



UAlg

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

***A DOR NO DOENTE
ONCOLÓGICO***

Adriana Isabel Santos Raimundo

Dissertação

Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Prof.^a Doutora Isabel Maria Pires Sebastião Ramalhinho

Prof. Doutor João Pedro Fidalgo Rocha

2014



UAlg

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

***A DOR NO DOENTE
ONCOLÓGICO***

Adriana Isabel Santos Raimundo

Dissertação

Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Prof.^a Doutora Isabel Maria Pires Sebastião Ramalhinho

Prof. Doutor João Pedro Fidalgo Rocha

2014

A dor no doente oncológico

Dissertação do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas – Universidade do Algarve

A dor no doente oncológico

Declaração de autoria de trabalho

Declaro ser autora deste trabalho que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

A Aluna,



(Adriana Raimundo)

© A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

Agradecimentos

Ao terminar esta etapa, que exigiu um enorme esforço e dedicação pessoais, tenho que agradecer o apoio de determinados elementos que constituíram o pilar que me permitiu alcançar os objetivos que desde cedo tracei.

Agradeço aos meus pais todo o apoio e carinho que sempre me deram ao longo do meu percurso académico bem como em todas as restantes fases da minha vida e do meu crescimento pessoal, e que me permitiram traçar o meu futuro. Obrigada por me terem sempre mostrado o verdadeiro valor das coisas que alcançamos e por constituírem um grande exemplo de pessoas, pais e amigos.

Para o Nuno esgotam-se as palavras. A sua compreensão, conhecimentos e inteligência aliadas à sua generosidade e carinho classificam-no como um ser humano exemplar, que tanto contribuiu para o sucesso do meu percurso académico.

Aos meus amigos, agradeço toda a amizade e força partilhadas ao longo destes anos e a compreensão e apoio nos momentos mais difíceis, porque em todas as fases da vida a companhia é um fator de grande preponderância nas escolhas que fazemos.

À professora Doutora Isabel Ramalinho, um sentido agradecimento pelo seu conhecimento e capacidade de transmiti-lo aos seus alunos. Fico sinceramente grata pela sua disponibilidade, atenção, apoio e amizade prestados ao longo dos dois últimos anos do curso e durante o desenvolvimento desta dissertação.

Ao professor Doutor João Rocha agradeço a disponibilidade, apoio, atenção e ensinamentos que proporcionou ao longo das suas aulas e durante a realização desta dissertação.

O meu profundo Obrigada a todos os que contribuíram direta e indiretamente para a minha realização académica e pessoal.

Resumo

A dor é reconhecida como uma das maiores ameaças à qualidade de vida dos doentes oncológicos, sendo o seu tratamento uma das prioridades a considerar nos cuidados de saúde prestados a estes indivíduos.

Em oncologia, a dor pode estar associada à progressão da neoplasia, derivar do seu tratamento, ou não ter relação com a doença e, em geral, é interpretada como um agravamento do prognóstico e, conseqüentemente, com o aproximar da morte. Torna-se, assim, imperativo que exista um acesso apropriado ao doente oncológico, de forma a avaliar convenientemente a intensidade da sua dor. Só assim se pode instituir a terapêutica mais adequada, logo que sejam reportadas queixas álgicas.

As opções atualmente disponíveis para o tratamento farmacológico são diversas e incluem fármacos analgésicos não opioides, opioides e adjuvantes. No entanto, apesar do abundante arsenal terapêutico disponível, é necessário que exista uma perfeita integração entre os profissionais de saúde, para que daí resulte uma abordagem multidisciplinar que permita trazer ao doente o maior conforto possível.

Uma vez que, cada vez mais, as sociedades evoluem no sentido de otimizar a qualidade de vida das populações, torna-se necessário compreender a dimensão da problemática da dor oncológica na sociedade, para se poder continuar a evoluir técnica e cientificamente. Com esta dissertação pretende-se compreender os mecanismos fisiológicos responsáveis pela manifestação desta experiência dolorosa, sistematizar os métodos que permitem avaliá-la e tratá-la e, ainda, explorar e sugerir novas perspetivas acerca do tema, numa vertente exclusivamente farmacológica.

Para isso, a autora predispõe-se a uma análise crítica da realidade clínica da dor oncológica, tendo por base uma revisão bibliográfica acerca da temática e privilegiando a interpretação da mesma.

Palavras-chave: *Dor, cancro, analgésicos, opioides, qualidade de vida, cuidados paliativos*

Abstract

Pain is recognized as a major threat to the quality of life of cancer patients, and its treatment is a priority that we have to take into account in the health care provided to these individuals.

In oncology, pain may be associated with disease progression, be caused by its treatment, or have no relation with the disease and, in general, it is interpreted as a worsening of the prognosis and, consequently, with the proximity of death. Thus, it becomes imperative that there is an appropriate access to oncology patients in order to properly assess the intensity of their pain. Thus it will be possible to implement the most appropriate treatment as soon as the patient feels pain.

The options currently available for the pharmacological treatment are diverse and include non-opioid analgesics, opioids and adjuvants. However, despite the abundant therapeutic tools available now, there must be a seamless integration between health professionals, so that it results in a multidisciplinary approach to bring the patients the comfort they really need.

Since societies evolve towards optimizing the quality of life of populations, it is necessary to understand the scale of the problem of cancer pain in society, in order to continue to evolve technically and scientifically. With this dissertation, the author aims to understand the physiological mechanisms responsible for the manifestation of this painful experience, addressing the methods of evaluating it and treating it, and also explore and suggest new pharmacological perspectives on the topic.

For this, the author predisposes to a critical analysis of the clinical reality of cancer pain, based on a literature review on the subject and focusing on its interpretation.

Keywords: *pain, cancer, analgesics, opioids, quality of life, palliative care.*

Índice Geral

1. Introdução	1
2. A dor oncológica	5
2.1 Enquadramento histórico	5
2.2 Reconhecimento da importância da dor oncológica em Portugal	7
2.3 Definição de dor	9
2.4 Fisiologia da dor	10
2.5 Causas e Classificação	12
2.5.1 Classificação da dor quanto à sua duração	13
2.5.2 Classificação da dor quanto à sua patogénese.....	14
2.6 Repercussões na qualidade de vida do doente	15
3. Avaliação da dor	19
3.1 Instrumentos de avaliação	22
3.1.1 Escalas unidimensionais	24
3.1.2 Escalas multidimensionais	26
3.2 Em grupos populacionais com características especiais	28
3.2.1 Crianças	28
3.2.2 Idosos incapazes de comunicar	31
4. Tratamento farmacológico da dor oncológica	33
4.1 Escada Analgésica da Organização Mundial de Saúde.....	34
4.1.1 Dor ligeira	38
4.1.2 Dor moderada	40
4.1.3 Dor severa	43
4.2 Terapêutica com opioides.....	45
4.2.1 A seleção do opioide.....	47
4.2.2 Titulação da dose	48
4.2.3 Vias de administração	49
4.3 Principais efeitos secundários da terapêutica com opioides	52
4.3.1 Obstipação	52
4.3.2 Depressão respiratória	53
4.3.3 Náuseas e vômitos	53
4.3.4 Sedação e alterações cognitivas.....	54
4.3.5 Dependência e tolerância.....	55
4.4 Analgésicos adjuvantes.....	55
4.5 Perspetivas terapêuticas futuras.....	57
5. Cuidados paliativos e sedação paliativa.....	61

A dor no doente oncológico

Dissertação do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas – Universidade do Algarve

5.1 Conceito, objetivos e sua importância.....	61
5.3 Dor oncológica e sedação paliativa.....	64
5.2 Enquadramento ético e legal em Portugal.....	66
6. Conclusão.....	69
7. Referências bibliográficas.....	72

Índice de figuras

Figura 1.1 - Distribuição do número estimado de novos casos de cancro diagnosticados na Europa, em 2012, no sexo masculino (A) e no sexo feminino (B).	2
Figura 1.2 – Proporção de óbitos por algumas causas de morte em Portugal (1960-2012).	3
Figura 2.1- Interferência causada pela dor, em função da sua intensidade, nas atividades diárias e na qualidade de vida de um doente oncológico.	17
Figura 3.1 - Escala Visual Analógica.	24
Figura 3.2- Escala Numérica.	25
Figura 3.3 - EscalaQualitativa.	25
Figura 3.4 - Escala de Faces.	26
Figura 3.5 - Faces Pain Scale – Revised.	30
Figura 3.6 - Escala de Faces de Wong-Baker.	31
Figura 4.1 – Escada Analgésica da Organização Mundial de Saúde.	35
Figura 4.2 – Representação esquemática de um episódio de dor irruptiva.	49
Figura 4.3- Representação esquemática de um corte histológico da pele, ilustrando os processos que ocorre desde a penetração do fármaco no estrato córneo até à sua chegada à corrente sanguínea.	50
Figura 4.4 - Dispositivo intratecal de administração de fármacos.	59
Figura 5.1 - Cuidados paliativos durante o processo evolutivo da doença oncológica.	63

Índice de quadros

Quadro 2.1: Principais fatores causais da dor oncológica.....	13
Quadro 3.1: Instrumentos de avaliação da dor recomendados para utilização em idade pediátrica.....	29
Quadro 4.1: Lista de fármacos recomendada pela NCCN para alívio da dor oncológica, em função das diferentes intensidades com que esta se pode manifestar.....	34
Quadro 4.2: Categorização da intensidade da dor em função da avaliação da sua intensidade através da Escala Numérica, e respetiva terapêutica farmacológica a instituir.....	37
Quadro 4.3: Posologia dos principais analgésicos não-opioides utilizados no controlo da dor oncológica.....	40
Quadro 4.4: Efeitos dos analgésicos opioides ao atuarem nos diferentes recetores opioides.....	41
Quadro 4.5: Analgésicos adjuvantes utilizados no tratamento da dor oncológica.....	56

Lista de abreviaturas

AINE	Anti-inflamatório não esteroide
APCP	Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos
APED	Associação Portuguesa para o Estudo da Dor
COX	Cicloxygenase
DGS	Direção-Geral da Saúde
EAPC	<i>European Association for Palliative Care</i>
EF	Escala de Faces
EMA	<i>European Medicine Agency</i>
EN	Escala Numérica
EQ	Escala Qualitativa
ESMO	<i>European Society for Medical Oncology</i>
EVA	Escala Visual Analógica
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
FLACC	<i>Face, Legs, Activity, Cry, Consolability</i>
FLACC – R	<i>Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised</i>
FPS-R	<i>Faces Pain Scale – Revised</i>
IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
LOX	Lipoxigenase
NCCN	<i>National Comprehensive Cancer Network</i>
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PGs	Prostaglandinas
PENPCDor	Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor
PNCD	Programa Nacional de Controlo da Dor
PNLCD	Plano Nacional de Luta Contra a Dor
RNCP	Rede Nacional de Cuidados Paliativos
SNC	Sistema Nervoso Central

“Divino é o trabalho de aliviar a dor.”

Hipócrates

1. Introdução

O aumento da longevidade e o resultante incremento da prevalência das doenças crónicas assume uma dimensão cada vez maior em termos de saúde pública. Se, por um lado, os avanços técnicos e científicos na área da saúde têm proporcionado uma vida mais longa, é igualmente verdade que adicionar mais anos à vida tem contribuído para o aparecimento de doenças crónicas e degenerativas, as quais teriam menor propensão para desenvolver-se em indivíduos que não conseguissem atingir uma Esperança de Vida à Nascimento bastante considerável e que, na Europa, em 2012, foi de 80,6 anos de idade ¹.

O cancro é uma das doenças crónicas cuja incidência e prevalência tem vindo a aumentar nas últimas décadas, essencialmente nos países industrializados. Vista até meados do século XX como uma doença fatal que conduziria a uma vida envolta em sofrimento, físico e psicológico, e que, inevitavelmente, levaria à morte, fez perpetuar o aparecimento de “eufemismos” que pudessem substituir a dura palavra “cancro”, tornando bastante evidente o fatalismo que ainda hoje lhe está associado. Contudo, a deteção precoce da doença, associada a tratamentos cada vez mais eficazes, conduziram a uma alteração no decurso da mesma, permitindo a um crescente número de pessoas sobreviver ao cancro e viver para além dele por muitos anos ².

Se em algumas situações é possível obter a cura (como, por exemplo, o cancro da mama em fase precoce), outras, infelizmente, são ainda extremamente graves e fatais, podendo ser referido, a título de exemplo, o tumor anaplásico da tiroide ².

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em todo o mundo, no ano 2012, foram diagnosticados 14.090 milhões de novos casos de cancro, dos quais 7.427 milhões ocorreram em homens, e 6.663 em mulheres. Os indivíduos do sexo masculino revelaram ser mais propensos a desenvolver um cancro antes dos 75 anos de idade, comparativamente às mulheres, e as previsões apontam para um aumento do número de novos diagnósticos de doença oncológica nos próximos anos ³.

Nos países da Europa, o cancro mais comum é o da mama, ao qual se sucedem o cancro do cólon e reto, o cancro da próstata e o cancro do pulmão e que, no seu conjunto, representam cerca de metade de todas as neoplasias nos países europeus ³.

Na figura 1.1 encontram-se representados os principais locais anatómicos onde foram diagnosticadas neoplasias nos países europeus, no ano de 2012, em ambos os sexos, sendo

possível verificar que, no caso dos homens, a próstata constitui o principal local ao nível do qual a patologia se desenvolve, seguindo-se o pulmão, o cólon e reto e a bexiga. Contrariamente, nas mulheres é principalmente a mama que continua a constituir o principal local onde a patologia tem origem, seguindo-se, por ordem decrescente de incidência, o cólon e reto, o pulmão e o útero.

Novos casos de cancro na Europa, em 2012

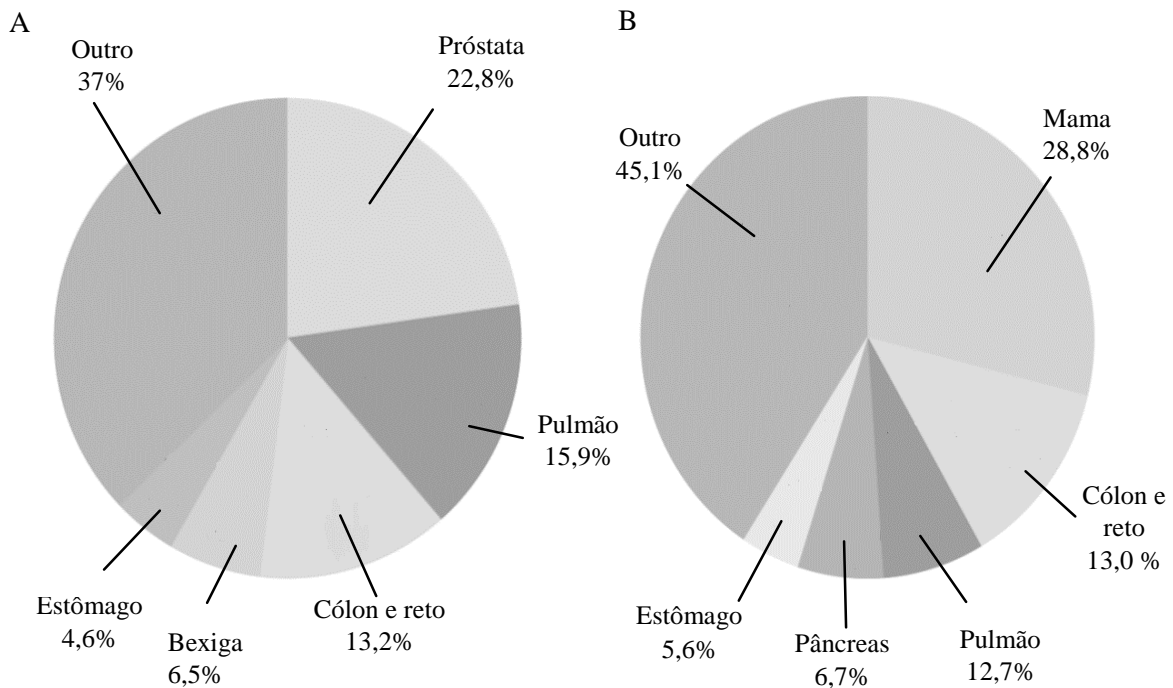


Figura 1.1 - Distribuição do número de novos casos de cancro diagnosticados na Europa, em 2012, no sexo masculino (A) e no sexo feminino (B). Adaptado de Ferlay *et al.*³

Portugal, à semelhança dos países europeus, apresenta uma elevada incidência de doença oncológica. De facto, no nosso país, os óbitos devidos ao cancro ocupam já a segunda posição entre as principais causas de morte, e a sua tendência, até 2012, manteve-se crescente⁴. Conforme é possível constatar através da observação da figura 1.2, a proporção de mortes devidas ao cancro aproxima-se daquela devida a doenças relacionadas com o aparelho circulatório, as quais vêm constituindo, desde 1960, a principal causa de morte em Portugal.

Causas de morte em Portugal (Proporção (%))

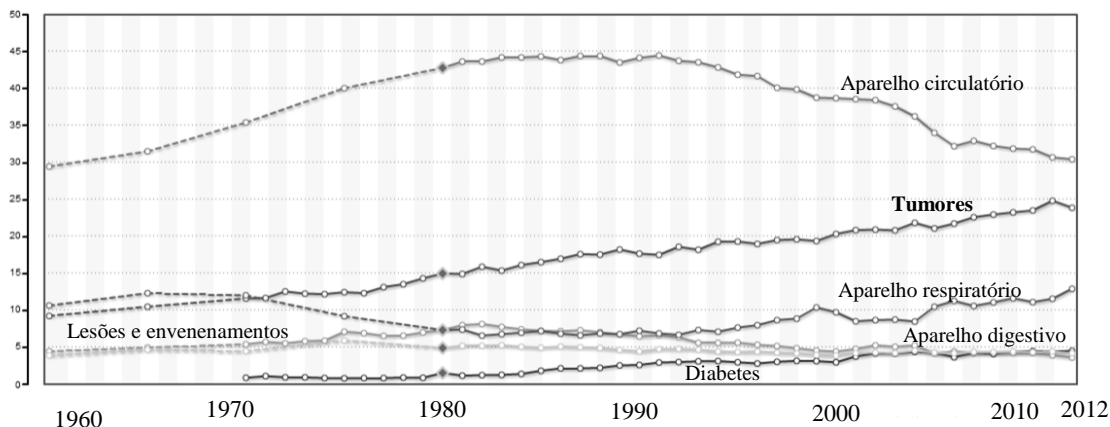


Figura 1.2 – Proporção de óbitos por algumas causas de morte em Portugal (1960-2012). Adaptado de Fundação Francisco Manuel dos Santos ⁴.

Existindo a previsão de que os sobreviventes de cancro representem, no futuro, um grupo crescente, torna-se imperativo que sejam desenvolvidas abordagens terapêuticas que vão de encontro às reais necessidades destes indivíduos.

Um dos sintomas mais temido e persistente associado ao cancro é a dor, presente em mais de um terço dos doentes oncológicos em regime de ambulatório^{5,6}. Estudos de Enting *et al.* e Moum *et al.* mostram que a prevalência desta problemática assume valores entre 27%⁷ e 60%⁸, respetivamente, evidenciando o notável impacto deste assunto. Boveldt *et al.* também reforçam que esta situação continua a representar um problema significativo para os doentes, ao concluírem que a dor oncológica se encontra, em muitos casos, subtratada^{5,6}.

Se forem relacionados a intensidade da dor e o decurso da patologia, estima-se que a dor oncológica já esteja presente em 25% dos indivíduos aquando do diagnóstico, em 33% daqueles que se encontram em situação terapêutica ativa e em mais de 75% daqueles cuja doença se encontra em situação avançada⁹.

