomete o ser humano, sendo ponto de verificação de problemas crônicos maiores e também de uma preocupação no tratamento da mesma, que, conforme será explicado, tem causado problemas físicos e psíquicos em pacientes e familiares.

A dor é um sintoma frequente nas consultas realizadas pela ESF constituindo 80% dos motivos pelos quais o paciente procura esse atendimento.

Estatísticas norte-americanas estimam que a dor é causa de gastos de bilhões de dólares em tratamentos à saúde e de prejuízos da mesma ordem por incapacidade ao trabalho e/ou abstinência forçada do mesmo. É lógico pensar que o mesmo ocorra em nosso país.

A dor tem sido uma constante na atuação das ESF e a ausência de políticas em atenção básica à saúde que abordem especificamente a DOR dificulta a correta avaliação, abordagem e tratamento deste sintoma no contexto da atuação das ESF, sendo frequentemente subestimada, acarretando inúmeras vezes em agravamento do estado de saúde do paciente, com repercussões inclusive na saúde mental do mesmo. No entanto, a ESF possui atores capacitados para agir sinergicamente nessas situações, treinados para obter resultados eficazes através de um trabalho coordenado.

Por isso a importância deste estudo, no sentido de apresentar as questões que envolvam o manejo da dor, bem como abertura para novos trabalhos que discutam este mal, com o intuito de diminuir o sofrimento causado a pacientes e familiares.

2. JUSTIFICATIVA

Eventos álgicos agudos, quando mal abordados no nível da atenção básica, podem se tornar crônicos, levando a repercussões econômico-sociais importantes não somente para o indivíduo acometido, mas a toda sua família. Assim, é de grande importância a elaboração de um estudo que produza um retrato da realidade da abordagem multidisciplinar da dor no âmbito da atenção básica da saúde. Isto contribuiria para alertar a todos os profissionais desta área sobre a importância e a relevância desse sintoma na realidade de nossa população e a enorme oportunidade que reside na possibilidade da elaboração de políticas de saúde e planos de ação nesse contexto.

Por outro lado é um evento que leva muitos usuários da área de abrangência da equipe de saúde da família onde atuo a procurarem assistência médica e às vezes sobrecarregando os profissionais de saúde, por tratar-se muitas de eventos agudos. Desta maneira, considero importante estudar esse evento para contribuir na organização do processo de trabalho da minha equipe.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Recuperar e registrar evidências científicas sobre a dor e sua abordagem na atenção primária à saúde.

3.2 Específicos

Registrar evidências sobre a dor, nos aspectos de conceituação, classificação, epidemiologia e bases terapêuticas.

Recuperar protocolos, fluxogramas ou algoritmos de abordagem de dor na atenção primária à saúde.

Elaborar indicativos para intervenção, no nível da atenção primária à saúde e no âmbito de trabalho da equipe de saúde da família.

4. METODOLOGIA

Optei por fazer uma revisão bibliográfica utilizando a biblioteca virtual do Programa Ágora – Curso de Especialização à Saúde da Família (CEABSF), a Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde e pesquisa nas bases SciELO e LILACS. A pesquisa nos periódicos foi livre sem limite de data, mas obedecendo ao critério e a pertinência direcionada aos objetivos deste estudo.

5. ABORDAGEM DA DOR NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Vamos abordar, agora, o conceito de dor, sua classificação e epidemiologia, as abordagens terapêuticas e manejo da dor, os protocolos e algoritmos na atenção primária à dor, os indicativos para intervenção nesse nível e no âmbito de trabalho da equipe de saúde da Família.

5.1 Conceito de dor

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor – International Association for the Study of Pain - IASP (1986, p. 217), a definição de dor é: “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada com dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano”.

É o sintoma mais comumente percebido em adultos (CROOK *et al.*, 1984; STERNBACH 1986; VON KORFF *et al.*, 1988; KIND *et al.*, 1998).

Trata-se de um sintoma universal de várias patologias, produzida e controlada por interações dos sistemas sensorial, motivacional e cognitivo do corpo, e experimentada como um sentimento de emoções desagradáveis ou outras emoções negativas (NIELSON, 2001; GALLAGHER, 2000).

Conforme Koleva *et al.*, (2005), a dor afeta o bem estar humano em seus aspectos físicos, mentais e sociais.

A dor é a causa líder de incapacidade nos países ocidentais, particularmente a dor crônica (SULLIVAN, TURNER, ROMANO, 1991; GALLAGHER, 1999). Em uma revisão sistemática sobre a prevalência de dor crônica, a IASP confirmou que esta está entre as aflições mais incapacitantes e caras da América do Norte, Europa e Austrália (IASP, 2003).

A dor é uma experiência única e própria de cada indivíduo, “modificada pelo conhecimento prévio de um dano que pode ser existente ou presumido” (MACIEL, 2004, p.1).

Cardoso (2009) cita que a dor é uma experiência individual, que é modificada pelo conhecimento anterior de um dano existente ou presumido, ou seja, só quem consegue referir e descrever a dor é o próprio paciente.

O sistema nervoso tem como principal função fornecer informações sobre lesões corporais em potencial, onde a dor é uma expressão destas informações. “A percepção corporal da dor é denominada nocicepção” (CARDOSO, 2009, p. 87).

A dor é, portanto, um evento muito comum e que tem demandado muito os serviços de saúde.

5.2 Classificação da dor

A despeito da falta de consenso sobre a natureza e definição dos diferentes tipos, a dor pode ser patofisiologicamente classificada como somática, visceral e neuropática (WOOLF, 2000; COLE, 2000; CRAIG, 2003).

A dor somática resulta da ativação de receptores da dor (nociceptores) na pele, ossos, músculos, fáscia e articulações; esta é prontamente reconhecida e responde bem ao tratamento (MERSKEY, BORGDUK, 1994; IASP, 1986).

A dor visceral surge de estímulos nocivos na musculatura vascular lisa ou órgãos internos é mais difusa e menos responsiva ao tratamento do que a dor somática, sendo frequentemente referida a certos locais cutâneos (CRAIG, 2003; IASP, 1986).