A dor oncológica pode estar relacionada com o próprio tumor ou ser devida às suas metástases. Algumas causas que podem suscitar dor incluem a infiltração do tumor em áreas inervadas, bem como ossos e tecidos, bem como compressão de tecidos e nervos causados pelo crescimento do tumor. Também a necrose tecidual resultante da invasão tumoral ou de procedimentos invasivos de diagnóstico e terapêutica ou outras complicações derivadas da mesma, como estomatites ou inflamações teciduais

provocadas pela radioterapia, podem ser causadoras de dor. Dada a dimensão qualitativa e quantitativa que assume, a dor tem associada grandes repercussões na qualidade de vida dos doentes, quer por diminuição da capacidade de realização das tarefas diárias, quer por influenciar negativamente a terapêutica e o próprio decurso da doença ^{5,9}.

Por conseguinte, com esta dissertação pretende-se compreender a dimensão da problemática da dor oncológica na sociedade, os mecanismos fisiológicos responsáveis pela manifestação desta experiência dolorosa, ao mesmo tempo que são sistematizados os métodos que permitem, por um lado, avaliar a intensidade da dor nestes doentes e, por outro, tratar e controlar a mesma, mediante tratamentos farmacológicos já estudados e implementados na prática clínica. Pretende-se, ainda, explorar e sugerir novas perspetivas acerca do tema, numa vertente exclusivamente farmacológica, não retirando contudo credibilidade aos métodos não farmacológicos disponíveis atualmente nesta área. Este trabalho coloca, em certa medida, parte da sua tónica num desafio colocado pela OMS, segundo o qual não chega dar «anos à vida», mas é crucial que se dê «vida aos anos», para que se possa investir na qualidade de vida destes doentes.

De forma a alcançar os objetivos propostos foi feita uma pesquisa bibliográfica entre Setembro de 2013 e Maio de 2014. Entre as principais fontes consultadas encontram-se artigos científicos, livros, páginas de internet e bibliografias de artigos consultados. O acesso aos artigos científicos que se apresentam neste trabalho ocorreu através da utilização do PubMed (US National Library of Medicine), da B-on (biblioteca do conhecimento online - Fundação para a Computação Científica Nacional) e do Google Académico. As pesquisas tiveram por base a utilização de palavras-chave, como “dor oncológica”, “cancro”, “analgésicos”, “opioides”, “cuidados paliativos” e “qualidade de vida”.

2. A dor oncológica

Dada a elevada prevalência da dor em doentes oncológicos, a sua ocorrência deve ser prevista antecipadamente, com vista à obtenção de uma resposta terapêutica eficaz. Desta forma, torna-se necessário perceber a importância desta temática, definir e compreender os mecanismos fisiológicos que originam a dor e quais as suas repercussões na qualidade de vida dos doentes.

2.1 Enquadramento histórico

A dor é um tema atual no século XXI, mas tentativas de percebê-la e explicá-la existem desde o início dos tempos. De facto, existem, desde sempre, referências acerca da dor, e os seus registos gráficos datam da pré-história. Contrariamente, o estudo da dor, nomeadamente das suas causas, apenas foi desenvolvido durante a segunda metade do século passado ¹⁰.

Ao longo do tempo surgiram diversas teorias acerca da origem da dor. A primeira delas, designada “teoria dos afetos” teve como autor Aristóteles, que afirmava que a dor era vista como uma emoção ¹¹.

Esta teoria viria, mais tarde, a ser rejeitada quando Descartes, filósofo do século XVII, a descreveu como uma percepção que existe a nível do cérebro, sugerindo que seria um estímulo nóxico de origem periférica que geraria impulsos nervosos, os quais deveriam percorrer determinadas vias até atingir a glândula pineal. O ponto fulcral desta teoria é o facto de considerar que a dor tem apenas o único propósito de servir como um sistema de alarme, de modo a sinalizar uma lesão no corpo ^{11, 12}. Apesar de terem sido propostas diversas teorias, nenhuma era considerada precisa e completa.

Desta forma, o período antes de 1960 é marcado pela ausência de especialistas e investigadores da dor. Em 1953 foi publicado o primeiro livro acerca do tratamento da Dor, o “*Management of Pain*”, cujo autor é John Bonica ¹⁰.

John Bonica (1917-1994) contribuiu fortemente para o tratamento da dor, pois foi ele o criador da primeira clínica, onde se realizariam intervenções de carácter multidisciplinar através da integração dos conhecimentos de cirurgiões, psiquiatras e ortopedistas. Foram estas clínicas que abriram caminho para o reconhecimento da dor como uma experiência

complexa e polivalente ¹². Este foi um marco importante na história do estudo da dor, visto que até à época, esta era considerada uma resposta sensorial que estaria ligada a uma lesão tecidual real, sendo desprezada a repercussão de quaisquer componentes afetivas, bem como diferenças genéticas e estados de ansiedade na sua modulação.

Alguns anos antes, em 1965, surgia a “Teoria do Portão” proposta por Melzack e Wall, segundo a qual a informação tátil, sentida pelo indivíduo, produz uma ativação de fibras de grande diâmetro que rapidamente propagariam essa informação à medula espinal ¹³. Os autores defendiam que a medula espinal teria um mecanismo de “portão”, o qual poderia inibir ou promover a transmissão dos impulsos nervosos periféricos para o cérebro mediante a condução por fibras A-delta, de condução rápida, e por fibras C, de condução mais lenta. Essas fibras acabariam por sinapsar na medula espinal, que controlaria a modulação da transmissão sináptica dos impulsos nervosos, provenientes das fibras periféricas para as fibras centrais ¹¹.

Com esta descrição, propunha-se que seria a nível da medula espinal que ocorreria a modulação da transmissão de informação sensorial, pelo que foi a partir desta altura que passou a existir um melhor entendimento acerca das quatro fases do processo de dor: a transdução, a transmissão, a modulação e a perceção ¹¹.

Em 1983, Turk, Meichenbaum e Genest, vieram realçar o carácter biopsicossocial da dor, ao defenderem que crenças prévias ou experiências anteriores acerca da dor determinam o controlo que o indivíduo possui sobre a experiência dolorosa e justificando, assim, a pertinência de intervenções cognitivas e comportamentais no controlo da mesma. Foi neste sentido que passou a ser atribuída à dor uma complexidade que anteriormente não existia, já que para além da sua vertente biológica, também lhe era adicionada uma vertente psicológica e uma vertente social. Tais factos facilitaram a introdução de procedimentos psicológicos no tratamento da dor, como é visível pelo aparecimento de consultas especializadas tanto a nível da prevenção como do tratamento, a par da valorização de um trabalho multidisciplinar entre os profissionais de saúde nesta área ¹².

A investigação acerca desta temática intensificou-se entre as décadas de 80 e 90 do século passado, e somente na última década houve descobertas indispensáveis à compreensão dos fenómenos de transmissão nocicetiva através do desenvolvimento da biologia molecular ^{9, 11}.

Atualmente considera-se que existem nociceptores que podem ser ativados por um estímulo ou lesão tecidual. Estes nociceptores são recetores sensoriais especializados, que se encontram na pele, músculos, ossos, vísceras e tecido conjuntivo, e respondem a lesões tecidulares geradas por estímulos nocivos¹⁰.

Todas estas teorias e descrições acerca da dor tornaram bastante presente a necessidade de reconhecer a importância deste tema para os doentes e para a sociedade bem como de lhes fornecer instrumentos terapêuticos e um suporte a nível físico, psicológico e social.

2.2 Reconhecimento da importância da dor oncológica em Portugal

Em Portugal, a criação da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED), que foi um dos acontecimentos mais marcantes na temática do estudo da dor, possui vários objetivos fundamentais, nomeadamente: promover e organizar reuniões de âmbito científico e formação de profissionais de saúde na área da dor; fomentar o desenvolvimento científico nesta área através do apoio à realização de estudos científicos; promover a manutenção de contactos com as Sociedades científicas homólogas a nível internacional e publicar, trimestralmente, a revista “Dor”¹².

Portugal é um dos poucos países da Europa que elegeu um dia para a celebração do Dia Nacional de Luta Contra a Dor, a 14 de Junho, instituído pelo despacho nº10324/99 de 30 de Abril¹².

No final dos anos 90, foi reconhecida pela Direção-Geral da Saúde (DGS) a necessidade de promover uma melhor abordagem da dor em Portugal e, em articulação com a APED, foi elaborado o primeiro documento estratégico acerca da dor no nosso país: o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD), aprovado pelo Ministério da Saúde, a 26 de Março de 2001. A elaboração deste documento foi considerada uma ação pioneira a nível nacional e internacional, e o seu objetivo central incidia na implementação, até ao ano de 2007, de Unidades de Dor vocacionadas para o seu tratamento, em 75% dos serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde¹⁴.

Também este PNLCD salienta a dor como um problema de saúde pública, devido à sua frequência e ao potencial que tem para causar incapacidades, justificando, por isso, a necessidade de se promover a redução das desigualdades, a qualidade de vida das

populações e a vertente humanística na prestação de cuidados de saúde. Este plano define então o modelo organizacional a desenvolver pelos serviços de saúde, e contém linhas orientadoras com vista a promover as boas práticas profissionais na abordagem do doente com dor. Assim, por todo o país desenvolver-se-iam Unidades de Tratamento da Dor, com recurso a uma abordagem diferenciada, para que a terapêutica fosse valorizada em todas as pessoas ^{14, 15}.

Mais tarde, em 2003, o Ministério da Saúde voltou a reconhecer a importância da dor, ao instituí-la como o 5º sinal vital, através da Circular Normativa nº 09/DGCG. Desta forma, passou a ser considerada como uma obrigatória prática clínica, a avaliação e o registo regular da intensidade da dor, em todos os serviços destinados à prestação de cuidados de saúde, a par do que que já acontece com os 4 sinais vitais ditos “clássicos” (frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial e temperatura corporal) ¹⁶. Assim, o controlo da dor passou a ser um dever de todo e qualquer profissional de saúde e um direito dos doentes que dela padecem, observando-se aqui uma grande contribuição para a humanização dos cuidados de saúde.

De forma a dar continuidade ao PNLCD e, simultaneamente, redefinindo os seus objetivos e propondo novas estratégias operacionais, surgiu o Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCD), a 8 de maio de 2008. Entre as ações levadas a cabo durante o período de vigência do PNCD destacam-se o aumento da comparticipação de medicamentos opioides fortes, a par da elaboração e emissão de orientações técnicas para os profissionais de saúde e de informação destinada à população em geral ¹⁵.

- i. Apesar do PNCD ter data prevista para terminar em 2018, a 30 de Outubro de 2013 foi aprovado o atualmente designado Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor), o qual tem estabelecido um horizonte temporal de três anos, englobando todos os indivíduos residentes em Portugal. Este Plano Estratégico visa reduzir o número de doentes com dor não controlada e melhorar a sua qualidade de vida, bem como fazer uma racionalização dos recursos e dos custos inerentes ao controlo da dor. O PENPDor dá, igualmente, continuidade aos princípios orientadores e aos objetivos gerais que estiveram na base da criação do PNCD, e que mantêm a atualidade. Esses princípios são: ¹⁷
- ii. A subjetividade da dor – dadas as características particulares e individuais da experiência dolorosa, é necessário considerar que a intensidade da dor é aquela

- que o doente refere e estar alerta para a dor em doentes impedidos de comunicá-la verbalmente ou que o façam com dificuldade;
- iii. A dor como 5º sinal vital – de acordo com o disposto na Circular Normativa da DGS nº 09/DGCG, de 14/06/2003, constitui uma boa prática clínica a avaliação e o registo, de forma sistemática, da intensidade da dor;
 - iv. Direito ao controlo da dor – sem exceção de qualquer natureza, toda a pessoa tem direito a um controlo adequado da dor, independentemente da sua causa;
 - v. Dever de controlo da dor – A adoção de estratégias de prevenção e controlo da dor é um dever de todos os profissionais de saúde, visando reduzir o sofrimento e a morbilidade associados à dor;
 - vi. Tratamento diferenciado da dor – O controlo da dor deve iniciar-se nos cuidados de saúde primários e prosseguir, se necessário, para níveis crescentes de cuidados de saúde, mais diferenciados e especializados.

Por sua vez, também a Fundação Grünenthal tem dado contributos importantes na área da dor e tem como finalidade primordial promover a investigação e a cultura científica no âmbito das ciências médicas, dedicando-se, em particular, à dor, ao seu respetivo tratamento e à medicina paliativa. Desenvolve projetos dirigidos à identificação, desenvolvimento e implementação de conceitos que permitam obter melhorias contínuas na qualidade do controlo da dor. De forma a atingir os fins a que se propõe, esta Fundação atribui prémios para distinguir trabalhos de investigação científica e atribui bolsas de investigação neste âmbito¹⁸.

2.3 Definição de dor

Atualmente, a dor é definida pela IASP – *International Association for the Study of Pain* – como “*uma desagradável experiência sensorial e emocional associada com lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão*”¹⁹. Esta é, sem dúvida, uma definição que enfatiza a complexidade da experiência dolorosa e contempla não só a vertente sensorial como também lhe acrescenta uma dimensão emocional, que está inevitavelmente sujeita a uma variabilidade interindividual e, inclusive, intraindividual. Ao mesmo tempo, esta definição impõe que tenhamos que considerar que pode haver dor sem existir, necessariamente, um estímulo periférico ou uma lesão aparente.

Por sua vez, segundo o PNLCD, esta é entendida como “*uma realidade filosoficamente imperfeita*”, pelo que consideramos que a dor efetivamente existe quando podemos experienciá-la ativamente, conosco próprios, e quando acreditamos na dor que os outros nos relatam, isto porque não existem meios objetivos que permitam confirmar a dor que um indivíduo nos comunica ¹⁴.

Também a nível matemático a dor é uma grandeza variável, já que o mesmo sinal excitatório pode originar alterações extremas na intensidade dolorosa que produz, como resultado das diferentes características em que se processa ¹⁵. Esta abordagem contempla, uma vez mais, a variabilidade que condiciona a perceção de dor e, conseqüentemente, acrescenta que esta não pode ser medida de forma objetiva, e que pode surgir mesmo na ausência de estímulos nódicos, alargando-a assim ao campo psicológico e íntimo.

A dor tem que ser entendida, portanto, como um fenómeno complexo, frequentemente modulado por vertentes biofisiológicas, bioquímicas, psicossociais, comportamentais e morais, pelo que obriga a considerar uma abordagem multidisciplinar no estabelecimento de um diagnóstico clínico. Por outro lado, este carácter multidimensional também dificulta a sua avaliação, pelo que a abordagem do doente com dor deve passar por uma colaboração entre os diversos profissionais de saúde ¹⁴.

A dor é, tendo em conta o que anteriormente foi referido, um fenómeno com uma vertente multidimensional, que tem que ser vista como uma experiência dinâmica, pessoal, e também íntima, pois não ocorre de forma isolada, mas sim num ser humano com especificidades e inserido num contexto psicossocial, cultural e económico que influencia as suas expressões, verbais e não-verbais, de dor. Sendo algo tão vasto que consegue envolver todas as dimensões de uma pessoa, não é apenas um simples acontecimento que se apodera do indivíduo, o que dificulta o seu estudo e compreensão mas, ao mesmo tempo, torna-a um acontecimento mais completo e desafiador para a ciência.

2.4 Fisiologia da dor

Não existe apenas um acontecimento simples e direto a nível do sistema nervoso que esteja na base do aparecimento da dor. Em vez disso, a experiência dolorosa é o resultado final de uma complexa rede de processamento de informação que se inicia após a ocorrência de um estímulo nódico ¹⁹.

Os mecanismos fisiológicos responsáveis pelo desencadeamento de dor são variados e complexos e integram diversas fases, sendo elas a transdução, a transmissão, a modulação e a perceção. Na transdução, a energia proveniente do estímulo periférico é convertida em atividade eletrofisiológica, seguindo-se a transmissão, em que a informação é levada desde os nociceptores até à medula espinal. A etapa final da modulação é a que determina se os estímulos periféricos irão ser, ou não, consciencializados como dor e a perceção ocorre quando a informação transmitida atinge o córtex cerebral¹⁹.

No processo de desencadeamento da dor adquirem uma importância inquestionável os nociceptores. Estes consistem em terminações nervosas livres, não mielinizadas que convertem uma grande variedade de estímulos em impulsos nervosos, os quais são interpretados pelo cérebro para gerar a sensação de dor. A classificação do nociceptor é feita de acordo com o tipo de fibra presente na terminação nervosa, relativamente às quais existem dois tipos principais: as fibras A-delta, mielinizadas e de condução rápida (12-30m/seg.) e responsáveis pela dor forte, aguda e precisa, e as fibras C, não mielinizadas e com uma baixa velocidade de condução (0,5-2m/seg.) que transmitem impulsos mais lentos e difusos. Podem atuar sobre os nociceptores vários tipos de estímulos como, por exemplo, estímulos térmicos, mecânicos e químicos²⁰.

A ativação periférica dos nociceptores (designada transdução) é um processo modulado por diversas substâncias químicas, entre elas o potássio, a serotonina, a bradicinina, a histamina, prostaglandinas, leucotrienos e a substância P. Estes mediadores são libertados pelas células em resposta a uma lesão tecidual ou um processo inflamatório e influenciam a intensidade da sensação dolorosa. Após a deteção do estímulo nociceptivo pela ativação dos nociceptores desencadeia-se a conversão de energia do proveniente do estímulo externo em atividade eletrofisiológica e gera-se, de imediato, uma alteração no potencial de membrana, com consequente alteração membranar à permeabilidade de iões, seguindo-se uma onda de despolarização/repolarização que se transmite unidirecionalmente desde a periferia até ao sistema nervoso central (SNC)²⁰.

A fase seguinte designa-se transmissão, através da qual as fibras A-delta e C, que conduzem a dor, atingem a medula espinal através da raiz dorsal, ponto onde ocorre a transmissão para o neurónio de 2ª ordem. Estes cruzam em direção ao lado contralateral da medula espinal e sobem, através dos feixes espinotalâmicos, até ao cérebro¹⁹.

Na fase seguinte, da modulação, a medula espinal vai determinar se a dor irá, ou não, consciencializada como tal. Neste processo há a salientar que o sinal doloroso gerado é influenciado por neurotransmissores excitatórios, que amplificam o sinal nervoso, neurotransmissores inibitórios, que o reduzem, e por moléculas endógenas com efeitos analgésicos – opioides (endorfinas, dinorfinas e encefalinas), serotonina e adrenalina¹⁹,²⁰.

A perceção ocorre quando os sinais dolorosos são transmitidos às regiões mais altas do cérebro, culminando no córtex cerebral, e é neste momento que a pessoa tem consciência da sua dor. Esta sensação de dor é acompanhada de atitudes comportamentais (como a retirada de um membro do foco de dor ou uma massagem na zona dorida) e reações emocionais (como o choro ou o grito). A fase da perceção da dor tem associada uma componente subjetiva, que por sua vez é influenciada por experiências pessoais passadas²⁰.

2.5 Causas e Classificação

A dor oncológica é multifacetada, pelo que não existe nenhuma classificação que consiga verdadeiramente subdividir este fenómeno multidimensional, de forma rígida, em diferentes subcategorias²¹.

As suas principais causas, no entanto, englobam a invasão direta do tumor para regiões anatómicas adjacentes, nomeadamente os ossos, nervos e ligamentos. As células neoplásicas também podem provocar metástases noutros locais, circundantes ou não do tumor primário, já que possuem a capacidade de se deslocar para outros pontos anatómicos através da circulação sistémica, passando a constituir um foco de dor nesse novo local. Adicionalmente, os tratamentos antineoplásicos instituídos podem ser igualmente fatores que despoletam a dor nestes doentes (quadro 2.1)²¹.

É imprescindível a existência de um diagnóstico correto que permita detetar, tão precocemente quanto possível, os mecanismos responsáveis pelas queixas álgicas, já que este processo influenciará diretamente a terapêutica a instituir.

Quadro 2.1 - Principais fatores causais da dor oncológica. Adaptado de Christo e Mazloomdoost²¹.

Fatores causais da dor oncológica
Invasão direta do tumor para: Ossos Nervos Ligamentos
Metástases
Efeitos adversos do tratamento antineoplásico Cirurgia Radioterapia Quimioterapia

No que respeita à classificação, esta pode assentar em vários critérios, nomeadamente os mecanismos fisiopatológicos, a duração da dor, o local de origem e a causa. Do ponto de vista terapêutico é dada maior importância à classificação quanto aos mecanismos fisiopatológicos e à duração²².

2.5.1 Classificação da dor quanto à sua duração

A dor pode classificar-se, de acordo com a sua duração, em aguda ou crónica, sendo importante distingui-las, já que o diagnóstico e terapêutica para cada uma delas é distinto.
19

A dor aguda caracteriza-se por ter uma duração inferior a seis meses e por cessar quando a lesão que a origina é eliminada, e tem como único propósito servir de sistema de alarme relativamente a uma lesão com que o indivíduo se depara, levando-o, muitas vezes, a procurar ajuda médica. Segundo a APED, a dor aguda é considerada, até certo ponto, benéfica para o organismo, visto ser um sinal de alarme que o informa acerca da ocorrência de uma lesão, constituindo um sintoma muito relevante para o diagnóstico de diversas doenças^{19,20}.

Entre as causas mais comuns para a dor aguda encontram-se os traumas, cirurgias, procedimentos médicos e estados patológicos agudos¹⁹.

A dor crónica, por sua vez, é definida como aquela que existe sem que haja uma lesão aparente ou como aquela que persistente após a cura da lesão que a originou²⁰.

No Plano Nacional de Luta contra a Dor, a dor crónica vem definida como “*uma dor prolongada no tempo, normalmente com difícil identificação temporal e/ou causal, que causa sofrimento, podendo manifestar-se com várias características e gerar diversos estádios patológicos*”¹⁴, pelo que uma atuação precoce é vista como um procedimento que pode evitar muitas intervenções médicas e promover o bem-estar do doente.

Quando a dor se torna crónica, para além de ser desprovida de vantagem para o doente, origina sofrimento, o qual se repercute na sua saúde física e mental, causando, no primeiro caso, diminuição das defesas imunitárias e, no segundo, insónias, distúrbios de ansiedade e depressão, podendo até culminar com o suicídio. Inexistindo uma função protetora e de alerta, a dor crónica torna-se, em contraste com a dor aguda, uma doença em si mesma^{21, 22}.

A dor crónica oncológica pode ser nociceptiva, neuropática, ou ambas, e apesar desta se iniciar geralmente em consequência de uma lesão, fatores de origem física, psicológica, e até genética, podem perpetuá-la no tempo. Além disso, também condições de natureza afetiva e ambiental podem prolongá-la e, inclusive, exacerbá-la. Neste sentido, muitos doentes referem que, no decurso da dor que experienciam, existe uma drástica redução da sua qualidade de vida, e destacam o seu impacto negativo a nível laboral, nas atividades de cariz social e, para alguns, até nas atividades diárias básicas²².

2.5.3 Classificação da dor quanto à sua patogénese

De acordo com os mecanismos fisiopatológicos a dor pode ser classificada em três tipos: nociceptiva, neuropática e psicossomática.

A dor nociceptiva resulta de lesões tecidulares e/ou inflamatórias evidentes, as quais promovem uma excitação direta dos nociceptores periféricos somáticos ou viscerais, sem que exista, contudo, qualquer lesão sobre as estruturas nervosas. Estas lesões promovem uma estimulação dos nociceptores provocando uma sensação dolorosa que, geralmente, é proporcional ao grau de ativação dos mesmos^{19, 21}.

Tanto a dor somática como a visceral são consideradas dores de origem nociceptiva. A primeira resulta da ativação de nociceptores periféricos cutâneos (a nível da pele) ou profundos (a nível muscular e do osso) e é, geralmente, localizada e interpretada como uma sensação de picada ou pontada, como é o caso da dor associada às metástases ósseas,

a estados inflamatórios neuromusculares e espasmos. No entanto, pode também apresentar-se difusa por se tratar de uma dor profunda. Pelo contrário, quando a dor é mal localizada, irradia de forma difusa e profunda e é descrita como uma sensação de pressão ou “moinha”, trata-se de uma dor visceral. Esta é causada por compressão ou infiltração tumoral de órgãos, ou pela distorção/deformação destes no interior da pélvis, abdómen ou tórax. Contrariamente à dor somática, tende a ser mais difusa e pode estar associada a náuseas, vômitos e sudorese, e ocorre em localizações distantes do órgão afetado^{19,21}.

A dor neuropática resulta de uma lesão nas fibras nervosas, criando-se aí um impulso doloroso, ao invés de este ocorrer sobre os nociceptores. É um processo que pode dever-se ao rápido crescimento e infiltração do tumor, ou a uma compressão nos nervos, periféricos ou centrais. A dor é descrita como uma sensação de queimadura, podendo existir igualmente uma sensação de adormecimentos ou parestesias na zona dolorosa. Consequentemente, sua localização é pouco clara e a sua intensidade é muito variável, acrescendo-lhe o facto de não responder à terapêutica analgésica convencional. A sua duração é normalmente contínua, o que a transforma frequentemente num sintoma crónico que pode ser debilitante²¹.

A dor psicossomática é pouco comum em oncologia e está relacionada com situações de *stress* ou outros distúrbios psíquicos vividos no passado, e que são responsáveis por uma resposta exagerada a estímulos²¹.

2.6 Repercussões na qualidade de vida do doente

A qualidade de vida relacionada com a doença oncológica é um conceito muito complexo. Se forem tidas em conta as variáveis individuais de doente, nomeadamente, variáveis sociodemográficas, as suas crenças, os seus preconceitos culturais, a sua religião, a presença de outras doenças concomitantes e as experiências anteriores e informações veiculadas pelos meios de comunicação social, constata-se que a avaliação da qualidade de vida nestes doentes é um processo de grande complexidade²³.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a qualidade de vida é entendida como “*a percepção de um indivíduo acerca da sua posição na vida, em função do contexto cultural e o sistema de valores em que está inserido, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*”²⁴. Trata-se de uma definição multidimensional

que reconhece a influência da saúde física e psicológica, das crenças e relações sociais e da avaliação subjetiva que cada indivíduo faz da sua qualidade de vida.

Para Dauphinee e Kuchler, (citados por Morins) o termo qualidade de vida corresponde ao nível em que o indivíduo satisfaz as suas necessidades físicas, sociais, psicológicas, sociais e, ainda, materiais ²³. Nesta perspetiva encontra-se inerente o conceito de multidimensionalidade já que, para além do bem-estar físico, os autores remetem-nos para dimensões que englobam as vertentes psicológica, espiritual, social e ambiental, entre outras. Simultaneamente, na perspetiva de Morins este conceito adquire também uma dimensão pessoal, já que são critérios estritamente intrínsecos que conduzem à avaliação que um indivíduo faz da sua qualidade de vida, o que nos obriga inevitavelmente, a considerar a subjetividade inerente a este conceito ²³, o que vai de encontro à definição dada pela OMS.

Para Ferrel e Dow (cit. em Pinto e Ribeiro), a qualidade de vida na área da oncologia, define-se como uma perceção individual de bem-estar, e compreende uma perspetiva multidimensional, ou seja, engloba a dimensão física, social, psicológica, social e também a espiritual ².

A abordagem da dor oncológica implica, assim, conhecer o contexto pessoal e familiar do doente, de forma a perceber as mudanças que aí afloram. Isto porque, ao estar perante um quadro de doença, o sujeito vê-se confrontado com múltiplas alterações/adaptações que depressa modificam a sua vida e a maneira como desempenha as suas atividades diárias, bem como o decurso da vida dos que o rodeiam.

Para além de todo sofrimento associado à doença e à própria dor, também esta última é responsável por uma marcada influência nas atividades diárias de um doente oncológico. A este respeito, Boveldt *et al.*, desenvolveram um estudo, na Holanda, onde avaliaram a dor e a sua interferência nas atividades diárias de 166 doentes oncológicos em regime de ambulatório ⁵.

De acordo com o referido estudo, mais de um terço dos doentes que nele participaram reportaram dor ⁵. Dados anteriores acerca da prevalência da dor oncológica apontavam para valores de 27% ⁷, substancialmente inferiores aos valores encontrados previamente noutros estudos prospetivos, cuja prevalência variou entre os 40 e os 61% ³. Em relação aos doentes com dor, metade encontrava-se a submetida a terapêutica analgésica

A dor no doente oncológico

Dissertação do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas – Universidade do Algarve

inadequada⁵, o que pode advir de uma prescrição analgésica incorreta, de uma não adesão à terapêutica, ou de ambos⁵.

As atividades diárias mais afetadas pela dor oncológica, referidas pelos doentes, foram o trabalho, o humor, o lazer, o ato de caminhar, a quantidade e qualidade do sono e as relações pessoais, conforme se mostra na figura 2.1.

A interferência da dor nas atividades diárias de um doente oncológico

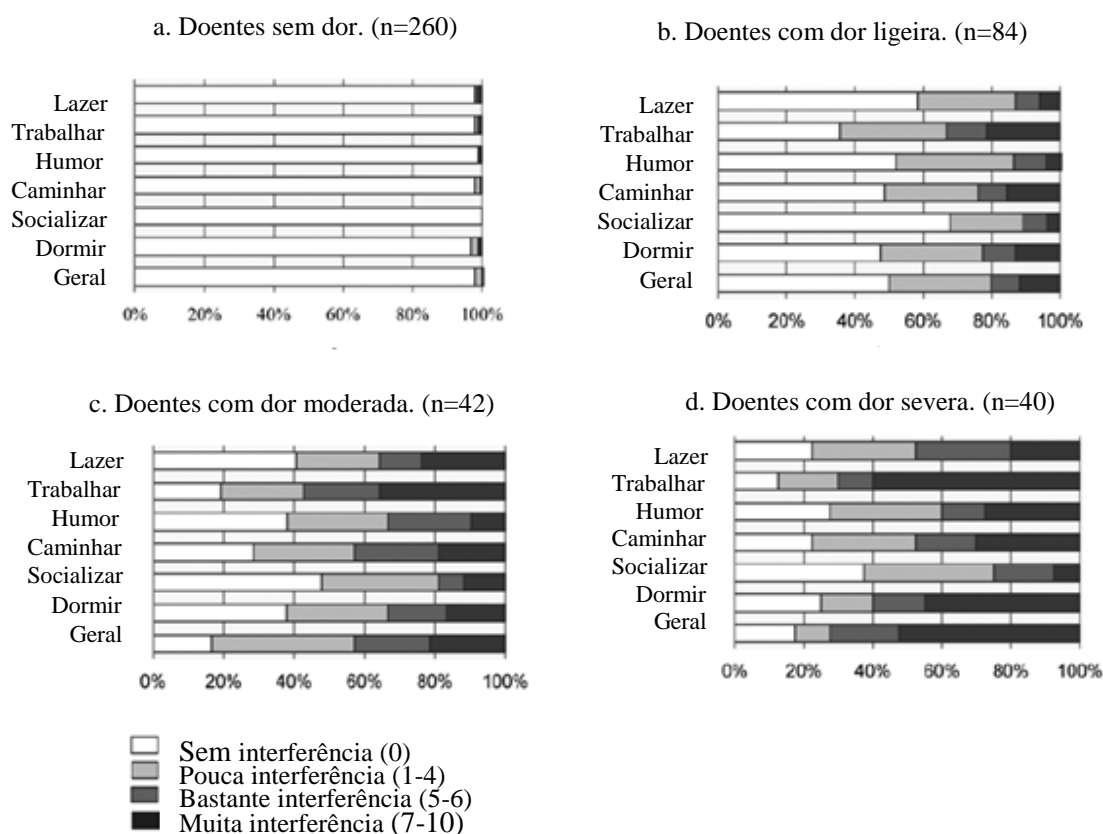


Figura 2.1- Interferência causada pela dor, em função da sua intensidade, nas atividades diárias e na qualidade de vida de um doente oncológico. Adaptado de Boveldt *et al.*⁵

Para 148 dos 166 indivíduos envolvidos no estudo (89%), a dor causa interferência em pelo menos uma atividade diária (figura 2.1 a.), ao passo que entre os doentes que não sentem dor, apenas 5% reporta algum grau de interferência com a sua rotina, devido a outros fatores que não a dor.

Em doentes com dor leve (classificada entre 1 e 4 na escala numérica) já é visível que as atividades diárias são afetadas (figura 2.1 b.), ainda que com menor dimensão, comparativamente aos doentes com dor moderada (classificada com valores 5 e 6 na

escala numérica) (figura 2.1 c.) e severa (classificada com valores entre 7 e 10, o máximo da escala numérica) (figura 2.1 d.).

Através do estudo foi igualmente possível notar que a dor interfere, em maior extensão, na qualidade de vida dos doentes dor moderada, comparativamente aos que dizem sentir dor leve, exceto no que respeita à capacidade de dormir.

Neste contexto, e sublinhando que a dor oncológica é, assim, tida como ineficientemente controlada numa grande proporção de doentes, os autores propõem que a interferência da dor na rotina diária de um doente deva ser tida em conta, como um fator adicional, na categorização da intensidade da dor por ele sentida e, conseqüentemente, no tratamento a implementar. Sendo atribuída e reconhecida à dor a sua vertente subjetiva, fortemente modificada por crenças e vivências pessoais, e considerando que algumas pessoas conseguem suportar dores mais intensas ou, pelo menos, não as relatam como tal, ter em consideração a interferência da dor na rotina do doente pode, assim, funcionar como um fator aditivo na categorização e classificação da dor, melhorando o diagnóstico e, conseqüentemente, tornando a terapêutica mais efetiva.

Também na opinião de Paice *et al.* o reconhecimento das repercussões da dor oncológica deve ter em conta a sua qualidade de vida do doente e o quanto esta é afetada pelas queixas álgicas. Adicionalmente, na opinião destes autores, o início da dor, a sua duração bem como as atividades que podem aliviá-la ou exacerbá-la devem ser tidas em conta aquando da avaliação, para que seja instituído o tratamento mais adequado possível.⁹

É possível verificar, assim, a existência de uma tendência crescente para considerar a qualidade de vida um fator central na escolha e implementação da terapêutica analgésica, evidenciando a sua importância. Atualmente, este fator desempenha um papel muito importante e decisivo na terapêutica a implementar^{2,5}.

3. Avaliação da dor

Como referido anteriormente, a dor é um fenómeno envolto numa enorme complexidade e subjetividade, pelo que a forma como é exteriorizada é muito variável, já que depende de fatores fisiológicos, psicológicos, culturais e ambientais.

No entanto, a subjetividade não se esgota no doente, uma vez que as características psicológicas e culturais do profissional de saúde também influenciam o processo avaliativo da dor. Este fator adicional é maior quando o profissional de saúde e o doente estão inseridos em meios culturais distintos ²⁵.

Ainda assim, existem dados objetivos que se manifestam simultaneamente com as queixas de dor, nomeadamente a dor aguda, entre os quais se encontram: a elevação da pressão sanguínea, o aumento das frequências cardíaca e respiratória, e a diaforese. Contudo, apesar de serem objetivos, estes dados não variam proporcionalmente à dor que o doente reporta ²⁵.

Na sequência de tudo o que foi referido, os indicadores de dor que devem ser considerados aquando do processo de avaliação, devem ser aplicados de acordo com a seguinte hierarquia de importância ²⁵:

- O relato do doente;
- As condições patológicas ou procedimentos conhecidos por serem dolorosos;
- Comportamentos sugestivos de dor (ex: gritos, imobilidade, expressões faciais sugestivas de dor);
- Relato de dor por parte de familiares ou rede de cuidadores do doente;
- Parâmetros fisiológicos (sinais vitais).

Relativamente ao primeiro parâmetro, nem sempre é possível obter um autorrelato da dor por parte do doente, apesar de esta ser a fonte de informação privilegiada. Tal facto fica a dever-se, essencialmente, a alterações do estado de consciência, a alterações cognitivas, perante crianças pequenas, em doentes com problemas de comunicação devido à dificuldade da linguagem ou à não compreensão do funcionamento dos instrumentos de medida aplicados, bem como por um grande estado de ansiedade ou, ainda, pela não colaboração do doente no processo ²⁵.

Apesar disso, a avaliação da dor é indispensável à implementação de um regime terapêutico adequado. Neste sentido, a Circular Normativa n.º 09 da DGS que institui a dor como o 5º sinal vital, refere que “*a avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente*”¹⁶.

Também a Ordem dos Enfermeiros (OE), no documento “Dor – Guia Orientador de Boa Prática” – refere que a dor é causadora de interferências na qualidade de vida da pessoa, considerando que o seu controlo constitui um objetivo prioritário. O mesmo documento faz referência à existência de barreiras que dificultam o controlo da dor, especialmente nos grupos de indivíduos mais vulneráveis. Também a informação, nem sempre adequada, de todos os intervenientes no processo de avaliação da dor – doentes, profissionais de saúde e instituições – é vista como um fator adicional que funciona como barreira ao controlo da experiência dolorosa²⁶.

Neste sentido, a OE definiu 14 princípios referentes à avaliação e controlo da dor, entre os quais se destaca que “*a competência para avaliação e controlo da dor exige formação contínua*”, evidenciando a necessidade de atualização de conhecimentos científicos por parte dos profissionais de saúde, bem como um trabalho de equipa entre os mesmos profissionais, pois “*o controlo da dor requer uma abordagem multidisciplinar coordenada*”. Estes profissionais devem fazer uso de metodologias próprias para avaliação da dor, pois esta “*pressupõe a utilização de instrumentos de avaliação*”, e que a par dos profissionais de saúde, também os “*cuidadores principais e a família são parceiros ativos no controlo da dor*”, pois “*a dor não controlada tem consequências imediatas e a longo prazo pelo que deve ser prevenida*” e “*Toda a pessoa tem direito ao melhor controlo da dor*”²⁶.

Para além dos princípios referidos acima, a OE faz ainda algumas recomendações acerca do processo de avaliação da dor, entre as quais se destacam as seguintes:²⁶

- i. Deve ser privilegiada, como fonte de informação acerca da dor, o autorrelato, quando o doente possui as capacidades de comunicação adequadas e conserva as suas funções cognitivas;
- ii. A avaliação da dor requer a recolha de dados acerca da história da dor, tendo em consideração: o exame físico instituído ao doente; as características da dor,

descritas quanto à sua localização, qualidade, intensidade, duração e frequência; formas e expressões, faciais e corporais, utilizadas pela pessoa para comunicar a sua dor; quais os fatores que contribuem para aliviar ou intensificar a dor; quais são as repercussões da dor nas atividades diárias, bem como o impacto emocional, social, económico e espiritual que a dor assume para o doente; quais os seus conhecimentos acerca da dor e sintomas associados e existência de meios farmacológicos ou não farmacológicos instituídos e respetivos efeitos;

- iii. Os instrumentos de avaliação da dor devem ser escolhidos em função do tipo de dor, dos dados do doente (idade, situação clínica), critérios de interpretação, grau de facilidade com que podem ser aplicados e experiência prévia de utilização desses instrumentos noutros locais.

Refletindo acerca dos princípios e recomendações acima referidas torna-se, ainda mais, pertinente a necessidade de existir uma equipa multiprofissional que intervenha na avaliação da dor e no acesso ao doente. No doente oncológico, esta intervenção é indispensável, pois para além da dificuldade na avaliação, é preciso considerar que a própria doença é vivida de forma muito emocional, que muito contribui para a depressão, a revolta e a ansiedade²⁷. Em anexo estão apresentados, de forma esquemática, os quatro elementos necessários à avaliação da dor, numa vertente multiprofissional, que deve contemplar, primeiramente, a história clínica da doença, seguidamente a história da dor, o exame físico e a avaliação do impacto da dor na vida do doente.