A dor neuropática acontece devido a mudanças patológicas do sistema nervoso, causada por desordens neurológicas, que pode levar a uma percepção da dor sem um estímulo apropriado dos receptores nervosos (dor não-nociceptiva); isto requer

medicações multimodais e não convencionais (WOOLF, 2000; CHONG, BAJAWA, 2003).

Outra classificação da dor é baseada em seu início e duração. A dor aguda pode ser definida como dor com início repentino, uma relação causa/efeito evidente e uma tendência à autolimitação dentro de um curto período. Ela possui uma função protetora já que sinaliza certa patologia (COLE, 2000; IASP, 1986).

De acordo com a IASP (1986), a dor crônica é meramente definida como apresentando um significado biológico menos aparente, persistindo além do tempo de cicatrização normal do tecido (isto é, depois da resolução da causa), usualmente tomado como sendo três meses (IASP, 2003).

A dor neuropática é tipicamente crônica (WOOLF, 2000; ROME, H., ROME, J., 2000; SMITH, HOPTON, CHAMBERS, 1999).

O conceito de dor aguda e crônica, tradicionalmente ambíguo, parece se tornar mais claro com dados sobre duas proteínas do cérebro que provavelmente amplificam e sustentam a dor crônica (WEI *et al.*, 2002). A distinção é também clinicamente relevante já que estes tipos de dor precisam ser manuseados diferentemente. O tratamento da dor aguda é principalmente focado em suas causas, enquanto o da dor crônica é destinado à reabilitação funcional e social do paciente (SMITH, HOPTON, CHAMBERS, 1999).

Conforme Koleva *et al.* (2005), a dor também é geralmente classificada pelo local (cabeça, tórax, membros, etc.). Apesar da informação limitada fornecida por esta classificação, a localização é o ponto inicial mais frequente nas coletas de pacientes de dor e, desta forma, conveniente para uso clínico.

Já Cardoso (2009), no Manual de Cuidados Paliativos da ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos) apresenta a seguinte classificação da dor quanto aos mecanismos neurofisiológicos:

- **Nociceptiva:** quando existe a preservação das vias nociceptivas ocorre a dor somática; quando ativadas pelos nociceptores dos tecidos cutâneos ocorre a dor visceral, desencadeada nos tecidos profundos (quadro 1);
- **Neuropática ou não-nociceptiva:** quando a função ou estrutura das vias nociceptivas apresentam alguma alteração resultante de uma dor central ou de lesões no sistema nervoso periférico;
- **Psicogênica:** é originada de distúrbios psíquicos.

Quadro 1 – Tipos, subtipos e características da dor

TIPO	SUBTIPOS	CARACTERÍSTICAS	EXEMPLOS
Nociceptiva	Somática	Constante e bem localizada, que se exacerba com movimentos e alivia com o repouso	Osteoartrose, metástase óssea, infiltração de tecidos moles
	Visceral	Constante, aperto, mal localizada, associada a reações autonômicas (náuseas, sudorese)	Neoplasia e/ou metástases intra-abdominais
		Cólicas	Obstrução intestinal, cólica renal
Neuropática	Disestésica ¹	Ardência constante, hiperalgia ² ou alodínea ³	Radiculopatia por protrusão discal, neuropatia pós-quimioterapia/radioterapia
	Lancinante	Episódica, paroxismo tipo choque	Invasão de plexo braquial ou do trigêmeo

1. Sensação anormal ou desagradável, espontânea ou provocada; 2. resposta mais intensa a um estímulo que normalmente é doloroso; 3. quando um estímulo não-nocivo é percebido como dor.

Fonte: Adaptado de Pereira, 2006, apud CARDOSO, 2009, p. 89

O complexo sistema da dor pode ser dividido em nociceptores, tratos nociceptores ascendentes, centros mais elevados do sistema nervoso central (SNC) e sistemas

inibidores descendentes da dor. Os nociceptores são as terminações livres de fibras aferentes primárias que respondem aos estímulos dos diversos tecidos, transmitindo sinais químicos, mecânicos e térmicos através de uma sinapse com neurônios do corno dorsal. Esta sinapse é o ponto no qual as informações dolorosas são conduzidas pelos tratos espinotalâmico e espinohotalâmico aos centros superiores ou inibidas por ativação do sistema analgésico descendente (CARDOSO, 2009).

5.3 Epidemiologia da dor

Segundo Moreira Jr. e Souza (2003), o estudo da epidemiologia da dor se torna complexo a partir de alguns aspectos da definição da dor descrita pela IASP, principalmente quando se refere a “dano tecidual ou potencial”, impossibilitando o uso do teste objetivo decisivo como padrão ouro. O caráter subjetivo da dor é explicitado quando se fala em “experiências sensoriais e emocionais desagradáveis”.

A IASP (1986, p. 217) define dor crônica como “dor que persiste além do tempo normal de cura”, porém, este “tempo normal de cura” não tem o seu significado explicitado.

Ainda segundo a IASP (1986), a dor aguda é funcional e é uma resposta fisiológica ao dano tecidual, já a dor crônica ocorre através de mecanismos psicológicos e comportamentais, dando ao caráter subjetivo desta dor um grau maior de complexidade.

A dor crônica é uma das queixas mais frequentes de pacientes no cuidado primário, ainda que ambos os pacientes e provedores de saúde relatem baixa satisfação com o cuidado da dor crônica (UPSHUR, BACIGALUPE, LUCKMANN, 2010).

É difícil extrapolar dados com relação à dor aguda e à dor crônica porque existem fatores psicossociais complexos que podem piorar a dor crônica e contribuem para a incapacidade (APKARIAN, *et al.*, 2004).

Outros estudos têm sido feitos nas clínicas de dor multidisciplinares e para estados especializados de doença, tais como malignidade, mas não nos ambientes de cuidado primário (CLEELAND *et al.*, 1986; GREEN, *et al.*, 2003).

Os poucos estudos feitos nos ambientes de cuidado primário tem avaliado fatores tais como a cronicidade e severidade da dor, mas é incerto pelo fato de os atributos do paciente (como raça e gênero) poderem influenciar nesta questão (SUTHERLAND *et al.*, 1988; MÄNTYSELKA *et al.*, 2001).

Embora pacientes negros, mulheres e idosos relatem a dor diferentemente do que grupos de comparação nos ambientes clínicos e experimentais, não está claro se estes fatores contribuem para a discordância na avaliação da intensidade da dor (EDWARDS *et al.*, 2001; EDWARDS *et al.*, 2003).

5.4 Abordagens terapêuticas e manejo da dor

Em um estudo dos anos 1980 (FROLUND, FROLUND, 1986), a dor foi identificada como a razão por 22,0% das visitas a um clínico de cuidado primário. Este estudo dinamarquês foi baseado em uma amostra de **2.886** contatos paciente-médico com 26 clínicos em 1983. Isto esclareceu a importância da dor como a causa primária para visita ao físico de cuidado primário. Entretanto, ele não ofereceu dados com relação à dor como uma causa coexistente para uma visita ou limitação à atividade resultando em dor.

Um estimativa do estudo sugere que 13 a 46,0% da população adulta tenham experimentado dor crônica (BLYTH *et al.*, 2001; SMITH *et al.*, 2001), sendo uma das queixas mais comuns do paciente, ocorrendo nos ambientes de cuidado primário (GREEN *et al.*, 2001; UPSHUR, LUCKMANN, SAVAGUEAU, 2006).

Estudos têm mostrado que os clínicos relatam treinamento insuficiente no manejo da dor e classificam sua satisfação com o tratamento da dor crônica menor em

comparação com o tratamento da dor aguda, câncer, dor de doença terminal (GREEN, *et al.*, 2001; POTTER, *et al.*, 2001).

Os pacientes também estão insatisfeitos com o cuidado para a dor músculo-esquelética aguda e crônica. Em um estudo, apenas 9% dos pacientes com dor lombar relataram que o tratamento ajudou; apenas 29% estavam satisfeitos com seu último tratamento (McKINNON, *et al.*, 1997). Em outro estudo, apenas 18% classificaram o cuidado como “excelente” e somente 59% recomendariam o clínico aos amigos (CHERKIN, DEYO, BERG, 1991).

De acordo com Batista *et al.*, (2008), a dor é um dos principais motivos de consulta médica, principalmente na medicina familiar. Os custos para tratamento e gestão da dor são muito elevados, assim, a dor tem um impacto na saúde individual, na sociedade e na economia.

As situações de dor ao longo da vida de um indivíduo são numerosas, e isto faz com que a gestão da dor seja também responsabilidade do indivíduo e não exclusivamente do médico. A automedicação feita de forma consciente pode ser benéfica, deixando a sociedade mais participativa e responsável pela própria saúde, diminuindo o número de consultas, aliviando a pressão sobre o sistema de saúde e por consequência reduzindo os gastos com saúde (ALJINOVIC *et al.*, 2005).

Estudos internacionais mostram que os indivíduos se baseiam em informações incorretas quando fazem uma automedicação: uma grande parte da população considera os remédios mais caros como os mais eficientes, desconhece os efeitos secundários, não respeita as doses terapêuticas e utiliza os remédios fora da especificação (NJAH *et al.*, 2002; WILCOX *et al.*, 2005).

Muitas pesquisas na área da dor fazem uma relação com pacientes com câncer, uma vez que a qualidade de vida terminal destas pessoas é duramente afetada pelo sintoma da dor. Isto constitui um fator importante na relação do sofrimento com a doença (CARDOSO, 2009).

Estudos multicêntricos de controle da dor em pacientes com câncer concluem que o tratamento suficiente da dor é aplicado somente na metade destes pacientes. Já em pacientes portadores de HIV/SIDA, cerca de 60% a 100% sentirão dor em alguma fase da doença (BRENNAN *et al.*, 2007 apud CARDOSO, 2009).

Uma análise estatística qualifica a dor crônica como um problema de saúde pública importante que merece muita atenção, independentemente da origem que ocasionou a doença (quadro 2).

Quadro 2 – Prevalência de sintomas relatados retrospectivamente por cuidadores no último ano de vida dos pacientes

SINTOMA	CÂNCER (% da população)	NÃO-CÂNCER (%da população)
Dor	71	72
Dispneia	63	64
Tosse persistente	50	42
Xerostomia	43	34
Anorexia	33	21
Náuseas e vômitos	55	50
Constipação	65	69
Confusão mental	42	44
Insônia	44	45
Mau humor	67	73

Fonte: ADDINGTON-HALL *et al.* 1998, apud CARDOSO, (2009, p. 86)

O tratamento e controle da dor devem ocorrer após uma minuciosa avaliação das causas e efeitos na vida do paciente, a fim de se encontrar e identificar fatores desencadeantes e atenuantes, além dos psicossociais que podem influenciar em sua ocorrência. Nos cuidados primários deve ser estabelecida uma via clara de comunicação com o paciente para que a assistência seja mais efetiva. O apoio familiar é um pilar fundamental ao tratamento, principalmente no tocante à adesão, porque um tratamento (no caso a analgesia) insuficiente traz uma enorme sobrecarga física e psicológica para o paciente e sua família (CARDOSO, 2009).

Ainda segundo Cardoso (2009), a prática no ambiente hospitalar encontra diversas barreiras no manejo e controle da dor, dentre elas, a não aceitação do tratamento pelo paciente, a não prescrição de opioides por boa parte dos médicos e a ideia de que a dor é inevitável. E ainda é bom acrescentar, até mesmo antes da sintomatologia álgica do paciente, a falta de uma formação acadêmica relacionada com esta área.

O manejo da dor deve levar em consideração três aspectos, que inclusive, podem estar combinados:

- Identificação e tratamento da dor quando possível (quadro 3);
- Medidas não farmacológicas (quadro 4);
- Medidas farmacológicas.