Os registos e avaliações da dor devem ser feitos em intervalos regulares e de forma repetida, permitindo avaliar o sucesso das medidas terapêuticas. A regularidade das avaliações é determinada pela intensidade e duração da dor, bem como pelas necessidades do doente, do tipo de fármaco instituído e da intervenção a que eventualmente tenha sido submetido. Nestes casos, a *Agency for Health Care Policy and Research* recomendou, em 1992, que a dor fosse avaliada cumprindo-se as seguintes condições¹⁰:

- Trinta minutos imediatamente após a administração de um fármaco por via parentérica;
- Uma hora após a administração de um fármaco por via oral;
- Sempre que houver queixa algica ou outra dor.

Relativamente ao doente oncológico, é de extrema importância que seja despistada a existência de uma lesão secundária, sempre que este comunique uma dor constante, sem

períodos de alívio ou exacerbação. Muitas vezes, a existência de dor oncológica pode ser indicativa de progressão da doença, ou ocorrer por esta estar já num estado muito avançado ²⁷.

3.1 Instrumentos de avaliação

Existem diversos instrumentos de avaliação da dor, contudo nenhum deles é tido como ideal, pelo que importa conhecê-los de forma a selecionar o melhor para cada doente.

As escalas de avaliação tentam reduzir a subjetividade inerente ao processo avaliativo, permitindo evitar alguns erros e desvios de interpretação ²⁵, e implicam que toda a equipa multidisciplinar tenha formação acerca da escala, para que a medição da dor seja a mais objetiva possível ²⁷. Adicionalmente, num mesmo serviço deve existir mais do que um instrumento de avaliação da dor, de forma a ser possível escolher o mais adaptado a cada situação ²⁵.

Os instrumentos de avaliação da dor podem ser unidimensionais ou multidimensionais. Os primeiros quantificam a dor apenas no que respeita à sua intensidade, e por isso são bastante úteis para avaliar a dor aguda e quando se procura uma informação rápida, válida e não invasiva. Contudo, existem situações em que não são aplicáveis, nomeadamente: em crianças com idade inferior a três anos, em indivíduos com défice cognitivo ou perante dificuldade de compreensão das escalas por parte do doente, ou quando este não conserva o seu estado de consciência ^{25,27}.

Um inconveniente associado à utilização de instrumentos unidimensionais prende-se com o facto de estes produzirem uma simplificação da experiência dolorosa, porque apenas a caracterizam em função da sua intensidade ¹⁰.

Já os instrumentos multidimensionais conseguem, simultaneamente, medir e avaliar a dor nas suas diversas vertentes, como a sensorial ou a afetiva e social, e nesse contexto, são mais utilizadas para medir a dor crónica. Estas escalas multidimensionais apresentam-se sob a forma de questionários que assentam em adjetivos que visam analisar, de forma mais específica, as vertentes sensoriais e emocionais da dor, permitindo conhecer o seu impacto no dia a dia do doente. Estes questionários destinam-se a ser preenchidos pelo

próprio, o que não impede que lhe seja prestada ajuda por um profissional de saúde no caso de dificuldade^{25,27}.

Quando não é possível recorrer às escalas anteriormente referidas, em doentes com dificuldades de comunicação (como é o caso de crianças muito pequenas, doentes portadores de demências, sedados ou ventilados), existem escalas comportamentais, que permitem compreender o impacto da dor sobre a qualidade de vida do doente ou sobre os seus comportamentos. Devido ao facto de esta ser uma heteroavaliação, realizada por familiares e/ou pela sua rede de cuidadores, só deve ser utilizada quando não for possível instituir outro tipo de avaliação¹⁰.

Assim, através da utilização do instrumento mais adequado é possível, não só caracterizar a experiência dolorosa, como também compreender o efeito do regime terapêutico implementado¹⁰.

A Circular Normativa nº 9 da DGS propõe, como instrumentos de medida, a Escala Visual Analógica, a Escala Numérica, a Escala Qualitativa e a Escala de Faces, todas unidimensionais, e salienta que¹⁶:

- i. A avaliação da intensidade da dor pode efetuar-se com recurso a qualquer das escalas propostas;
- ii. A intensidade da dor é sempre aquela que o doente refere;
- iii. A intensidade da dor registada é referente ao momento em que é feita a sua colheita, tal como acontece com os restantes quatro sinais vitais;
- iv. As escalas apenas têm aplicabilidade em doentes conscientes, colaborantes e com mais de 3 anos de idade;
- v. As medições efetuadas num determinado doente devem ser sempre feitas com recurso à mesma escala;
- vi. É necessária a utilização de uma linguagem comum entre o profissional de saúde e o doente, para que a avaliação da dor seja a mais correta possível;
- vii. É, ainda, fundamental que o doente compreenda corretamente o significado e a utilização da escala adotada, e tais aspetos devem ser assegurados pelo profissional de saúde.

3.1.1 Escalas Unidimensionais

As escalas unidimensionais utilizadas são a Escala Visual Analógica, a escala Numérica, a Escala Qualitativa e a Escala de Faces ¹⁶.

A Escala Visual Analógica consiste numa linha com dez centímetros de comprimento, que pode ser horizontal ou vertical e tem, numa extremidade, a classificação “Sem dor”, e na extremidade oposta a classificação de “Dor máxima” (figura 3.1). Esta escala implica uma resposta não-verbal, pelo que o doente assinalará, com uma cruz sobre a linha ou um traço perpendicular à mesma, o ponto que melhor consegue representar a intensidade da sua dor.

Sem Dor _____ Dor Máxima

Figura 3.1 - Escala Visual Analógica. Adaptado de Direção-Geral da Saúde ¹⁶.

Posteriormente, é feita uma medição, em centímetros, entre o início da linha, que corresponde a zero, e o local assinalado pelo doente, o que permite obter uma classificação numérica ¹⁶.

Embora fácil de aplicar, Pereira (citado por Martins) refere que “alguns participantes, especialmente crianças e idosos, referem dificuldades em utilizá-las, o que, possivelmente, é decorrente da necessidade de uma certa abstração para compreendê-la”, constatando que nestes grupos populacionais a aplicação desta escala poderá não constituir o instrumento de avaliação mais correto ²⁵.

A Escala Numérica consiste numa régua que se encontra dividida em onze partes iguais e sucessivamente numeradas de 0 a 10. A extremidade assinalada com zero corresponde à classificação “Sem dor”, enquanto a extremidade adjacente à classificação dez diz respeito à “Dor máxima”. Esta escala faz, como o nome indica, utilização de categorias numéricas, e pode ser apresentada numa posição horizontal ou vertical (figura 3.2). Em função da sua dor, o doente deverá atribuir-lhe uma classificação numérica, fazendo-lhe corresponder um número, tendo em conta que a classificação 0 corresponde a não ter dor, e a classificação 10 corresponde à pior dor passível de ser imaginada ¹⁶.

A dor no doente oncológico

Dissertação do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas – Universidade do Algarve

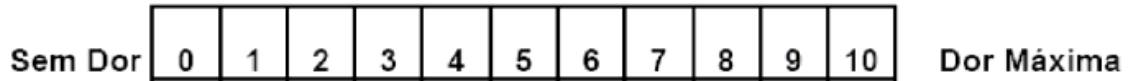


Figura 3.2- Escala Numérica. Adaptado de Direção-Geral da Saúde ¹⁶.

Esta escala tem uma vantagem particular, que consiste no facto de ser familiar aos doentes, já que os números são utilizados desde a infância ¹⁰.

A Escala Qualitativa é uma escala verbal, na qual existem categoriais adjetivais, nomeadamente “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” e “Dor Máxima”, de entre as quais o doente deve seleccionar a que melhor se adequa à sua situação (figura 3.3).

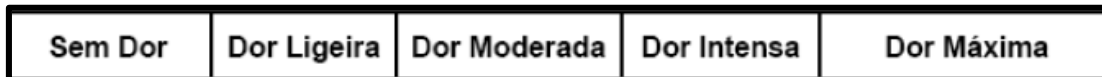


Figura 3.3 - Escala Qualitativa. Adaptado de Direção-Geral da Saúde ¹⁶.

A vantagem desta escala é a sua simplicidade, pelo que se revela bastante útil quando implementada em doentes idosos ou deficientes visuais e, ainda, em algumas crianças. Contudo, relativamente às escalas anteriores, possui um leque de escolhas mais reduzido, o que pode dificultar a obtenção de respostas mais precisas, essencialmente quando se pretende avaliar o resultado e o impacto de um regime analgésico instituído ¹⁰.

A Escala de Faces é constituída pela representação de seis caras com diferentes expressões faciais, cada uma sugestiva de um determinado grau de dor, que se vão modificando, de forma progressiva, à medida que se percorre a escala, onde a “Alegria” num extremo, se transforma em tristeza, até culminar com o “Choro”, na extremidade oposta. É solicitado ao doente que classifique, em função da mímica correspondente a cada uma das faces representadas, a intensidade da sua dor, tendo em conta que a expressão de felicidade está associada à classificação “Sem Dor”, e a expressão de choro corresponde à “Dor Máxima”. A cada face está igualmente associado um número, onde 0 corresponde a ausência de dor e 5 à dor máxima (figura 3.4) ^{10, 16}.

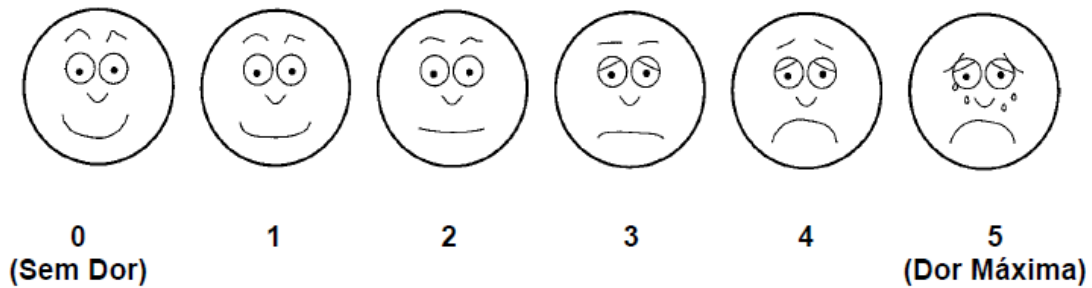


Figura 3.4 - Escala de Faces. Adaptado de Direção-Geral da Saúde ¹⁶.

Após a avaliação da dor, deve fazer-se a respetiva anotação na folha de registo dos sinais e sintomas vitais, implementada nos serviços que prestam cuidados de saúde, na qual consta um espaço próprio destinado ao registo da intensidade da dor ¹⁶.

3.1.2 Escalas multidimensionais

A avaliação da dor tem como objetivo, além da intensidade, determinar igualmente a qualidade, duração e o impacto no domínio psicoafectivo, de forma a facilitar o diagnóstico e ajudar na escolha da terapêutica mais adequada e quantificar a sua efetividade ²⁸.

As escalas multidimensionais, para além de avaliarem a vertente sensorial da dor, exprimem também a repercussão que a dor efetivamente tem na vida do doente, e que se pode traduzir de variadas formas, as quais podem manifestar-se por incómodo, angústia e depressão ²⁷.

Estas escalas têm mais utilização na avaliação da dor crónica e, através de questionários que se destinam a ser preenchidos pelo doente e, constituem um método mais específico e rigoroso. Paralelamente à medição da intensidade da dor, também as vertentes emocionais e cognitivas podem ser, assim, compreendidas ²⁷.

Ao ser feita uma avaliação simultaneamente qualitativa e quantitativa da dor, torna-se mais fácil escolher qual a terapêutica mais adaptada a cada doente ²⁷.

O Questionário de Dor McGill (em anexo) é um dos melhores instrumentos multidimensionais no que respeita à avaliação das dimensões sensitiva, discriminativa, afetiva, emocional, cognitiva e avaliativa ²⁸.

O referido questionário foi elaborado de forma a fornecer medidas quantitativas da dor, que permitissem ser trabalhadas estatisticamente, de forma a conhecer as qualidades sensoriais, afetivas e avaliativas da experiência dolorosa. Possui índices de validade e confiabilidade definidos e tem igualmente poder discriminativo entre os diversos componentes da dor²⁸.

A sua constituição integra uma lista de setenta e oito adjetivos, repartidos por vinte subclasses, em que cada uma corresponde a um determinado aspeto da dor, e por quatro classes, que são: a sensorial, a afetiva, a mista (sensorial e afetiva) e a avaliativa. As subclasses de 1 a 10 representam respostas sensitivas à experiência dolorosa (tais como calor, torção, tração), as subclasses de 11 a 15 contêm respostas de natureza afetiva (tais como o medo e a punição), enquanto a subclasse 16 contempla uma avaliação global da experiência dolorosa e, por fim, as subclasses de 17 a 20 constituem uma miscelânea de adjetivos que muitas vezes são referidos pelos doentes para caracterizar a sua dor, tais como “espalha”, “irradia”, “aperta”, “fria”, “pavorosa”, “torturante”, entre outras²⁸.

Cada subclasse integra, assim, grupos de palavras muitas vezes consideradas semelhantes, que podem ser sinónimas, variar na intensidade com que exprimem a dor ou possuir apenas diferenças subtis no seu significado, contudo, todas elas são extremamente importantes para o doente que tenta, desesperadamente, comunicar a dor que sente ao profissional de saúde²⁹.

Após serem concedidas todas as informações, é pedido ao doente que selecione somente uma opção em cada subclasse, sendo depois calculado o seu índice de dor, o qual é obtido pela somatória dos valores de intensidade dos adjetivos escolhidos para cada uma das quatro subclasses. A pontuação máxima possível é 78 valores²⁸.

O questionário de McGill possui também uma escala de intensidade (de 0 a 5), bem como um diagrama corporal destinado à representação do local onde se situa a dor e a caracterização de outros aspetos, como a periodicidade e a duração da queixa álgica²⁸.

Apesar de este questionário ser o melhor instrumento que existe para avaliar a dor na sua vertente multidimensional, é preciso considerar que os questionários de adjetivos se destinam a ser aplicados a longo prazo e, ao contrário das escalas unidimensionais, a sua implementação implica uma boa compreensão dos adjetivos. Uma outra limitação é o facto de não ser um instrumento válido em situações de dor extrema, já que pressupõe que o indivíduo tenha tempo e clareza para refletir sobre os adjetivos e assinalar aquele

que melhor se assemelha ao que está a sentir. Em geral, também os doentes sedados ou com dificuldades de expressão oral também não estão aptos a responder ao questionário^{27, 29}.

3.2 Avaliação da dor em grupos populacionais com características especiais

Os grupos populacionais com características particulares, nomeadamente as crianças e os idosos que já não conservam as capacidades de comunicação necessitam de instrumentos de avaliação mais direcionados às suas características.

3.2.1 Avaliação da dor em crianças

As crianças diferem na forma como respondem à dor, pelo que a todos os fatores que dizem respeito ao contexto em que esta se desenrola, e também as características de cada uma, irão determinar a sua experiência dolorosa, o que implica que a avaliação da dor seja multifacetada.

Desta forma, a avaliação da dor neste grupo etário reveste-se de particularidades que impõem que seja considerada separadamente dos restantes grupos.

A Orientação nº 014/2010 da DGS, relativa às orientações técnicas sobre a avaliação da dor em crianças, define os procedimentos gerais a considerar sobre este assunto, destacando-se como boas práticas na avaliação da dor:³⁰

- i. A necessidade de acreditar sempre na criança e na dor que ela refere;
- ii. A partir dos 3 anos de idade, e sempre que possível, deve ser privilegiada a autoavaliação da dor;
- iii. A necessidade de ser dado tempo à criança, para que ela expresse a sua dor;
- iv. Ter sempre em consideração o comportamento habitual da criança com dor, ou de uma criança sem dor, da mesma idade;
- v. Promover o diálogo com a criança, a partir dos três anos de idade, bem como com os pais e o cuidador principal, observá-la e utilizar um instrumento de avaliação adequado;
- vi. Traçar a história de dor da criança;

- vii. Manter o mesmo instrumento de avaliação, a não ser que a situação clínica da criança justifique uma alteração;
- viii. Respeitar e utilizar rigorosamente as instruções metodológicas específicas de cada instrumento de avaliação;
- ix. Perante uma dor intensa, dar prioridade ao seu tratamento, em detrimento da sua avaliação.

Para as crianças com idade inferior a 4 anos, ou que não possuam capacidade de verbalizar, a DGS propõe a utilização da Escala FLACC – do inglês *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability* (em anexo). Esta consiste na avaliação de cinco parâmetros: a expressão facial sugestiva de dor, a movimentação dos membros inferiores, a atividade geral da criança, a presença de choro e com que frequência ocorre, e por fim, a consolabilidade geral da criança. A cada um dos referidos parâmetros é atribuída uma pontuação de 0, 1 ou 2 valores, em que 0 indica ausência de dor e 2 é consistente com dor de intensidade máxima. O resultado final é obtido através da soma dos valores atribuídos à opção que melhor descreve cada um dos respetivos parâmetros, e pode variar entre 0 e 10³⁰.

Quadro 3.1 - Instrumentos de avaliação da dor recomendados para utilização em idade pediátrica. Adaptado de Direção-Geral da Saúde³⁰.

Idade	Escala
Menores de 4 anos	FLACC (<i>Face, Legs, Activity, Cry, Consolability</i>)
Entre 4 e 6 anos	FPS-R (<i>Faces Pain Scale – Revised</i>) FPS-R (<i>Faces Pain Scale – Revised</i>)
A partir dos 6 anos	EVA – Escala Visual Analógica EN – Escala Numérica FPS – R (<i>Faces Pain Scale – Revised</i>) Escala de faces de Wong-Baker
Crianças com multideficiência	FLACC – R (<i>Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised</i>)

A Escala FLACC-R - *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability - Revised* - é, segundo a DGS, a recomendada para aplicar na avaliação da dor em crianças com multideficiência (em anexo). Segundo Batalha e Mendes estas crianças têm, como consequência de limitações a nível cognitivo e neuromuscular, comportamentos inespecíficos de dor, o que causa dificuldade no seu diagnóstico e interpretação, e provoca um sub-tratamento da mesma, pelo que se torna indispensável uma medição da dor através desta escala.

Trata-se de uma adaptação da escala *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability* (FLACC), que avalia os mesmos parâmetros que esta, mas a cada um deles é adicionado um descritor direcionados a uma avaliação mais específica da dor. O resultado final resulta da soma da pontuação que melhor caracteriza cada um dos parâmetros avaliados, e pode variar entre 0 e 10 pontos. Considera-se que uma pontuação entre 1 e 3 pontos é indicativa de dor ligeira, que uma pontuação entre 4 e 6 é consistente com dor moderada e entre 7 e 10 revela uma dor grave³¹.

No que respeita a crianças entre os 4 e os 6 anos de idade, a DGS propõe a aplicação de duas escalas de avaliação da dor: a Escala FPS-R - *Faces Pain Scale – Revised* e a Escala de Faces de Wong-Baker (figura 3.5).

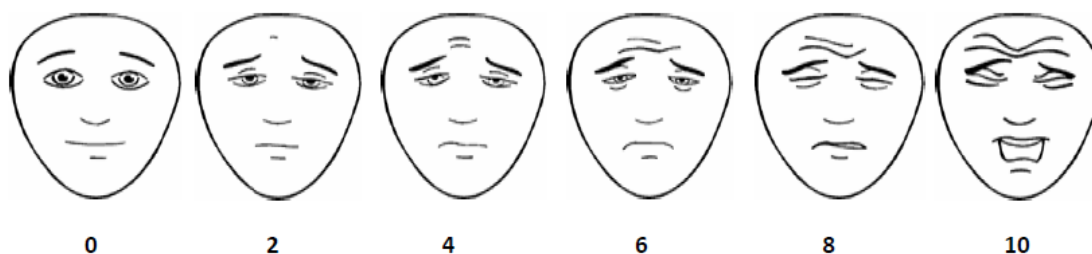


Figura 3.5 - *Faces Pain Scale – Revised*. Retirado de Direção-Geral da Saúde³⁰.