Quadro 3 – Síndromes dolorosas relacionadas com o câncer e seu tratamento

Dor por infiltração direta	Dor relacionada com o tratamento	Dor não relacionada com a doença
Infiltração óssea 1. Dor da base do crânio 2. Dor do corpo vertebral 3. Síndrome do sacro 4. Lesão de ossos longos	Pós-operatória 1. Dor pós-toracotomia 2. Dor em membro fantasma	Neuropatia diabética
Infiltração visceral 1. Pleural 2. Hepática 3. Peritoneal 4. Pancreática	Pós-quimioterapia 1. Neuropatia 2. Mucosite 3. Cistite 4. Neuralgia pós-herpética 5. Artralgias e mialgias	Artrites, gotas e artrose
Infiltração de vasos 1. Arterial 2. Venoso 3. Linfático	Pós-radioterapia 1. Mucosites 2. Esofagites 3. Proctites 4. Queimaduras	Lombalgias 1. Enfermidade degenerativa discal
Infiltração de nervos 1. Plexo braquial 2. Plexo lombar 3. Plexo sacral 4. Epidural 5. Meníngea		

Fonte: BONILLA *et al.*, (2003) apud CARDOSO (2009, p. 91)

Quadro 4 – Exemplos de abordagens de tratamento não farmacológico

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

- Técnicas de relaxamento, distração e imaginação dirigida
- Terapia física por aplicação de calor em casos de espasmos musculares e artralguas
- Terapia física por aplicação de frio em casos de dor musculoesquelética, contusão e torção
- Acupuntura em caso de dor devida a espasmos musculares, disestesias e nevralgias
- Massoterapia nos casos em que se desejam relaxamento muscular e sensação de conforto
- Neuroestimulação elétrica transcutânea (TENS) em casos de dor por compressões tumoral nervosa, óssea e em região de cabeça e pescoço

Fonte: LUND; COX (2005) *apud* CARVALHO (2009, p. 91)

5.5 Protocolos e algoritmos de abordagem na atenção primária à dor

Twycross (2003) *apud* Cardoso (2009) apresenta uma estratégia de base científica para o adequado controle da dor, que se resume na sigla “EEMMA”:

- **E**volução da dor;
- **E**xpliação da causa;
- **M**anejo terapêutico;
- **M**onitoração do tratamento;
- **A**tenção aos detalhes.

As experiências individuais de cada pessoa induzem à subjetividade de resposta em relação à dor, que podem ser afetivas e cognitivas. Para tal, é necessário um conhecimento do termo “dor total” que é explicado por Twycross (2003) na figura 1.

As diversas dimensões indissociáveis são todas importantes nas dimensões do sofrimento humano e devem ter atenção especial no alívio adequado da dor.

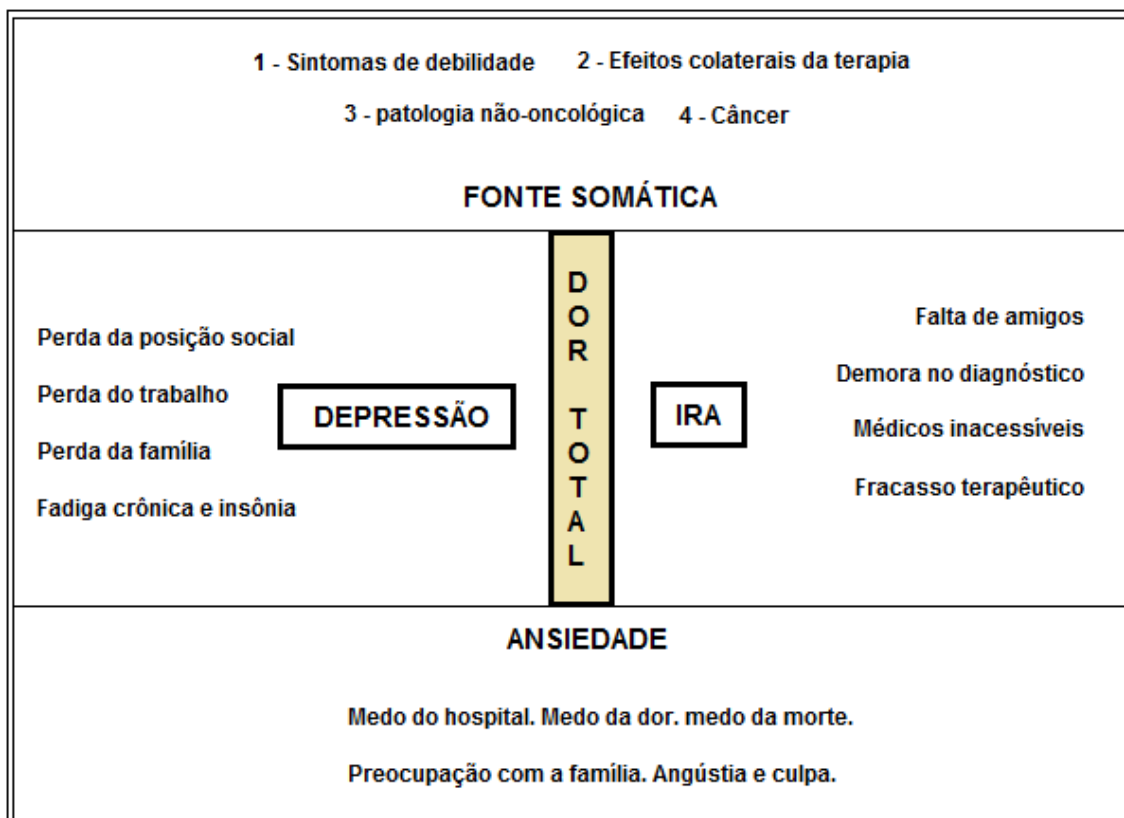


Figura 1 – Esquema de Twycross
 Fonte: CARDOSO (2009), p. 89

Segundo Cardoso (2009), quatro aspectos básicos na evolução da dor devem ser estrategicamente identificados:

- A causa da dor;
- O mecanismo da dor (Quadro 1);
- Os fatores não físicos envolvidos com a expressão da dor;
- A discriminação detalhada da dor – localização, duração, irradiação, fatores temporais de agravamento e alívio, impactos no sono e na capacidade funcional e intensidade (0-10).