A primeira consiste numa sequência de seis representações faciais que representam o quanto algo pode magoar. A face mais à esquerda não tem qualquer dor, mas esta vai adquirindo intensidade à medida que se avança para a direita, culminando com a face da extremidade direita, que representa muita dor. A criança deverá assinalar a face que mais representa a sua dor, e a pontuação pode assumir valores 0 (sem dor), 2, 4, 6, 8 e 10 (dor máxima)³⁰.

A segunda escala é semelhante, na medida em que consiste igualmente numa sequência de expressões faciais cuja dor se intensifica da esquerda para a direita (figura 3.6). A face da extremidade esquerda “está muito feliz porque não tem dor”, enquanto a face mais à direita “tem uma dor máxima, apesar de nem sempre provocar choro”. À face mais à esquerda é atribuído o valor 0, a face seguinte “tem apenas um pouco de dor”, e toma o valor de 1, seguindo-se a face à qual se atribui o valor 2 porque “tem um pouco mais de dor” que a anterior. A face com o valor 3 “tem ainda mais dor”, e a face com o valor 4 já

“tem muita dor”. A criança deverá escolher a face que melhor descreve a forma como ela se sente³⁰.

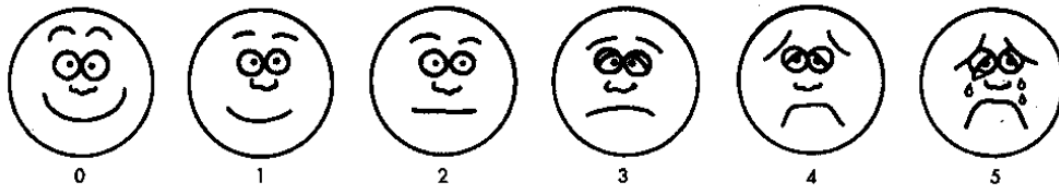


Figura 3.6 - Escala de Faces de Wong-Baker. Adaptado de Direção-Geral da Saúde³⁰.

Existindo escalas variadas para avaliar a dor neste grupo etário, torna-se necessário avaliar a capacidade de cooperação da criança respeitando sempre as suas características individuais e o seu grau de desenvolvimento físico, psicológico e cognitivo, no sentido de compreender as suas queixas algícas e promover uma terapêutica adequada a cada criança.

3.2.2 Avaliação da dor em idosos incapazes de comunicar

A população idosa, em particular aquela que está incapacitada de comunicar verbalmente, está mais propensa a ter uma dor subavaliada e, conseqüentemente, subtratada. Por outro lado, com o aumento da longevidade e do envelhecimento populacional torna-se necessário adotar uma atitude mais dinâmica na gestão da dor neste grupo etário.

Segundo Guarda, as demências, o estado afásico, o facto de serem pouco colaborantes ou a presença de perturbações psicológicas e comportamentais são algumas causas que tornam estes idosos incapazes de comunicar, pelo que se torna inevitável recorrer a instrumentos de heteroavaliação, tendo por base a observação do comportamento do idoso³².

A escala de heteroavaliação utilizada na avaliação da dor em idosos não comunicantes verbalmente é a Escala *Doloplus 2*. Esta pode ser utilizada em diversos contextos, entre eles o hospitalar e o domiciliário, e a sua cotação deve ser levada a cabo por uma equipa multidisciplinar, já que implica a avaliação de 10 itens, os quais estão distribuídos por três subgrupos: a repercussão somática (com ênfase para as queixas somáticas do doente, as posições antálgicas que adota em repouso, a proteção que faz das zonas dolorosas e em

que circunstâncias tal ocorre, a sua expressão facial e o padrão de sono), a repercussão psicomotora (conservação das capacidades habituais de higiene e de vestir-se, e a capacidade de movimentar-se) e a repercussão psicossocial (capacidade de comunicação, impacto na vida social e alterações de comportamento) ³².

Em cada item a avaliar deverá ser selecionada a opção que melhor se aplica ao doente em questão, sendo-lhe atribuída uma cotação que pode variar entre 0 e 3. Embora todos os itens devam ser avaliados, não é necessário que se obtenha uma resposta para todos eles, em especial perante um doente desconhecido, acerca do qual não é possível obter, inicialmente, informação acerca da componente psicossocial. Deste modo, a pontuação será, essencialmente, baseada na avaliação da repercussão somática, que é a mais sugestiva de dor. De acordo com esta escala, considera-se que uma pontuação igual ou superior a 5/30 corresponde à existência de dor ³².

A Escala de *Doloplus 2* avalia apenas a dor crónica, e o valor da sua cotação pode ser apenas indicativo de que a pessoa tem dor sem, no entanto, quantificá-la, pelo que perante um idoso comunicante e cooperante é mais apropriado aplicar instrumento de autoavaliação³².

4. Tratamento farmacológico da dor oncológica

No que respeita ao tratamento da dor oncológica, este deve ser multidimensional, na medida em que, para além de ter como objetivo principal diminuir ao máximo possível as queixas algicas e o sofrimento do doente, deve também englobar a antecipação, a prevenção e o tratamento dos efeitos adversos associados à medicação analgésica^{9, 33}.

Na prática clínica, aquando da implementação do tratamento antineoplásico, os doentes devem ser informados acerca da possibilidade de a dor surgir em qualquer etapa da doença, bem como após qualquer intervenção de carácter diagnóstico ou, ainda, como efeito adverso dos fármacos antineoplásicos. É igualmente importante que seja fornecida uma explicação ao doente e/ou aos seus familiares ou rede de cuidadores acerca das causas responsáveis pelo processo de dor que o doente atravessa. Por estas razões, deve ser sempre encorajada a comunicação com o médico e restantes profissionais de saúde, com o intuito de promover a educação e consciencialização do doente no decurso do processo terapêutico^{33, 34, 35}.

Paralelamente ao tratamento da sensação dolorosa, deve existir periodicamente uma monitorização da terapêutica e uma reavaliação da dor do doente durante a evolução da patologia. A maioria dos doentes consegue obter um alívio satisfatório através do tratamento com antineoplásicos, simultaneamente com a instituição de uma terapêutica analgésica adequada, com fármacos analgésicos e adjuvantes, em combinação com técnicas não farmacológicas, nomeadamente de cariz psicológico ou intervenções de reabilitação^{35,36}.

Neste sentido, devem ser seleccionados fármacos analgésicos em função das necessidades do doente, da intensidade da dor e da ocorrência de efeitos adversos, bem como do impacto sobre o padrão de sono, o seu estado emocional e as repercussões na sua qualidade de vida⁸.

No que respeita à terapêutica farmacológica, encontram-se representados no quadro 4.1 os principais fármacos propostos pela *National Comprehensive Cancer Network* para o controlo da dor oncológica, em função da sua intensidade³⁷.

Quadro 4.1- Lista de fármacos recomendada pela National Comprehensive Cancer Network para alívio da dor oncológica, em função das diferentes intensidades com que esta se pode manifestar. Adaptado de Swarm et. al ³⁷.

Classe	Fármacos	Alternativa
Não opioides	Ácido acetilsalicílico	Naproxeno
	Paracetamol	Diclofenac
Opioides	Ibuprofeno	Diflunisal
	Indometacina	
Fracos	Codeína	Tramadol
Fortes	Morfina	Hidromorfona
		Oxicodona
Antagonistas dos recetores opioides	Naloxona	Buprenorfina ^a
		Fentanilo
Antidepressivos		Metadona
Anticonvulsivantes		-
Corticosteróides	Amitriptilina	Imipramina
	Carbamazepina	Ácido valpróico
	Prednisolona	Prednisona
	Dexametasona	Betametasona

Um outro princípio que deve estar subjacente à implementação da terapêutica é a escolha de medicação que possa ser compreendida pelo doente e pela sua família, particularmente para doentes em regime de ambulatório. A administração por via oral é considerada a de primeira escolha por ser a mais fácil de instituir, mas deve ser considerada uma via alternativa na presença de vômitos, disfagia severa, ou perante uma fraca capacidade de controlo da dor que obrigue a um rápido incremento de dose ou cause efeitos adversos muito acentuados³³.

No que respeita especificamente à dor de origem neuropática, esta por resultar de uma lesão do sistema nervoso ao invés de uma lesão tecidual, apresenta uma resposta baixa aos analgésicos, pelo que o tratamento pode ser otimizado se se optar por uma abordagem terapêutica envolvendo antidepressivos tricíclicos e anticonvulsivantes ^{34, 35}.

4.1 Escada Analgésica da Organização Mundial de Saúde

O método proposto pela OMS para tratamento da dor oncológica, vulgarmente conhecido como Escada Analgésica, tem-se revelado de grande importância no controlo da dor numa percentagem significativa de doentes ^{33, 34, 36}.

Proposto em 1986, trata-se de um método simples, bem validado e efetivo em cerca de 90% dos doentes e constitui o princípio orientador fundamental a aplicar no tratamento da dor oncológica^{36,38}.

A Escala Analgésica da OMS, que se encontra representada na figura 4.1, consiste numa sequência de três degraus (1, 2 e 3), representativos da dor de intensidade ligeira, moderada e severa, respetivamente, sendo que à dor característica de cada degrau estão associados diferentes fármacos, nos quais se deve basear a terapêutica farmacológica instituída ao doente³⁴.

No que diz respeito ao tratamento da dor ligeira, este deve iniciar-se com fármacos analgésicos não opioides, como o paracetamol ou anti-inflamatórios não esteroides (AINEs). Já para doentes com dor moderada, é necessário ter em consideração os fármacos analgésicos opioides fracos, pertencentes ao segundo degrau da escada analgésica, e que podem ser, ou não, prescritos em combinação com analgésicos não opioides pertencentes ao primeiro degrau. Caso a dor seja persistente ou vá adquirindo intensidades superiores, é necessário alterar o tratamento e optar por um analgésico opioide forte, para tratamento da dor moderada a severa. De facto, grande parte do sucesso alcançado por este método é resultante da utilização de analgésicos opioides para o controlo da dor moderada a severa^{34,37}.

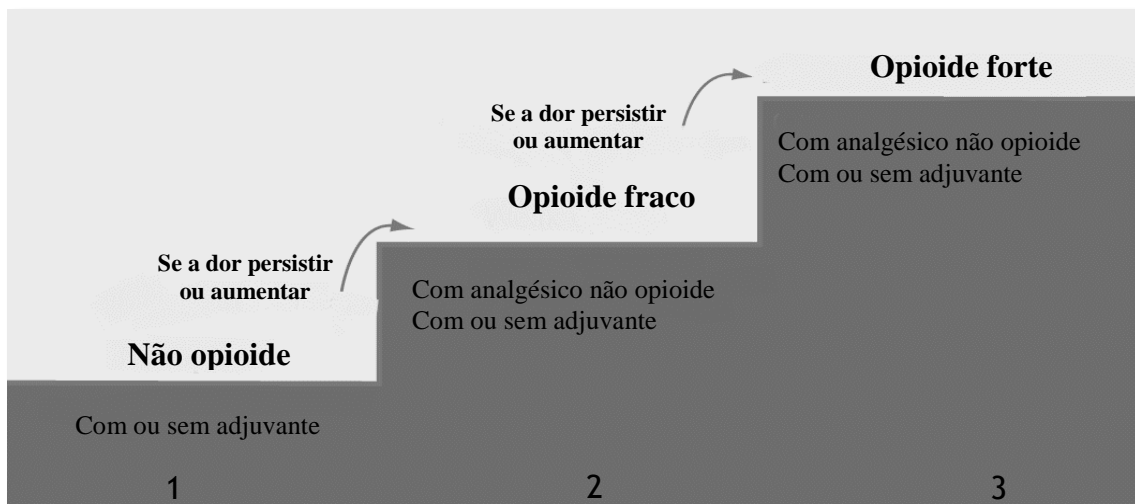


Figura 4.1 – Escada Analgésica da Organização Mundial de Saúde. Adaptado de World Health Organization³⁴.

O tratamento analgésico deve iniciar-se com o fármaco pertencente ao degrau da escada analgésica mais apropriado à intensidade da dor³⁵.

Existem cinco critérios importantes cuja aplicação é indispensável para o sucesso da aplicação da escada analgésica, que são:

- **“Pela boca”** – a medicação deve, sempre que possível, ser administrada por via oral ¹. Esta é a via de administração mais cómoda e fisiológica.
- **Pelo relógio** – a medicação deve ser administrada em intervalos temporais fixos. Progressivamente, a dose é titulada, isto é, ajustada, de acordo com a intensidade da dor do doente. Pretende-se que a dose seguinte seja administrada antes de cessar o efeito analgésico da dose anterior, de forma a obter uma analgesia contínua no tempo. Alguns doentes necessitam, contudo, de doses de “resgate” para a dor irruptiva, as quais devem variar entre 50 a 100% relativamente à dose fixa, e são administradas em complementaridade com o esquema terapêutico fixo, sempre que haja intensificação da dor de base ^{34,35}.
- **Pela escada:** pressupõe a utilização dos diferentes degraus da escada analgésica em função da intensidade da dor, o primeiro dos quais corresponde à utilização de medicação não opioide. Caso esta não seja suficiente para controlar a dor, deve ser adicionado um opioide para a dor ligeira a moderada. Se a associação de um analgésico opioide do segundo degrau com um analgésico não opioide não for suficiente, deve ser instituído um opioide correspondente ao terceiro degrau, ou seja, para a dor moderada a severa. Os fármacos analgésicos adjuvantes podem, por sua vez, ser utilizados em qualquer um dos degraus, devendo estar adaptados às necessidades do doente e aos recursos disponíveis ³⁴.
- **Pelo indivíduo:** uma vez que não existem doses de analgésicos opioides definidas para a totalidade dos doentes, a dose mais adequada a cada um, individualmente, é aquela que melhor permite controlar a dor com o mínimo de efeitos adversos. Também o tipo de analgésico, a via de administração, o esquema terapêutico, entre outros aspetos relativos ao doente, sejam eles de carácter físico, psicológico ou social devem ser alvo de reflexão ^{34, 38}.
- **Com atenção ao detalhe:** este último tópico enfatiza a necessidade de considerar todos os possíveis aspetos que integram, por um lado, a terapêutica e, por outro,

o doente. Inclui a necessidade de estipular diferentes regimes terapêuticos em função do fármaco, das suas características farmacocinéticas, das formulações utilizadas e da rotina do doente. Apela igualmente à cedência de informação, oral e escrita, acerca da posologia terapêutica, do horário das administrações, dos nomes dos medicamentos, e a forma de administra-los, bem como dos efeitos adversos que podem surgir e como lidar com eles^{34, 38}, havendo, nesta perspetiva, a necessidade de promover a educação para a saúde.

Este protocolo é visto como um conjunto de princípios a seguir e é importante ter em consideração que a sua aplicação deve ser parte integrante de uma estratégia multidimensional e multidisciplinar.

Como foi referido, é necessário analisar a intensidade da dor que o doente diz sentir, para que a terapêutica a introduzir seja a mais adequada possível à sua condição. A Escala Numérica para avaliação da intensidade da dor é uma das que pode ser utilizada para avaliação deste parâmetro. Se esta for tida em consideração, os opioides fracos devem ser instituídos quando se obtém uma pontuação entre os 4 e os 6 valores, ficando os opioides fortes reservados para dores severas, nas quais a pontuação obtida é superior a 6, conforme se constata através do quadro 4.2³⁵.

Quadro 4.2 - Categorização da intensidade da dor em função da avaliação da sua intensidade através da Escala Numérica, e respetiva terapêutica farmacológica a instituir^{35, 39}.

Intensidade da dor	Pontuação (Escala Numérica)²	Terapêutica farmacológica a instituir
Ligeira	1-3	Paracetamol ou AINEs
Moderada	4-6	Opioide fraco ± paracetamol ou AINEs
Severa	7-10	Opioide forte ± Paracetamol ou AINEs

No entanto, a intensidade da dor avaliada através dos instrumentos disponíveis para esse efeito não permite a existência de um consenso total acerca da pontuação decisiva do degrau analgésico a aplicar, pelo que é necessário fazer-se uma interpretação flexível da intensidade da dor.

Se corretamente aplicada, a escada analgésica permite que a dor oncológica seja controlada em 70 a 90% dos doentes³⁴.

4.1.1 Dor ligeira

No tratamento da dor ligeira estão referenciados como fármacos de primeira linha o paracetamol e os AINEs, ainda que estes sejam igualmente considerados como parte integrante do tratamento da dor oncológica em qualquer uma das suas intensidades, proporcionando analgesia adicional ³⁵.

Os AINEs demonstraram, em diversos estudos, a sua eficácia, ao conseguirem proporcionar um controlo da dor superior àquele observado com placebo ^{2,12}. Por outro lado, até ao momento, nenhum AINE revelou uma maior eficácia relativamente a qualquer outro fármaco deste grupo ³⁹.

O mecanismo de ação e os efeitos terapêuticos dos AINEs devem-se a uma interferência no decurso da cascata do ácido araquidónico, da qual resulta a inibição da síntese de eicosanóides. Estes fármacos, ao inibirem a enzima cicloxigenase (COX), bloqueiam a síntese de prostaglandinas (PGs), envolvidas no processo inflamatório e na dor ^{39,40,41}.

A formação de PGs contribui para o aparecimento de dor, pois estas promovem uma sensibilização das terminações nervosas aos estímulos dolorosos, por diminuição do limiar a partir do qual ocorre uma excitação dos nociceptores ⁴¹.

A COX está envolvida em processos inflamatórios, febris, álgicos, na agregação plaquetária e na produção de muco no trato gastrointestinal. Existem efetivamente duas isoformas da COX: a COX-1, maioritariamente expressa de forma constitutiva em grande parte das células e tecidos, e a COX-2, cuja expressão é maioritariamente induzida nas células endoteliais e constitutiva apenas em determinadas regiões dos rins e do cérebro. Uma consideração importante acerca da COX-1 é a sua ampla distribuição nas células do epitélio gástrico, onde desempenha um papel de extrema importância na produção de prostaglandinas protetoras desta mucosa, e que explica a ocorrência de efeitos gástricos adversos resultantes da terapêutica com os AINEs tradicionais (hemorragia, ulceração e perfuração gastrointestinal), e que tanto motivou o desenvolvimento de novos AINEs inibidores específicos da COX-2, a qual não se expressa a nível gástrico ⁴¹.

Os AINEs não seletivos, por inibirem ambas as isoformas da enzima, propiciam a ocorrência de broncoespasmos, porque ao inibirem a síntese de prostaglandinas, promovem uma deslocação do ácido araquidónico para a via de produção de leucotrienos, através da ação da enzima lipoxigenase (LOX). Os leucotrienos, pela sua ação

broncoconstritora e por limitarem a *clearance* mucociliar, provocam edema a nível pulmonar³⁵. Por esta razão, são contraindicados em doentes asmáticos.

Todos os AINEs, incluindo os recentes inibidores seletivos da COX-2 possuem ação anti-inflamatória, analgésica e antipirética^{39,40,41}. Apenas o paracetamol demonstra uma fraca atividade anti-inflamatória. Apesar de apresentar um elevado perfil de segurança quando utilizado em concentrações pertencentes à sua janela terapêutica, o paracetamol pode causar hepatotoxicidade (quadro 4.3) se a dose administrada exceder as 4g/24h. Este risco é ainda superior em doentes com comprometimento da função hepática^{40,42}, pelo que nestes casos é necessária uma monitorização mais frequente e cuidadosa.