A avaliação da intensidade da dor é feita através de uma referência do próprio paciente. São sugeridas as escalas uni e multidimensionais para a avaliação. A escala visual analógica (EVA) é mais utilizada por ser considerada sensível, simples,

reproduzível e universal, podendo ser compreendida em diversas situações e em diferentes culturas, independente da linguagem do avaliador. O método é autoavaliativo e é representado por uma linha reta de 10 cm, sendo que um dos extremos é representado pela ausência de dor (0) e a dor insuportável no outro extremo (10) (figura 2).

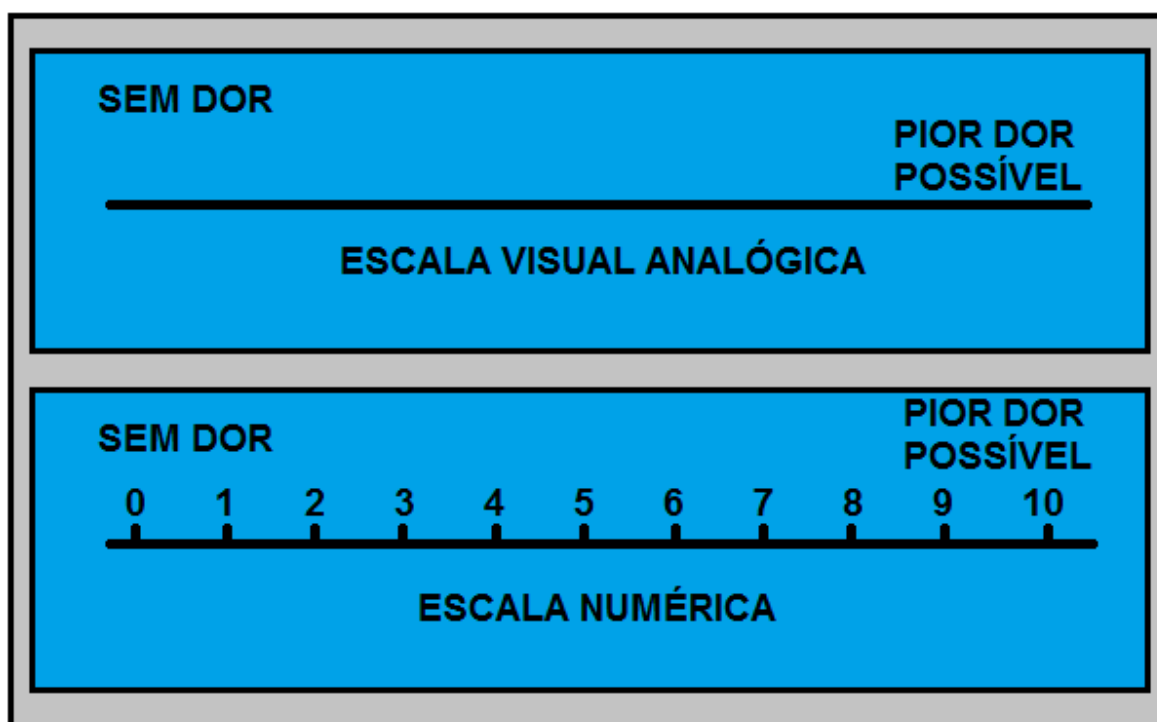


Figura 2 – Escalas visual analógica e de categoria numérica

Fonte: CARDOSO (2009, p. 90)

O paciente deve marcar sobre a linha a posição mais aproximada em relação à intensidade de sua dor e é utilizada a escala numérica para sua classificação. Quando a marcação se encontra entre os números 1 e 3, a dor é considerada leve; a marcação entre 4 e 7 dá à dor a intensidade de moderada; e de 8 a 10 a dor é qualificada como severa. Este registro deve incluir também quando a dor é aliviada ou exacerbada. Portanto, pacientes e familiares devem ser treinados para utilização das escalas de avaliação da dor (CARDOSO, 2009).

O controle da dor pode ser feito através de tratamentos paliativos modificadores de doença, por exemplo, em uma dor localizada por fratura patológica os sintomas

dolorosos podem ser controlados através de uma fixação cirúrgica da fratura (CARDOSO, 2009).

A terapia medicamentosa ocorre a partir da combinação de três grupos farmacológicos: analgésicos não-opioides, analgésicos opioides e as drogas adjuvantes (coanalgésicos).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um modelo clínico para o tratamento da dor oncológica, sendo um modelo muito eficaz, validado e aceito mundialmente, embasado em seis princípios (OMS, 1996):

- Pela boca – a via oral deve ser usada sempre que possível;
- Pelo relógio – regulamentar horário e não apenas em doses “se necessário”;
- Para o indivíduo – de acordo com as necessidades específicas do paciente;
- Uso de coanalgésicos ou adjuvantes;
- Atenção aos detalhes;
- Pela escada analgésica (figura 3).

Esse algoritmo trata a dor conforme uma escala ascendente de potência medicamentosa em relação à sua intensidade.

As drogas analgésicas aumentam sua potência, iniciando com os analgésicos não-opioides, englobando os antipiréticos (dipirona, paracetamol), os anti-inflamatórios não hormonais e coxibes na dor leve, passando pelos opioides fracos na dor moderada e opioides fortes, como a morfina, nas dores severas (CARDOSO, 2009, p. 92).

Em um trabalho com pacientes terminais Marinaangeli *et al.* (2004) avaliou a eficácia do modelo de escada analgésica e concluiu que quando se utilizam opioides potentes em dores com escores inferiores a 6 na EVA, obtêm-se maior alívio da dor, sugerindo que opioides como a morfina podem ser iniciados nas dores leves e moderados, em baixas doses, em substituição aos opioides fracos.