O ácido acetilsalicílico possui uma particularidade, pois atua por modificação covalente da COX-1 e da COX-2, as quais inibe de forma irreversível, e desta forma a duração dos efeitos por ela produzidos relaciona-se com o *turnover* da enzima nos diversos tecidos alvo, o que não acontece com os outros AINEs, que atuam por inibição competitiva da enzima mediante a ligação ao seu centro ativo e, neste caso, a duração do seu efeito está assim diretamente relacionada com a biodisponibilidade dos mesmos⁴¹.

Acerca da sua aplicabilidade no tratamento da dor, os AINEs são essencialmente utilizados na presença de dor ligeira a moderada e, no âmbito da dor oncológica, a sua utilização reveste-se de grande importância na presença de um estado inflamatório que desencadeie a sensibilização dos recetores álgicos⁴¹. Estes fármacos, ao reduzirem a produção de PGs através da cascata do ácido araquidónico, diminuem o número de impulsos dolorosos que chegam ao SNC. O seu principal interesse na dor oncológica é no controlo da dor óssea⁴², já que no osso afetado existe uma elevada concentração de PGs, produzidas pelas células tumorais³⁴. Também se reveste de particular importância a aplicação de analgésicos não opioides no controlo da dor causada por infiltração muscular³⁴.

Sempre que possível, os AINEs e o paracetamol devem ser preferidos aos analgésicos opioides, pois não têm associado todo o quadro de reações adversas da analgesia opioide⁴¹. No entanto, estes fármacos possuem um “efeito de teto”, ou seja, o aumento da dose a partir de um determinado valor (quadro 4.3) não proporciona analgesia superior podendo, contudo, aumentar a ocorrência de eventos adversos³⁴.

Quadro 4.3 - Posologia dos principais analgésicos não-opioides utilizados no controlo da dor oncológica ^{34, 35}.

Fármaco	Dose padrão
Ácido acetilsalicílico	500-600 mg a cada 4-6 horas
Paracetamol	500-1000 mg a cada 4-6 horas
Ibuprofeno	400 mg a cada 4-6 horas
Indometacina	25 mg a cada 6 horas

A utilização prolongada de AINEs ou inibidores seletivos da COX-2 (*coxibes*) deve ser cuidadosamente monitorizada, pois entre os principais efeitos adversos dependentes da dose encontram-se descritos efeitos gastrointestinais (náuseas, epigastralgia, ulceração e hemorragias), hematológicos (inibição da agregação plaquetária, hemorragias), disfunção renal e complicações cardíacas, incluindo retenção de fluidos e hipertensão ³⁶. Recentemente foi descrita uma associação entre a utilização de AINEs e o aumento do risco de morte em doentes com historial de enfarte do miocárdio ⁴³. Olsen *et al.* demonstraram que a utilização de AINEs nestes doentes, mesmo em tratamentos de curta duração, está associada a um aumento do risco cardiovascular ⁴³, reforçando a ideia de que deverá existir um balanço muito rigoroso dos riscos e dos benefícios desta terapêutica.

Por estas razões, sugere-se que a utilização de AINEs, incluindo os *coxibes*, não deva ser generalizada a todos os doentes e todos os tipos de dor. Idealmente, deverá ser minimizada a sua utilização na presença de doenças cardiovasculares ou complicações gastrointestinais, e restringir-se ao tratamento da dor relacionada com uma lesão tecidual e/ou um processo inflamatório, respeitando assim o seu mecanismo de ação.

Caso não se consiga obter o controlo da dor com analgésicos não opioides deve ser considerada a implementação de terapêutica com analgésicos opioides, ou seja, deve “subir-se” um degrau na escada analgésica.

4.1.2 Dor moderada

No caso de a dor ser classificada como moderada, devem ser adicionados analgésicos opioides fracos. À semelhança do que acontece na dor ligeira, os fármacos adjuvantes

devem ser coadministrados sempre que a dor seja sugestiva da presença de um componente neuropático³⁴.

Os analgésicos opioides atuam ligando-se a recetores μ , κ e δ , podendo, de acordo com a sua atividade intrínseca, ser classificados de agonistas, agonistas-antagonistas mistos e antagonistas. Um fármaco agonista é aquele que se liga ao recetor opioide e o ativa, sendo responsável pelo início dos efeitos farmacológicos e também dos efeitos adversos. Os agonistas-antagonistas mistos possuem uma atividade intrínseca (isto é, a capacidade de iniciar um efeito farmacológico pelo complexo fármaco-recetor) inferior à dos agonistas puros, podendo desempenhar propriedades antagonistas por competirem com eles pela ocupação dos recetores. Os antagonistas exercem o seu efeito farmacológico competindo com os opioides endógenos e exógenos para os recetores μ , e utilizam-se no tratamento da dor sobretudo para reverter os efeitos adversos induzidos pelos opioides^{35, 44}.

Consoante a atividade agonista sobre cada tipo de recetor opioide obtêm-se, a par da analgesia, efeitos adversos distintos (quadro 4.4)³⁸.

Quadro 4.4 - Efeitos dos analgésicos opioides ao atuarem nos diferentes recetores opioides. Adaptado de: Fine *et al.*³⁸.

Recetor	μ	κ	δ
Efeito	Analgesia Depressão respiratória Euforia Obstipação	Analgesia Depressão respiratória Disforia Sedação	Analgesia Depressão respiratória

De acordo com a *European Society for Medical Oncology* (ESMO), no tratamento da dor moderada deve ser instituídos analgésicos opioides fracos, como a codeína, ou o tramadol, em combinação com analgésicos não opioides já descritos. Alternativamente, poderão ser fornecidas doses baixas de opioides fortes, em combinação com analgésicos não opioides³⁵.

Esta segunda alternativa proposta pela ESMO vai de encontro às dúvidas que existem acerca da aplicabilidade e da utilidade dos analgésicos opioides fracos no controlo da dor oncológica. De facto, existe uma grande controvérsia em relação a este assunto, já que por um lado, alguns estudos demonstram uma boa eficácia do tramadol comparativamente a placebo no controlo da dor oncológica nociceptiva moderada e neuropática⁴⁵, embora outros autores, como Eisenberg *et al.* não tenham encontrado diferenças, no que respeita

à eficácia, entre os analgésicos não opioides, do primeiro degrau, e os analgésicos opioides fracos, do segundo degrau da escada analgésica, nem à combinação dos primeiros com os segundos^{46, 47}.

A codeína é um dos principais representantes do segundo degrau da escada analgésica, e muitas vezes é administrada conjuntamente com o paracetamol. É um pró-fármaco que, por ação da enzima CYP2D6, se converte em morfina numa extensão de aproximadamente 10% em relação à dose inicial administrada⁸. A codeína é um agonista fraco dos recetores opioides μ e δ , e a experiência clínica sugere que o seu principal inconveniente é o aparecimento de náuseas e obstipação com maior frequência do que em relação a doses equianalgésicas de outros opioides^{37, 38}.

O tramadol é um dos fármacos igualmente utilizados nesta fase. Trata-se de uma molécula sintética com um mecanismo de ação misto, pois é um agonista dos recetores μ , para os quais possui uma fraca afinidade e, simultaneamente, promove um bloqueio da recaptação de serotonina e noradrenalina. Este último aspeto torna possível a sua utilização em casos de dor neuropática, mas implica uma utilização cautelosa em doentes sob terapêutica com antidepressivos tricíclicos ou inibidores da recaptação de serotonina^{44, 45}, por potencializar a ocorrência de interações medicamentosas. O tramadol já demonstrou ter eficácia no controlo da dor oncológica neuropática, assumindo-se assim como uma alternativa aos antidepressivos tricíclicos e aos antiépiléticos neste âmbito⁴⁵. Um aspeto negativo associado à terapêutica com tramadol é a maior ocorrência de efeitos adversos, comparativamente à codeína, nomeadamente vómitos, tonturas e perda de apetite⁴⁸. O tramadol está comercializado sob a forma de cápsula, cápsula de libertação prolongada, comprimido, comprimido de libertação prolongada, gotas orais, solução injetável e supositório⁴⁹. A associação de tramadol com paracetamol é muito comum, e está disponível sob a forma de comprimido, comprimido efervescente e comprimido revestido por película e comprimido de libertação prolongada⁴⁹.

Os analgésicos opioides requerem uma monitorização mais cuidadosa, devido ao seu mecanismo de ação, suscetível de desencadear efeitos adversos muito mais pronunciados e potencialmente lesivos.

4.1.3 Dor severa

No terceiro degrau da escada analgésica da OMS encontram-se os fármacos analgésicos opioides fortes, dos quais a morfina é o principal representante. Estes devem ser instituídos quando a dor é nociceptiva e de intensidade *severa*, e é frequente a sua coadministração com analgésicos não opioides. Uma vez mais, os fármacos adjuvantes estão indicados se existir dor de origem neuropática^{34, 35, 37}.

Na Europa, os principais fármacos empregues no tratamento da dor oncológica severa são a morfina, a oxiconona, a hidromorfona, o fentanilo, o alfentanilo, a buprenorfina e a oximorfona, tendo-se recentemente verificado um aumento no consumo de fentanilo e hidromorfona sob a forma de administração transdérmica^{35, 37}.

A morfina é considerada o protótipo do agonista puro dos recetores μ ³⁸ possuindo também atividade agonista fraca em relação aos recetores κ ³⁷, e é o opioide de primeira linha no tratamento da dor severa, uma vez que proporciona um alívio efetivo das dores, é amplamente tolerada, simples de administrar e tem uma relação custo/benefício muito favorável³⁵. Apesar de ser mais aconselhada a administração por via oral, em doentes que apresentem necessidade de um alívio urgente deve ser feita uma titulação da dose por via parentérica, preferencialmente subcutânea ou intravenosa. Neste caso, aquando da conversão da via parentérica para a oral devem ser consideradas as doses equianalgésica correspondentes a cada via de administração, tendo em conta uma potência relativa entre 1:2 e 1:3, ou seja, na passagem de morfina por via parentérica para oral a dose deve ser multiplicada por dois ou três e posteriormente ajustada^{35, 36}. A morfina é o analgésico de eleição para doentes que nunca estiveram expostos a medicação opioide. Em Portugal, este fármaco encontra-se disponível sob a forma de comprimido de libertação prolongada, comprimido revestido, cápsula de libertação prolongada, solução oral e solução injetável⁴⁹.

O fentanilo é um opioide sintético, agonista dos recetores opioides μ , caracterizado pela sua elevada lipossolubilidade e elevada potência, cerca de 100 vezes superior à da morfina. A sua utilização mais representativa é por via transdérmica, a qual se mostra uma excelente opção em doentes com necessidades analgésicas estáveis, naqueles que estão incapazes de deglutir, ou que são pouco aderentes à terapêutica, bem como perante um comprometimento da função renal e, ainda, quando a obstipação induzida pela

medicação for especialmente problemática, já que existe um menor potencial de obstipação induzido pelo fentanilo transdérmico ³⁵.

Em Portugal o fentanilo encontra-se disponível também sob a forma farmacêutica de comprimido para chupar e película bucal ⁴⁹. Estas formulações são particularmente indicadas no tratamento da dor disruptiva em doentes oncológicos adultos, já que possibilitam uma rápida absorção e, conseqüentemente, um início de ação bastante célere ⁵⁰. No entanto a xerostomia, encontrada com alguma frequência em doentes oncológicos, pode limitar a utilização destas formas farmacêuticas, que requerem a presença de um conteúdo salivar adequado à dissolução do fármaco, condição indispensável para que ocorra absorção sistémica. Neste sentido, foi aprovada recentemente pela *Food and Drug Administration* (FDA) um *spray* de fentanilo para aplicação sublingual que contorna o problema do baixo conteúdo salivar. Esta formulação permite que haja uma absorção máxima e um início mais rápido dos efeitos analgésicos do fentanilo, mas ainda não se encontra disponível em Portugal ⁴⁹.

A buprenorfina é um agonista parcial dos recetores μ e um antagonista dos recetores κ . Em comparação com a morfina, induz obstipação, náuseas e vômitos com menor frequência. Por ser maioritariamente eliminada pela via fecal pode ser utilizada com mais segurança em doentes com comprometimento da função renal. Na dor oncológica a sua aplicação é a via transdérmica ⁵⁰. Este analgésico encontra-se comercializado sob a forma de comprimido sublingual nas dosagens de 0.4, 2 e 8 mg e de sistema transdérmico (disponível nas dosagens de 35 $\mu\text{g/h}$, 52.5 $\mu\text{g/h}$ e 70 $\mu\text{g/h}$) ⁴⁹.

A oxicodona pode ser administrada como fármaco de primeira escolha no tratamento da dor oncológica moderada a severa ou quando outros opioides se mostrem inefetivos. A sua ação deve-se à sua afinidade para os recetores μ , κ e δ e à sua rápida passagem pela barreira hematoencefálica. A sua biodisponibilidade oral varia entre 60 a 80%. Deve ser administrada com precaução perante compromissos da função renal, os quais comprometem a sua eliminação, sendo recomendada uma redução da dose nestes casos. Num estudo observacional prospetivo em 7836 doentes com dor crónica severa de várias etiologias, demonstrou-se que a associação fixa de oxicodona com naloxona numa proporção 2:1 possui efeitos analgésicos similares àqueles conseguidos pela administração de oxicodona e, simultaneamente, diminui a ocorrência de eventos adversos a nível gastrointestinal, como sejam a obstipação, a dor abdominal e as náuseas. Este efeito ocorre porque a naloxona atua como antagonista dos recetores μ a nível da

parede intestinal e das mucosas do trato gastrointestinal inferior^{35,37,51}. Em Portugal, esta combinação encontra-se comercializada sob a forma de comprimidos de libertação prolongada nas doses de 5 + 2,5mg, 10 + 5mg e 20 + 10mg⁴⁹.

A administração oral de hidromorfona é uma alternativa à morfina e à oxicodona. A analgesia obtida deve-se maioritariamente aos efeitos agonistas do fármaco sobre o recetor opioide μ e uma ligeira afinidade para os recetores δ . Os efeitos secundários ocorrem com menos frequência comparativamente à morfina e a tolerância à analgesia também se desenvolve menos rapidamente. A hidromorfona é particularmente útil em doentes que necessitam de elevadas doses de analgésicos opioides por via parentérica, já que é significativamente mais potente que a morfina e o facto de ser muito solúvel em água permite torna-a bastante adequada à administração subcutânea, incluindo a perfusão subcutânea contínua³⁸. Em Portugal encontram-se comercializados comprimidos e cápsulas de hidromorfona de libertação prolongada⁴⁹.

O paracetamol e os AINEs são fármacos universalmente aceites como parte integrante do tratamento da dor oncológica moderada e severa, e encontra-se descrito que a associação de um AINE com um opioide do terceiro degrau da escada analgésica permite aumentar o controlo das queixas algicas e reduzir as doses necessárias de opioide o que, conseqüentemente, permite diminuir a incidência de efeitos adversos a esta medicação. Este assunto é igualmente alvo de grande controvérsia, já que de acordo com as orientações da FDA, à medida que vai sendo necessário proceder a aumentos de dose, recomenda-se a implementação de uma terapêutica exclusivamente opioide, em detrimento da associação destes com analgésicos não opioides³⁵.

Desta forma, constata-se uma vez mais que a terapêutica analgésica a implementar nestes doentes deve ser bastante individualizada, tendo em conta todos os fatores anteriormente referidos e a progressão da doença.

4.2 Terapêutica com opioides

Anteriormente à descoberta dos recetores opioides no sistema nervoso central, em 1973, muitos doentes oncológicos faleceram apresentando um quadro de dores extremamente severas. A partir desta altura, e com os novos métodos de libertação de fármacos implementados na década de 80 do século passado, como foi o caso da libertação

subcutânea contínua, da administração intravenosa, epidural e intratecal de opioides, tornou-se possível oferecer a estes doentes métodos mais efetivos de analgesia ³⁸.

Em muitos países, o consumo de opioides é considerado um critério de avaliação da qualidade associado ao controlo da dor oncológica ³⁴. Apesar disso, existem ainda muitas barreiras que põem em causa a sua correta utilização e, conseqüentemente, o controlo do sofrimento destes doentes ^{38, 34, 52}. Estas barreiras constituem obstáculos que podem ter diversas origens: no doente, no médico e no sistema de saúde. Uma atenção direcionada a estes fatores pode promover uma melhor utilização dos recursos disponíveis nesta área e melhorar os cuidados de saúde prestados aos doentes, pelo que é importante referi-los ^{38, 52}.

No que diz respeito às barreiras com origem no doente encontra-se o facto de muitos ainda se mostrarem relutantes em comunicar ao médico a dor que sentem, seja por receio dos efeitos secundários associados à analgesia opioide, ou por terem receio de desviar a atenção do médico para a dor, em detrimento do tratamento da neoplasia, ou por acreditarem que a dor é um indicador da progressão da doença, associando-lhe um fatalismo por vezes inadequado. Relativamente às barreiras com origem no médico encontram-se descritas na literatura situações de alguma falta de conhecimento acerca das opções terapêuticas para controlo da dor, dos seus efeitos secundários e ainda de acerca de conceitos importantes neste âmbito, como sejam as dosagens e os conceitos de adição, e tolerância. Os sistemas de saúde são, naturalmente, um pilar fundamental na prestação de cuidados aos doentes, e a falta de acesso a estes sistemas tem sido apontada como uma das principais barreiras que se colocam ao tratamento da dor. Adicionalmente, a falta de acesso à medicação, particularmente por parte dos indivíduos economicamente mais desfavorecidos, constitui um importante entrave à obtenção de uma melhoria na sua qualidade de vida ⁵².

Atualmente os analgésicos opioides são considerados efetivos, possibilitam uma fácil titulação da dose e proporcionam uma boa relação risco/benefício ^{36,42}. Para tal, existem alguns princípios que devem estar subjacentes aquando da seleção da terapêutica mais adequada ao doente. Desta forma, considera-se que a dose mais apropriada a implementar é aquela que controlará o mais eficazmente possível a dor do doente sem, idealmente, lhe causar efeitos adversos ou sendo estes minimizados tanto quanto possível. A este fator acresce a necessidade de redobrar a atenção perante doentes com compromissos na função hepática e renal, determinantes no metabolismo e eliminação dos fármacos, e/ou com

patologias a nível pulmonar, já que a este nível que se verifica uma diminuição da capacidade respiratória, como efeito adverso da analgesia opioide³⁶.

4.2.1 A seleção do opioide

A seleção do opioide, de acordo com a OMS, deve ser feita de acordo com a severidade da dor. Atualmente, dados clínicos vêm sugerindo que é preferível a utilização de opioides de longa duração e de libertação modificada, visto que estes aumentam o conforto para o doente, evitando administrações repetidas durante o dia. Atualmente esta abordagem é considerada a primeira opção de tratamento em doentes com dor constante ou bastante recorrente^{37, 35}.

É importante considerar, ainda, que os opioides são fármacos com elevada variabilidade interindividual, o que implica que a terapêutica seja bastante personalizada. Da mesma forma, não existem evidências de que um agonista dos recetores opioides possua eficácia superior relativamente a outro, e que justifique a sua implementação desse fármaco como terapêutica de primeira linha em detrimento de outro, pelo que se considera que o fármaco que produz a melhor relação risco/benefício num doente específico, é o fármaco “certo” para ele. Por este motivo, em alguns casos são necessárias três ou mais tentativas sequenciais com opioides distintos até se conseguir otimizar o balanço entre analgesia e efeitos adversos⁵³.

Apesar disso, existem alguns aspetos que são tidos em consideração e auxiliam na seleção do opioide. Entre eles encontram-se as características individuais, severidade e o tipo de dor, a idade do doente, a existência de comorbilidades e a experiência prévia com opioides. É igualmente necessária uma reflexão acerca das diferenças entre os fármacos, as formulações disponíveis e os custos, por forma a maximizar o efeito analgésico e minimizar os efeitos adversos da medicação⁵³.

É importante sublinhar que está inerente ao processo de seleção do opioide uma monitorização da eficácia do tratamento e dos seus efeitos adversos, havendo sempre possibilidade de serem feitas modificações e, se necessário, fazer uma reavaliação das circunstâncias clínicas e sociais. Em geral, caso o doente tenha tido uma experiência prévia favorável com um determinado opioide o tratamento deve continuar a ser implementado com o mesmo fármaco^{33, 53}.

4.2.2 Titulação da dose

O processo de titulação da dose é indispensável quando é instituída uma terapêutica com analgésicos opioides, visto que existe uma grande variabilidade interindividual associada ao metabolismo destes fármacos. A titulação da dose é um processo através do qual a dose de opioide é rapidamente modificada, de forma a quantificar aquela que proporciona a obtenção de um balanço positivo entre a analgesia e os efeitos adversos ³⁵.

Os opioides mais indicados para o processo de titulação são aqueles com um rápido início de ação sistémica. A morfina em formulações de libertação imediata, por ter um tempo de semivida curto, é o fármaco indicado para tratar episódios de dor irruptiva quando administrada, pelo menos, 20 minutos antes do fator desencadeante³⁵.

Independentemente da via de administração implementada, todos os aumentos de dose devem ser baseados na soma total de analgésico que foi necessário administrar ao doente nas 24h anteriores, ou seja, tendo em consideração a dosagem fornecida de acordo com o esquema terapêutico implementado e aquela que foi requerida, adicionalmente, pelo doente para tratar a dor irruptiva. Este aumento de dosagem deve estar sempre relacionado com a severidade dos sintomas^{37, 53}.

A dor irruptiva pode ser definida como uma exacerbação passageira da dor, ainda que a dor basal se encontre relativamente estável (figura 4.2). Habitualmente, é de intensidade moderada a grave, com um início repentino, de curta duração (cerca de 30 minutos) e uma frequência de 1 a 4 ocorrências por dia. Esta dor pode ter uma causa espontânea, isto é, não ser desencadeada por nenhum fator precipitante identificável, ou incidental, se houver um fator identificável, tal como tossir ou andar. A forma de tratá-la consiste no fornecimento de medicação de resgate, utilizando-se, preferencialmente, o mesmo opioide administrado no esquema fixo, numa dose correspondente a 1/6 da dose analgésica diária total ⁵⁴.

Após o período de titulação, são indicados opioides de libertação prolongada, quando as necessidades analgésicas se encontrem estabilizadas. Contudo, devem continuar a ser prescritos opioides de libertação imediata como medicação de resgate para a dor irruptiva ^{35, 59}.

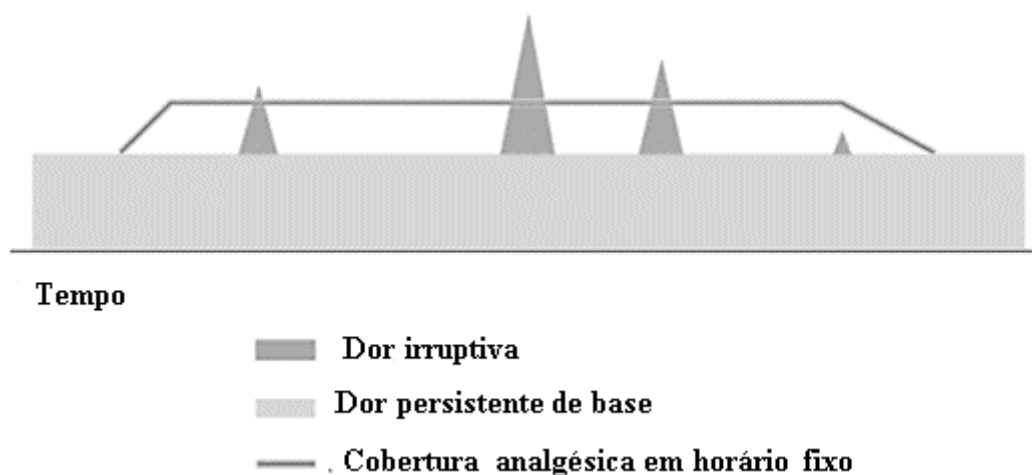


Figura 4.2 – Representação esquemática de um episódio de dor irruptiva. Adaptado de Cunha T. ⁵⁴

Ao longo do tratamento pode ser necessário, repetidamente, proceder a novas titulações de dose ^{35, 53}. Desta forma, enfatiza-se, uma vez mais, a necessidade de existir uma reavaliação constante do doente e um controlo contínuo dos efeitos adversos.

4.2.3 Vias de administração

Também a via de administração escolhida deve ser a menos invasiva possível, respeitando sempre a conveniência do doente e a sua adesão ^{39,53}.

Muitos doentes são fortes candidatos à utilização da via transdérmica devido à presença de dificuldades de deglutição ou doença gastrointestinal, má adesão aos regimes orais ou resposta insuficiente a outros opioides. O fentanilo é um fármaco que pode ser administrado por esta via, pois possui as propriedades físico-químicas requeridas para esse fim, entre elas um peso molecular que possibilita a sua penetração cutânea e o facto de ser suficientemente solúvel em compartimentos lipídicos e aquosos. De facto, como se observa na figura 4.3, a elevada lipofilicidade do fármaco permite-lhe obter uma rápida difusão através da epiderme, nomeadamente a nível do estrato córneo, a principal barreira à passagem de substâncias para o interior do organismo, e vice-versa, através da pele. Com um movimento subsequente mais lento atinge a derme, predominantemente aquosa. Consequentemente, dá-se a formação de um depósito na região queratinosa da epiderme, à custa do qual se devem tanto o início de ação tardio como os seus efeitos prolongados

^{32, 43}.

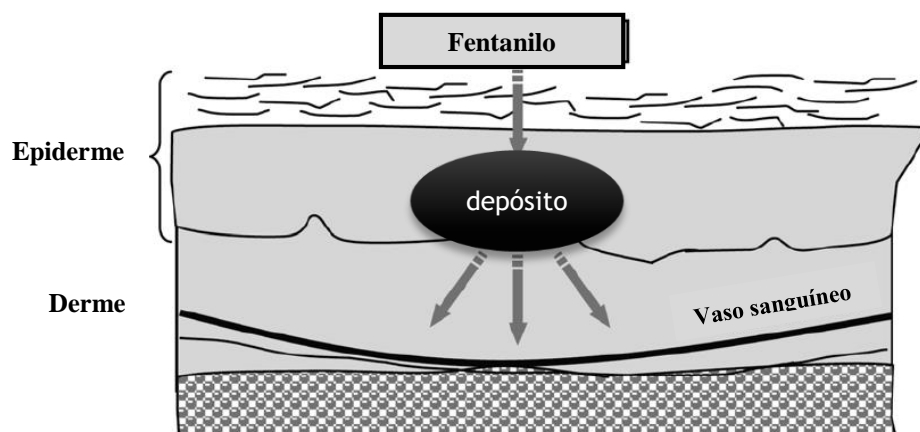


Figura 4.3- Representação esquemática de um corte histológico da pele, ilustrando os processos que ocorre desde a penetração do fármaco no estrato córneo até à sua chegada à corrente sanguínea. Adaptado de Fine *et al* ⁵³

Cada sistema transdérmico proporciona uma analgesia até 72 horas, tempo durante o qual ocorre a libertação do fármaco para a circulação sistémica, contudo, tal como acontece com outros opioides, podem ocorrer variações a nível farmacocinético que impliquem que a analgesia adequada se verifique apenas até às 48 horas, sob influência de diversos fatores, entre eles o tipo de pele, da localização do penso e da proporção de massa gorda^{33, 34, 53}. Em Portugal encontram-se comercializadas formulações com taxas de libertação de 12.5, 25, 50, 75 e 100 microgramas/hora, que podem ser utilizadas também pela população pediátrica ⁴⁹.

Após a aplicação do sistema, as concentrações séricas do fármaco estabilizam entre as 12-14 horas após a primeira aplicação. Com a utilização subsequente, é atingido e mantido o *steady-state*, e após 72 horas as flutuações nos níveis séricos são mínimas, o que permite uma manutenção constante da analgesia⁵⁵.

Para além do fentanilo, também a buprenorfina possui as propriedades necessárias para administração transdérmica (baixo peso molecular, elevada lipofilicidade, bem como afinidade e dissociação adequadas do recetor opioide μ) ^{55, 56}. Em Portugal encontram-se comercializadas formulações com dosagens que proporcionam a libertação de 35, 52,5 e 70 microgramas/hora ⁴⁹.

Por ser uma formulação não invasiva, fácil de administrar e proporcionar um efeito analgésico contínuo, contribui para o aumento da adesão à terapêutica e melhora a

qualidade de vida dos doentes, sobretudo daqueles que não conservam a capacidade de deglutição ou que apresentem náuseas e vômitos, nomeadamente os mais idosos, os que estão em unidades de cuidados intensivos ou que se encontram a fazer quimioterapia).

56

Em outros doentes pode ser, ainda, preferível a via retal. Esta via é de extrema importância em doentes com disfagia, e perante quadros de eméticos e/ou de obstrução gastrointestinal³⁴.

A utilização das vias bucal, sublingual e inalatória para administração de morfina não é recomendada, uma vez que a absorção do fármaco através destas é um tanto imprevisível e não está bem documentada⁵³.

Os doentes com analgesia estável mediante administração de morfina por via oral ou de um outro opioide pertencente ao terceiro degrau da escada analgésica poderão beneficiar da utilização de citrato de fentanilo por via oral transmucosa para tratamento da dor irruptiva, uma vez que este possui um rápido início de ação analgésica, em cerca de 5-15 minutos e uma duração de ação curta, de cerca de 2 horas. Neste caso, o fármaco encontra-se incorporado na matriz de uma pastilha e é absorvido através da mucosa oral⁴⁵.

Existe uma pequena percentagem de doentes em que a analgesia adequada é apenas conseguida com recurso a vias de administração mais invasivas. No entanto, devido ao custo, da maior probabilidade de causarem complicações e de obrigarem a cuidados específicos por parte da equipa de enfermagem, normalmente estas vias encontram-se limitadas a doentes incapazes de deglutir ou que não conseguem obter absorção dos opioides administrados por via entérica. As vias de administração invasivas englobam a intramuscular, a subcutânea, a intravenosa e a intraespinal^{44, 53}.

Uma proporção de doentes, ainda que pequena, desenvolve efeitos adversos intoleráveis na sequência da administração de morfina por via oral, antes de atingir um grau de analgesia considerado apropriado. Nestes doentes, pode mostrar-se vantajosa uma redução da dose de morfina, sendo possível manter-se um grau de analgesia adequado. Se esta medida for inadequada e o doente continue a deparar-se com efeitos adversos inaceitáveis deve ser levada a cabo uma alteração para outro agonista opioide. Os efeitos adversos que mais comumente limitam o aumento da dosagem envolvem toxicidade a nível do SNC, que se manifesta por sonolência, confusão, alucinações e mioclonia, e que muitas vezes justifica a necessidade de alteração da terapêutica. Pode ser necessário

alterar a terapêutica mais do que uma vez até se conseguir encontrar o melhor equilíbrio entre efeitos adversos e analgesia eficaz. O termo que descreve o processo de alteração da terapêutica opioide para este efeito designa-se “rotação de opioides”³³.

Além da alteração da medicação, geralmente é necessário, a longo-prazo, mudar a via de administração. Todas estas modificações requerem uma cuidadosa atenção no que respeita à potência relativa dos diferentes fármacos e respetivas conversões⁵³.

4.3 Principais efeitos secundários da terapêutica com opioides

Embora a medicação com analgésicos opiáceos se mostre efetiva no tratamento da dor oncológica, ela não é destituída de efeitos adversos e, paralelamente ao seu efeito analgésico poderão surgir algumas complicações (quadro 4.4). É necessário garantir que a prescrição destes medicamentos se processa de forma adequada, e que o doente é educado, informado e sensibilizado para esta possibilidade, de forma a colaborar com os profissionais de saúde para a obtenção da melhor analgesia possível com o mínimo de efeitos adversos.

4.3.1 Obstipação

A obstipação é o efeito adverso mais comum e para o qual o aparecimento de tolerância, em geral, não ocorre, pelo que mesmo no caso de terapêuticas crónicas continua a ser um fator adicional que influencia negativamente a qualidade de vida dos doentes. Estes devem ser informados de que a obstipação é um efeito adverso muito comum da terapêutica analgésica e que tratamento demora algum tempo a surtir efeito, pelo que a adesão à terapêutica é importante³⁴.

Visto ser um efeito previsível da medicação, devem ser prescritos laxantes a todos os doentes que iniciam a terapêutica com opioides, como medida de profilaxia. Para doentes cuja ingestão diário de líquidos é satisfatória, devem fazer profilaxia da obstipação com recurso a laxantes osmóticos, como a lactulose. Se este esquema se mostrar ineficaz deve proceder-se a uma combinação ou substituição por um laxante de contacto. O sene é uma das opções a considerar para este efeito, sendo necessário titular a dose a administrar a cada doente até que se obtenham resultados satisfatórios. O sene é um laxante de contacto

que atua por promover o peristaltismo, pois exerce um efeito direto sobre a musculatura lisa intestinal, mediante a estimulação do plexo nervoso intramural, o que culmina com um movimento propulsivo. Alguns doentes podem beneficiar da utilização de outros laxantes de contacto, como o citrato de sódio em associação com o laurilsulfoacetato de sódio e do docusato de sódio em associação com o sorbitol^{37,55}.

Uma alteração no analgésico opiáceo implementado, a alteração da via de administração do fármaco ou a administração de medicação concomitante adequada pode atenuar, ainda que parcialmente, o desenvolvimento da obstipação³³. O fentanilo transdérmico é uma opção a considerar, visto que está associado a uma menor incidência de obstipação comparativamente à morfina administrada *per os*⁵³.

O laxante mais adequado bem como a respetiva dosagem variam consideravelmente entre doentes, dadas as suas marcadas características individuais, pelo que podem decorrer alguns dias ou até duas semanas até que seja encontrada a dose que mais se adapta às necessidades do doente³⁷.

Deve ainda fomentar-se um aumento da ingestão de alimentos ricos em fibra e um consumo de 2 a 3 litros de água por dia.³⁷

4.3.2 Depressão respiratória

A depressão respiratória é um dos efeitos mais temidos associados à utilização de opioides, contudo este efeito não deve ser sobrevalorizado nem constituir um entrave à utilização da medicação analgésica adequada, pois a dor por si só é um estimulante do centro respiratório, e verifica-se rapidamente o desenvolvimento de tolerância para este efeito. Caso seja necessário, pode ser administrada naloxona para reverter a depressão respiratória sintomática existindo, no entanto, risco de privação sistémica e, conseqüentemente, do regresso da dor⁵³.

4.3.4 Náuseas e vômitos

As náuseas ocorrem com frequência no início da terapêutica com opioides, enquanto o desenvolvimento de vômitos se desenvolve apenas pontualmente³⁷.

A ocorrência destes efeitos é mais provável em doentes que iniciam a terapêutica opioide, já que a tolerância para este efeito rapidamente se desenvolve com a continuação do tratamento. Desta forma, não está normalmente indicada a utilização de um antiemético como profilaxia, exceto em doentes com historial de náusea grave induzida por estes fármacos³⁷.

Caso seja necessário, a terapêutica antiemética pode ser administrada mediante um esquema posológico fixo, se se tratar de uma situação persistente e grave, ou à medida das necessidades do doente. A metoclopramida e a domperidona são dois dos fármacos mais utilizados neste âmbito. Recentemente, a Circular Informativa N.º 109/CD/8.1.7 de 28/04/2014 veio referir que a duração máxima do tratamento com domperidona deve ser de uma semana, com vista a manter positiva a relação risco/benefício associada à administração deste medicamento. Esta restrição de utilização ocorreu após a conclusão do processo revisão de segurança da domperidona, efetuado pelo Comité de Avaliação do Risco em Farmacovigilância da Agência Europeia do Medicamento (EMA), na sequência de um desencadeamento de novos casos de efeitos adversos cardíacos, entre eles prolongamento do intervalo QT, por alterações na atividade elétrica do coração e arritmias^{37, 57}.

4.3.4 Sedação e alterações cognitivas

A sedação e as alterações cognitivas podem ocorrer nos primeiros dias de utilização de analgésicos opioides ou aquando de um aumento de dose, podendo a utilização concomitante de fármacos depressores do SNC (por exemplo as benzodiazepinas), potenciar a ocorrência destes efeitos. A tolerância, em geral, desenvolve-se após a primeira semana de tratamento⁵⁵.

As alterações cognitivas podem variar desde ligeiras dificuldades de atenção, desorientação ou uma grave diminuição da memória ou confusão extrema. São igualmente possíveis as alterações de humor com episódios de euforia e disforia, sendo a segunda a mais comum⁵³.

Primeiramente devem ser tratadas as causas que estão na base do desenvolvimento dos mesmos, o que implica a eliminação da medicação que não seja essencial que possa deprimir o SNC. Seguidamente, deve ser feita uma avaliação do regime opioide instituído, podendo ser considerada uma redução da dose, caso a analgesia seja

satisfatória, ou considerar uma alteração no opioide administrado. Por último deve ser considerado um tratamento dirigido ao problema, sendo o uso de metilfenidato ou cafeína uma opção viável neste sentido ³⁷.

4.3.5 Dependência e tolerância

A dependência física é uma propriedade farmacológica dos opioides, e define-se como um estado de adaptação que se manifesta quando ocorre uma redução abrupta da dose, uma diminuição da concentração sanguínea do fármaco ou quando é administrado um antagonista dos recetores opioides. A dependência física não é problemática se não se utilizarem antagonistas dos recetores opioides nem se houver descontinuação repentina da terapêutica, e não deve constituir um obstáculo à implementação de uma terapêutica analgésica adequada⁵³.

Por sua vez, a tolerância consiste de um estado de adaptação no qual a exposição ao fármaco provoca uma diminuição de pelo menos um efeito do fármaco, ao longo do tempo, pelo que se torna necessário aumentar as doses de fármaco para manter o efeito analgésico pretendido. A tolerância pode significar, na prática clínica, a progressão da doença (provocando um aumento da nociceção) ou a alteração no mecanismo da dor (de nociceptivo para neuropático) ⁵³.

4.4 Analgésicos adjuvantes

A dor oncológica, em especial a neuropática, nem sempre é passível de ser aliviada com recurso aos analgésicos opioides e não opioides anteriormente referidos ^{55, 58, 59}.

A dor oncológica neuropática é uma condição comum nestes doentes, de difícil tratamento e com grandes repercussões na sua qualidade de vida. Esta pode estar relacionada com uma invasão tumoral das estruturas neurais ou ser causada por uma lesão neuronal no decurso de uma cirurgia, quimioterapia ou radioterapia ^{55, 58}.

A maioria da informação relacionada com o tratamento da dor neuropática tem sido obtida por extrapolação de resultados de estudos envolvendo doentes com neuropatia diabética, pelo que existe ainda muito trabalho a desenvolver no sentido de se implementarem terapêuticas direcionadas à dor neuropática de origem oncológica ^{58, 59}.

A dor no doente oncológico

Dissertação do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas – Universidade do Algarve

São utilizados para este efeito antidepressivos, antiepiléticos, corticosteroides, bifosfonatos e anestésicos locais (quadro 4.5).

Os antidepressivos e anti convulsivantes são os analgésicos adjuvantes de primeira linha para o tratamento da dor oncológica neuropática. Estes fármacos têm especial utilidade em doentes cuja dor apenas responde parcialmente aos analgésicos opioides. À semelhança destes, as doses devem ser aumentadas até se obter o efeito analgésico pretendido, caso seja atingida a dose máxima permitida ou se os efeitos adversos se tornem inaceitáveis ³⁷.