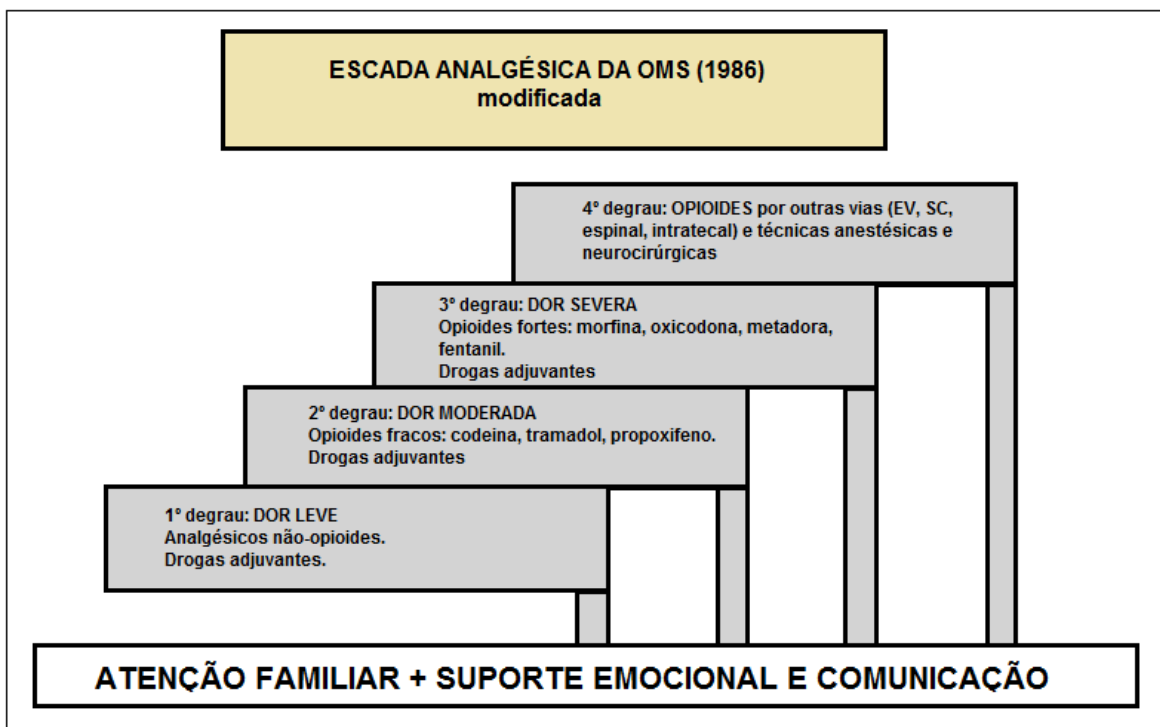


Figura 3 – Escada analgésica da OMS, modificada.

Fonte: OMS (1996)

É importante monitorar o tratamento para se obter a avaliação da eficácia terapêutica, bem como identificar uma possível progressão da doença, tipo e padrão temporal da dor, desenvolvimento de tolerância aos medicamentos, aparecimento de efeitos não desejáveis e intratáveis para um possível rodízio nos opioides (CARVALHO, 2009).

6.6 Dor: indicativos para intervenção no nível da atenção primária à saúde e no âmbito de trabalho da equipe de saúde da Família

Um estudo da OMS no cuidado primário tem demonstrado que a dor persistente é comum nos pacientes do cuidado primário (GUREJE *et al.*, 1998). Embora o problema seja extenso e caro, poucos estudos têm tentado focar especificamente os vários aspectos da dor, tanto no cuidado primário à saúde quanto no ambiente familiar. Apesar disso, mais informações detalhadas sobre a significância de problemas de dor no cuidado primário são necessárias para o manejo dos recursos do cuidado à saúde e educação dos profissionais médicos.

Em seus estudos, Mäntyselkä *et al.* (2001) obtiveram resultados que identificaram a dor como um problema de cuidado de saúde importante. Até 40% das visitas a um clínico de cuidado primário na Finlândia podem ser atribuídas ao manejo da dor. Mais atenção deveria ser dada no cuidado primário para a identificação de problemas de dor, do entendimento das suas etiologias, manejo e prevenção para impedir que a dor se torne crônica e cause incapacidade.

O objetivo do cuidado primário é abordar os problemas de saúde mais comuns dos pacientes e lidar com o cuidado especializado de uma maneira responsável e custo-efetiva. O cuidado primário também procura ser altamente acessível fornecendo serviços variando da intervenção precoce à continuidade de longo prazo do cuidado (OTIS; MACDONALD; DOBSCHA, 2006).

Ainda segundo Otis, MacDonald e Dobscha (2006), embora a maioria dos episódios de dor aguda se resolva sem tratamento, há uma pequena porcentagem de pacientes para os quais a dor recorre em uma base intermitente ou se torna uma condição crônica. Estes indivíduos geralmente reportam que a dor interfere em sua habilidade de participar de atividades ocupacionais, sociais ou recreacionais; contribui para aumento do isolamento e humor negativo (por exemplo, sentimentos de falta de sorte e depressão) e resulta em falta de condicionamento físico. Todos estes fatores adicionados à complexidade do problema tornam-se um desafio aos fornecedores de cuidado primário, que se esforçam para reduzir a dor e o sofrimento.

A integração e coordenação dos serviços psicológicos nos ambientes de cuidado primário são de importância particular para os pacientes que estão enfrentando a angústia, incapacidade e interferência associadas com a dor crônica. Ultimamente, entre os objetivos futuros no nosso campo deveriam contar a promoção de maior aceitação dos serviços psicológicos no cuidado primário para esclarecer os benefícios aos pacientes e fornecedores quando o cuidado é bem integrado e coordenado e, mais importante, para melhorar o resultado do paciente (OTIS, MACDONALD e DOBSCHA, 2006).

A pesquisa clínica tem demonstrado que a terapia comportamental e cognitiva pode ser benéfica aos pacientes com dor crônica se eles estiverem empenhados no processo da terapia. Porém, pacientes que não estão empenhados no tratamento ou não estão convencidos de que o investimento de seu tempo compensará no final serão menos propensos a seguir com o plano de tratamento e mais propensos a largarem o tratamento depois das primeiras sessões. Para os terapeutas, os pacientes devem apresentar uma razão clara e convincente para o tratamento, colaborando com sua participação efetiva no intuito de se obter bons resultados. É importante que o terapeuta invista seu tempo investigando artigos-chave e capítulos relacionados ao manejo da dor, revendo os materiais de tratamento antes de cada sessão. A leitura e a realização de perguntas ao cuidador do paciente possibilitarão que os terapeutas ganhem conhecimento para o manejo da dor e capacidade em responder às perguntas do paciente, aprimorando as habilidades específicas que eles têm a oferecer a eles (OTIS, MACDONALD e DOBSCHA, 2006).

Ainda segundo esses autores, em resumo, a integração e coordenação dos serviços psicológicos nos ambientes de cuidado primário são de suma importância para os pacientes que estão enfrentando a angústia, incapacidade e interferência associadas com a dor crônica. Entre os objetivos futuros nesta área, esforços no sentido de promover maior aceitação dos serviços psicológicos no cuidado primário trariam grandes benefícios aos pacientes e suas famílias, resultando em melhora do paciente.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a revisão da literatura, pôde-se concluir que:

- A dor é uma experiência individual e só tem como avaliar sua intensidade com a cooperação do paciente;
- A percepção corporal da dor é denominada nocicepção;
- A dor pode ser classificada como somática, visceral e neuropática;
- Para o tratamento da dor, a cooperação do paciente é responsável por diminuir a sobrecarga física e psicológica do mesmo;
- O objetivo do cuidado primário é abordar os problemas de saúde mais comuns dos pacientes e cuidar destes problemas da maneira mais efetiva possível.

Finalizando, este estudo certamente irá contribuir para a minha prática profissional na equipe de saúde da família e as evidências nos mostraram ser um evento comum na APS e com possibilidade de seguimento neste nível de atenção

REFERÊNCIAS

- ADDINGTON-HALL, J.; FAKHOURY, W. McCARTHY, M. Specialist palliative care in nonmalignant disease. **Pall Med**, v. 12: p. 417-27, 1998, apud CARDOSO, 2009.
- ALJINOVIC, V. *et al.* Content of home pharmacies and self-medication practices in households of pharmacy and medical students in Zagreb, Croatia: findings in 2001 with a reference to 1977. **Croat Med J**, v. 46, n. 1: p. 74-80, 2005.
- APKARIAN, A.V. *et al.* Chronic pain patients are impaired on an emotional decision-making task. **Pain**. V. 108, ns. 1-2: p. 129-136, 2004.
- BATISTA, S. *et al.* Gestão terapêutica dos episódios de dor aguda autolimitada em utentes de um centro de saúde. **Rev. Port Clin Geral**, n. 24: p. 463-71, 2008.
- BLYTH, F.M. *et al.* Chronic pain in Australia: A prevalence study. **Pain**, n. 80: p. 27-134, 2001.
- BONILLA, P.; MONTANEZ, A.; QUIROZ, C. Manejo de sintomas em el paciente oncológico em una unidad de cuidados paliativos. **Rev. Venezolana de Anestesiología**, v. 8: p. 43-6, 2003, apud CARDOSO, 2009.
- BRENNAN, F. *et al.* **Pain management: a fundamental human right**. Pain Medicine – Section Editor: Review Article, v. 105, n. 1, 2007
- CARDOSO, M.G.M. **Controle da dor**. Manual de Cuidados Paliativos – Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.
- CHERKIN, D.; DEYO, R.A.; BERG, A.O. Evaluation of a physician education intervention to improve primary care for low-back pain II. Impact on patients. **Spine**, n. 16: p. 1173-8, 1991.
- CHONG, M.S.; BAJAWA, Z.H. Diagnosis and Treatment of Neuropathic Pain. **J Pain Symptom Manage**, v. 5, n. 1: p. 4S–11S, 2003.
- CLEELAND, C.S. *et al.* Factors influencing physician management of cancer pain. **Cancer**, v. 58, n. 3: p. 796-800, 1986.
- COLE, B.E. Pain Management: Classifying, Understanding and Treating Pain. **Hospital Physician**, n. 38: p. 23-30, 2002.
- CRAIG, A.D. Interoception: the sense of the physiological condition of the body. **Curr Opin Neurobiol**, n. 13: p. 500–5, 2003.
- CROOK, J.; RIDEOUT, E.; BROWNE, G. The prevalence of pain complaints in a general population. **Pain**, n. 18: p. 299-314, 1984.
- DAVIS, M.P.; WALSH, D. Cancer pain: how to measure the fifth vital sign. **Cleve Clin J Med**, v. 71, n. 8: p. 625-632, 2004.

EDWARDS, R.R. *et al.* Pain tolerance as a predictor of outcome following multidisciplinary treatment for chronic pain: differential effects as a function of sex. *Pain*. 2003;106(3):419-426.

EDWARDS, R.R. *et al.* Ethnic differences in pain tolerance: clinical implications in a chronic pain population. **Psychosom Med**, v. 63, n. 2: p. 316-323, 2001.

FISHMAN, P.; VON KORF, M., LOZANO, P.; HECHT, J. Chronic care costs in managed care. **Health Aff**, v. 16, n. 3: p. 239, 1997.

FROLUND, F.; FROLUND, C. Pain in general practice. **Scand J Prim Health Care**, n. 4: p. 97-100, 1986.

GALLAGHER, R.M. Limbically Augmented Pain Syndrome: An Explanatory Model for Pain, Mood and Experience. **Pain Med**, n. 1: p. 2-4, 2000.

GREEN, C.R.; WHEELER, J.R.C.; MARCHANT, B.; LAPORTE, F.; GUERRERO, E. Analysis of the physician variable in pain management. **Pain Med**, n. 2: p. 17-327, 2001.

GUREJE O, VON KORF F.M.; SIMON G.E.; GATER R. Persistent pain and well-being, a World Health Organization study in primary care. **J Am Med Assoc**, n. 280: p. 147-151, 1998.

IASP - International Association for the Study of Pain. **Pain**, v. 3, Suppl:1-225, 1986.

IASP. International Association for the Study of Pain. How Prevalent is Chronic Pain? **Pain Clin Updates**, N. 11: P. 1-4, 2003.

KIND, P.; DOLAN, P.; GUDEX, C.; WILLIAMS, A. Variations in population health status: results from a United Kingdom national questionnaire survey. **Br Med J**, n. 316: p. 736-740, 1998.

KOLEVA, D. *et al.* Pain in primary care: an italian survey. **European Journal of Public Health**, v. 15, n. 5: p. 475-479, sep., 2005.

LUND, S.; COX, S. Palliative care. In: HOLDCROFT, A.; JAGGAR, S. Core topics in pain. **Cambridge University Press**, p. 317-21, 2005.

MACIEL, M.G.S. A dor crônica no contexto dos cuidados paliativos. **Revista Prática Hospitalar**, v. 5, n. 35, set./out., 2004.

MÄNTYSELKÄ, P. *et al.* Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. **Pain**, n. 8: p. 175-180, 2001.

MARINAANGELI, F. *et al.* Use of strong opioids in advanced cancer pain: a randomized trial. **J Pain Symptom Manage**, v. 27, n. 5: p. 409-16, 2004.

MCKINNON, M.E *et al.* Community studies of the health service implications of low back pain. **Spine**, n. 22: p. 2161-6, 1997.

MERBOTH, M.K, BARNASON, S. Managing pain: the fifth vital sign. **Nurs Clin North Am**, v. 35, n. 2: p. 375-383, 2000.

MERSKEY, H.; BOGDUK, N. **Classification of chronic pain**, 2nd edition. Seattle: IASP, p. 209–14, 1994.

MOREIRA JR., E.D.; SOUZA, M.C. Epidemiologia da dor crônica e dor neuropática: desenvolvimento de questionário para inquéritos populacionais. **RBM – REV. BRAS. MED**, v.60, n. 8: p. 610-615, 2003.

NIELSON, R. The concept of Pain. **Clin J Pain**, v. 17, Suppl 4: p. 5–7, 2001.

NJAH, M. *et al.* Attitudes et pratiques de la population du Sahel Tunisien à l'égard de l'usage des médicaments. **Tunis Med**, v. 80, n. 5: p. 249-54, 2002.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cancer pain relief and palliative care**. Technical report series 840. Geneva: WHO, p. 15, 1996.

OTIS, J.D.; MACDONALD, A.; DOBSCHA, S.K. Integration and coordination of pain management in primary care. **Journal of clinical psychology**, v. 62, n. 11: p. 1333-1343, 2006.

PEREIRA, J.L. **Gestão da dor oncológica**. In: BARBOSA, A., NETO, I. Manual de cuidados paliativos. Lisboa, p. 61-113, 2006.

POTTER, M. *et al.* Opioids for chronic nonmalignant pain: Attitudes and practices of primary care physicians in the UCSG/ Stanford Collaborative Research Network. **J Fam Pract**, n. 50: p. 145–51, 2001.

PRICE, D.D. **Psychological mechanisms of pain and analgesia**. Seattle: IASP, 1999.

RESNIK, D.B.; REHM, M.; MINARD, R.B. The undertreatment of pain: scientific, clinical, cultural, and philosophical factors. **Med Health Care Philos**, v. 4, n. 3: p. 277-288, 2001.

ROME, H.P.; ROME, J.D. Limbically Augmented Pain Syndrome (LASP): Kindling Corticolimbic Sensitization and the Convergence of Affective and Sensory Symptoms in Chronic Pain Disorders. **Pain Med**, n. 1: p. 7–23, 2000.

SMITH, B.H. *et al.* The impact of chronic pain in the community. **Fam Pract**, n. 18: p. 292-9, 2001.

SMITH, B.H.; HOPTON, J.L.; CHAMBERS W.A. Chronic pain in primary care. **Fam Pract**, n. 16: p. 465-82, 1999.

STERNBACH, R. Survey of pain in The United States: the Nuprin pain report. **Clin J Pain**, n. 2: p. 49-53, 1986.

SULLIVAN, M.D.; TURNER, J.A.; ROMANO, J. Chronic pain in primary care. Identification and management of psychosocial factors. **J Fam Pract**, n. 32: p. 193-9, 1991.

SUTHERAND, J.E., *et al.* Differences and similarities between patient and physician perceptions of patient pain. **Fam Med**, v. 20, n. 5: p. 343-346, 1988.

TWYXCROSS, R. **Introducing palliative care**. 4^a Ed. Radcliff Med Press, p. 4-8, 2003, apud CARDOSO, 2009.

UPSHUR, C. ; LUCKMANN, R.S.; SAVAGUEAU, J.S. **Primary care provider concerns about management of chronic pain in community clinic populations.** **J Gen Intern Med**, n. 21: p. 652-5, 2006.

UPSHUR, C.C.; BACIGALUPE, G.; LUCKMANN, R., "They Don't Want Anything to Do with You": Patient Views of Primary Care Management of Chronic Pain. **Pain Medicine**, N. 11: P. 1791-1798, 2010.

VON KORFF, M. *et al*, An epidemiological comparison of pain complaints. **Pain**, n. 32: p. 173-183, 1988.

WEI, F. *et al.* Genetic elimination of behavioral sensitization in mice lacking calmodulin-stimulated adenylyl cyclases. **Neuron**, n. 36: p. 713-26, 2002.

WILCOX, C.M. *et al.* Patterns of use and public perception of over-the-counter pain relievers: focus on nonsteroidal anti-inflammatory drugs. **J Rheumatol**, v. 32, n. 11: p. 2218-24, 2005.

WOOLF, C.J. Pain. **Neurobiol Dis**, n. 7: p. 504-10, 2000.