Quadro 4.5 - Analgésicos adjuvantes utilizados no tratamento da dor oncológica. Adaptado de: Paice et al. ⁵⁵

	Fármacos	Dose inicial	Indicações
Antidepressivos	Nortriptilina Desipramina Venlafaxina Duloxetina	10-25 mg/h 10-25 mg/h 37,5 mg 2 vezes/dia 30 mg/dia	Dor neuropática
Antiepiléticos	Gabapentina Pregabalina Clonazepam	100 mg 2 vezes/dia 50 mg 2 vezes/dia 0,5-1 mg 2-3 vezes/dia	Dor neuropática
Corticosteroides	Dexametasona	2-20 mg/dia	Dor neuropática, edema cerebral, compressão da medula espinal, dor óssea, dor visceral
Anestésicos locais	Lidocaína	1-5mg/Kg/h	Dor neuropática
Bifosfonatos	Pamidronato Ácido zoledrónico	60-90mg (2-4semanas) 4 mg (3-4 semanas)	Dor óssea

Os antidepressivos tricíclicos proporcionam analgesia por inibirem a recaptção de serotonina e noradrenalina, o que suporta a sua utilização no tratamento da dor neuropática. Existem estudos que demonstram a eficácia destes fármacos no controlo da neuropatia diabética, no entanto, no que respeita à dor neuropática oncológica, não existem evidências acerca da sua eficácia, pelo que a realização de estudos neste âmbito são necessários para confirmar a real utilidade destes medicamentos em contexto terapêutico. Uma vantagem associada à utilização destes fármacos é o seu efeito benéfico a nível do humor e na capacidade de dormir e repousar^{53, 59}.

Entre os fármacos antiepiléticos mais utilizados no controlo da dor neuropática oncológica estão a gabapentina e a pregabalina, e devem ser utilizados em combinação com analgésicos opioides quando a dor é de intensidade moderada a severa ⁵⁹.

Os corticosteroides revestem-se de particular importância no controlo da dor neuropática e óssea. Para além da dor provocada por uma compressão ou destruição nervosa, outras indicações para a utilização de corticosteroides incluem dores de cabeça secundárias à hipertensão intracraniana provocadas pelo tumor ou suas metástases a nível cerebral e dor visceral. Estes fármacos possibilitam uma redução da intensidade da dor devido à inibição da síntese de prostaglandinas e à redução da permeabilidade vascular, no entanto os seus efeitos terapêuticos neste âmbito não se encontram completamente esclarecidos. A dexametasona é o principal representante da classe, pois é o que causa menores efeitos mineralocorticóides, nomeadamente a nível da retenção de fluidos ^{55, 60}.

Os anestésicos locais, entre eles a lidocaína, devem a sua utilização neste contexto por possibilitarem um alívio da dor neuropática e por prevenirem a ocorrência de dor no decurso de procedimentos mais invasivos ⁵⁵.

Os bifosfonatos inibem a reabsorção óssea mediada pelos osteoclastos, proporcionando alívio da dor causada por metástases ósseas ⁵⁵. Os mais frequentemente utilizados são o pamidronato e o ácido zoledrónico ^{58, 59}.

4.4 Perspetivas terapêuticas futuras

A dor oncológica é um fenómeno complexo e multifatorial, pelo que a aplicação da escada analgésica não permite que se alcance um controlo eficaz da dor em cerca de 20-40% dos doentes oncológicos⁶¹. Alguns fatores que podem explicar este facto são: a existência de potenciais barreiras governamentais, educacionais, técnicas, ou outras, que impedem a correta e efetiva utilização de todos os fármacos analgésicos propostos pela OMS, uma incorreta aplicação das *guidelines* sugeridas pela própria OMS, ou à maior dificuldade em tratar a dor oncológica do que se supunha inicialmente ⁶².

Recentemente, alguns autores vêm sugerindo novas abordagens no tratamento da dor oncológica, entre as quais se encontra uma adaptação da atual escada analgésica da OMS, para uma outra versão constituída por apenas dois degraus ^{46, 62}, ou a passagem direta do

primeiro degrau para o terceiro quando é expectável que o doente, dentro de pouco tempo, necessite de medicação para a dor severa⁶².

De facto, a utilidade da segunda etapa da escada analgésica tem sido debatida por vários autores, existindo uma grande controvérsia em relação a este assunto^{46, 58, 62}. A falta de dados concretos acerca da efetividade dos opioides fracos, aliada à existência de poucos estudos demonstrativos da existência de uma vantagem destes sobre os opioides fortes em situações de dor moderada tem contribuído para fomentar as dúvidas acerca do potencial do segundo degrau³⁵.

Até à atualidade ainda não existem dados suficientes que permitam, na prática clínica, recomendar a abolição do segundo degrau da escada analgésica, embora pelo menos um estudo envolvendo um pequeno número de participantes tenha fornecido dados preliminares que indicam que a utilização de doses baixas de morfina administrada *per os* constitua uma alternativa aos opioides fracos no controlo da dor moderada⁶³. É então de grande importância e urgência a obtenção de dados acerca da efetividade desta abordagem terapêutica, no sentido de se proceder a uma utilização ainda mais adequada da escada analgésica e tornar mais favorável a relação risco/benefício associada a todos os fármacos analgésicos indicados neste âmbito.

Por sua vez, o tapentadol, um fármaco que se comporta simultaneamente como agonista dos recetores opioides μ e como inibidor da recaptação de serotonina, demonstrou a sua efetividade no controlo da dor oncológica de intensidade moderada a severa, conduzindo a melhorias na qualidade de vida dos doentes. No entanto, os estudos realizados até ao momento não conferem dados clínicos conclusivos acerca da aplicabilidade do tapentadol no controlo da dor oncológica, devido a uma amostra bastante reduzida de participantes, pelo que se torna pertinente o desenho e condução de estudos com maior número de participantes, para daí se tirarem dados conclusivos acerca da aplicabilidade do tapentadol no controlo da dor oncológica^{64, 65}.

Técnicas mais invasivas de controlo da dor oncológica têm ganho algum destaque e a sua utilização poderá aumentar no futuro. Estas incluem a terapêutica farmacológica intratecal e epidural para controlo da dor oncológica severa, quando as terapêuticas farmacológicas convencionais falham. São administrados por estas vias infusões de um anestésico local associado, ou não, a um analgésico opioide. Existem dispositivos médicos programáveis, acoplados a uma bateria, que contêm um reservatório no qual está

inserido o fármaco, que vai sendo administrado de acordo com intervalos temporais implementados pelo médico, respeitando as necessidades analgésicas do doente. O *SyncroMed II* (figura 4.4) é um exemplo deste dispositivo, e permite aos doentes beneficiar de um plano terapêutico personalizado, seguro e cómodo ⁶¹.



Figura 4.4 - Dispositivo intratecal de administração de fármacos. Retirado de Wilson *et al.* ⁶¹

Estudos farmacológicos demonstraram que existem diversos subtipos de recetores opioides μ , devido à presença de diferentes alelos no código genético das populações que codificam estes recetores. Neste sentido, através do mapeamento de diferentes fragmentos do código genético, poderá ser possível, futuramente, saber qual o subtipo de recetor opioide predominante em cada indivíduo, e com essa informação instituir uma terapêutica analgésica mais direcionada às suas especificidades genéticas. Desta forma, para alguns doentes, algumas combinações de opioides poderão demonstrar mais-valias terapêuticas em relação a outras por ativarem, de forma otimizada, o sistema opioide ^{53, 66}.

Um aprofundar do conhecimento acerca dos aspetos moleculares dos recetores opioides também possibilitará ajudar a compreender o fenómeno da fraca sensibilidade a estes fármacos por parte de alguns doentes, e permitir o desenvolvimento de opções que sejam uteis em doentes com uma resposta refratária. À medida que os recetores forem conhecidos aumenta o potencial de desenvolvimento de fármacos altamente seletivos ⁵³.

Desta forma poder-se-á obter um balanço muito positivo entre o efeito analgésico pretendido e os efeitos adversos da medicação. Idealmente, pode ocorrer que estudos

venham possibilitar o desenvolvimento de moléculas que ativem seletivamente um tipo específico de recetor ⁵³.

Por último, mas não menos importante, há a destacar o contributo das intervenções educativas com o objetivo de reduzir as barreiras e alguns mitos que ainda são associados à analgesia opioide. Estas ações contribuem para fornecer informação acerca da medicação e, conseqüentemente, promover a adesão à terapêutica permitindo alcançar melhores resultados terapêuticos ⁶¹.

Sumariamente, a evolução na abordagem terapêutica da dor oncológica deverá progredir em dois sentidos distintos: por um lado, otimizar a acessibilidade ao doente ao nível dos cuidados de saúde e proceder à devida medição da intensidade da dor aplicando os recursos terapêuticos já disponíveis que mais se adequam à sua condição; por outro lado, fomentar a investigação científica no sentido de se desenvolverem opções terapêuticas que forneçam meios e ferramentas que vão de encontro às reais necessidades destes doentes e que possibilitem promover a sua qualidade de vida. Estas opções incluem o desenvolvimento de novas moléculas, novos tipos de formas farmacêuticas, novas técnicas e dispositivos médicos e futuros avanços técnicos e científicos na área da biologia molecular, aliados a uma perfeita articulação entre os diversos profissionais de saúde.

5. Cuidados paliativos e sedação paliativa

Apesar de todos os progressos médicos e farmacológicos na área da oncologia, muitas vezes a cura da doença não é possível, pelo que a atenção dos profissionais de saúde e da família do doente deve centrar-se no controlo da dor e nos fatores que interfiram com o seu contexto espiritual, social e psicológico.

Considerando o crescente impacto das doenças crónicas, entre elas as doenças neoplásicas, na organização dos sistemas de saúde e nos recursos destinados, especificamente, aos doentes crónicos, torna-se pertinente abordar a importância crescente dos cuidados paliativos.

5.1 Conceito, objetivos e sua importância

Os cuidados paliativos desenvolveram-se essencialmente a partir da década de 60, com o propósito de chamar à atenção para o sofrimento de indivíduos com patologias incuráveis, bem como para a falta de respostas por parte dos serviços de saúde e para a especificidade dos cuidados que deveriam ser dispensados a estes doentes⁶⁷.

A palavra paliativo deriva do latim *palliare*, que significa proteger, amparar, cobrir e abrigar, o que implica considerar que quando não é possível a obtenção da cura para uma determinada doença, os sintomas desta devem ser “cobertos” ou “abrigados” através de tratamentos específicos e direcionados a cada doente⁶⁸.

A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) define estes cuidados como uma “*resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias*”⁶⁷. Torna-se claro, através desta definição, que os cuidados paliativos se destinam a melhorar as condições de vida dos doentes e seus familiares, através da identificação e do tratamento precoce e rigoroso dos seus problemas físicos, como a dor, mas também dos problemas psicossociais e espirituais.

Esta definição poderá levar a pensar que os cuidados paliativos apenas se destinam à etapa final da vida, contudo, atualmente reconhece-se que estes cuidados devem ser aplicados tão cedo quanto possível no decurso de uma doença crónica e, inevitavelmente, fatal. A necessidade de alteração deste pensamento adveio de uma nova compreensão de que os

problemas do final de vida têm origem em etapas muito precoces da trajetória da doença e de que os sintomas intoleráveis, nomeadamente a dor, não apenas influenciam a qualidade de vida como também o decurso da própria doença ⁶⁹.

Deste modo, os cuidados paliativos fornecem uma resposta estruturada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar ativamente doentes cujo prognóstico de vida é limitado. São prestados por equipas multidisciplinares ou unidades específicas de cuidados paliativos, em hospitais ou ao domicílio. As suas funções essenciais centram-se no alívio dos sintomas, no apoio psicológico, espiritual e emocional e no apoio à família, que se prolonga durante o processo de luto⁷⁰.

Assim, os cuidados paliativos devem, entre outros aspetos: ⁶⁹

- i. Proporcionar alívio da dor e outros sintomas angustiantes e aflitivos;
- ii. Oferecer um sistema de suporte para ajudar o doente a viver tão ativamente quanto possível até à morte;
- iii. Aumentar a qualidade de vida podendo, ainda, influenciar positivamente o decurso da patologia;
- iv. Ser aplicáveis em etapas precoces da doença, em conjunto com outras terapêuticas cujo objetivo é prolongar a vida, tais com a quimioterapia ou a radioterapia;
- v. Oferecer um sistema de suporte à família para lidar com a doença do indivíduo e, eventualmente, com a sua perda.

Estando estes cuidados centrados nas necessidades do doente, dos seus familiares e dos prestadores de cuidados de saúde, é importante a sua implementação após o diagnóstico da doença. Progressivamente, vão adquirindo dimensões cada vez mais consideráveis à medida que se dá a evolução para a morte, conforme se encontra ilustrado na figura 5.1. Desta forma, a sua representatividade é máxima nas etapas finais da vida, mas não cessa com a morte do doente, pelo contrário, prolonga-se para além desta, de forma a fornecer apoio e suporte aos familiares a lidar com o luto ⁶⁹.

Os cuidados paliativos estão dirigidos a doentes que não têm perspetivas de obter um tratamento curativo, ou cuja doença progride de forma rápida, de tal forma que a expectativa de vida é limitada, o sofrimento pelo qual passam torna-se muito intenso e, a par disso, vêem-se perante problemas e/ou necessidades que necessitam de uma resolução com apoio específico de terceiros, de forma organizada e interdisciplinar ⁶⁹.

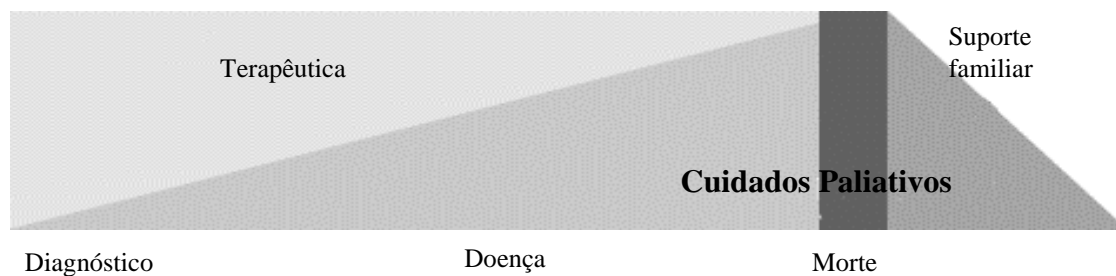


Figura 5.1 - Cuidados paliativos durante o processo evolutivo da doença oncológica. Adaptado de World Health Organization ⁶⁹.

Torna-se, assim, fácil de constatar que assumem um papel muito relevante para os doentes oncológicos, já que muitos necessitarão de recorrer a eles, em diferentes etapas de evolução do seu estado patológico ⁶⁹.

Em Portugal, o acesso dos cidadãos aos Cuidados Paliativos é regulado pela Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. A referida Lei consagra o acesso de todos os cidadãos, de forma equitativa, a estes cuidados, e prevê que a admissão dos doentes seja feita de acordo com as suas prioridades clínicas. A Lei define igualmente a responsabilidade do Estado nesta matéria e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), que é uma rede funcional que se encontra integrada nos serviços do Ministério da Saúde e que assenta num modelo de intervenção integrada e articulada de diferentes equipas e unidades, reunidas na prestação de cuidados paliativos ⁷⁰.

De acordo com a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, existem princípios que devem reger a prestação destes cuidados, entre eles: a afirmação da vida e do valor intrínseco de cada pessoa (o que implica considerar a morte como um processo natural que não deverá ser prolongado através de medidas de obstinação terapêutica); o incremento da qualidade de vida do doente e seus familiares; a prestação individualizada, humanizada e tecnicamente rigorosa destes cuidados; a necessidade de haver um conhecimento diferenciado da dor e dos demais sintomas e a promoção de uma continuidade de cuidados ao longo da doença ⁷⁰.

Entre os direitos dos doentes encontra-se a possibilidade de estes escolherem o local de prestação de cuidados paliativos e os profissionais que os prestam, exceto em casos urgentes. Os doentes podem ainda participar nas decisões acerca dos cuidados que lhes são prestados, nomeadamente as que dizem respeito aos limites ou interrupção de

tratamentos, podendo ser informados acerca do seu estado clínico se for essa a sua vontade ⁷⁰.

Nas últimas décadas, a investigação em torno dos Cuidados Paliativos tem fornecido contributos determinantes para a descoberta e aplicação de novas estratégias terapêuticas e no tratamento sintomático dos doentes. A investigação nesta área deve assim ser apoiada e encarada como um fator de desenvolvimento, representando uma qualificação dos serviços de saúde ⁷¹.

Relativamente ao futuro, a tendência é para uma valorização crescente da atenção paliativa, na medida em que dados epidemiológicos sugerem um grande aumento da incidência e mortalidade por cancro nos próximos anos, pelo que para milhões de pessoas, o acesso a cuidados paliativos será uma necessidade essencial. Existe também uma forte tendência para iniciar a implementação da prestação destes cuidados em etapas precoces da doença, inclusive aquando do diagnóstico de neoplasias em estado de metastização ^{69,72}.

Futuramente será igualmente necessário estabelecer requisitos que permitam conhecer qual o melhor momento para introduzir os cuidados paliativos e que importância deve ser dada a cada um dos componentes (físico, psicológico, social e espiritual) que integram estes cuidados, pois o alívio do sofrimento é um imperativo dos profissionais de saúde. Estes cuidados devem ser entendidos como uma necessidade em termos de saúde pública, e como um imperativo ético que promove os direitos fundamentais do ser humano e, portanto, têm que ser vistos como uma obrigação social prioritária e fomentado o seu desenvolvimento de forma programada e planificada.

5.2.2 A dor oncológica e a sedação paliativa

Lamentavelmente, o final da vida de muitos doentes oncológicos é acompanhado por um sofrimento que precipita o desenvolvimento de uma angústia física e emocional, as quais fomentam o desespero. Quando um sofrimento desta dimensão ocorre, os objetivos dos cuidados de saúde passam a privilegiar o alívio dos sintomas sobre qualquer outra consideração, incluindo a manutenção da consciência ⁶⁹.

A sedação paliativa consiste no controlo dos sintomas refratários à terapêutica convencional instituída em doentes terminais mediante a indução de um estado de

inconsciência. Por sintomas refratários entende-se aqueles que não se conseguem controlar mediante terapêutica convencional ou cujo único tratamento eficaz traria demasiados riscos para o doente ou não poderia ser instituído em tempo útil.^{EAPC}

De acordo com a *European Association for Palliative Care* a sedação paliativa é entendida como a utilização de medicação com o objetivo de promover uma diminuição ou total ausência de consciência de forma a impedir o sofrimento intratável, de uma forma aceitável para o doente, a sua família e os profissionais de saúde⁷³.

Neste sentido a sedação paliativa é praticada em vários contextos, entre eles o alívio de sintomas refratários no final da vida. Entre os mais comuns estão o delírio, a dispneia, a dor e as convulsões⁷³.

A sedação continua profunda apenas deve ser considerada caso o doente esteja nas etapas finais da doença com um prognóstico expectável de horas ou dias⁷³.

Entre as indicações mais frequentes para a sedação paliativa encontram-se a inquietação terminal, a confusão/delírio, a dispneia e a dor. Em doentes oncológicos os sintomas que mais frequentemente estão na base da sedação englobam a dor, a dispneia, vómitos persistentes e delírio⁷¹. Apesar da intensidade da dor não ser, *per si*, uma razão para a sedação paliativa em alguns estudos, a necessidade de uma terapêutica com analgésicos opioides e adjuvantes em doentes oncológicos em fase terminal, provavelmente contribuirá para o desenvolvimento de delírio e, conseqüentemente, acabará por levar à necessidade de sedação^{68,69}. Este facto é reforçado pelos resultados obtidos por Gaudreau *et al.* num estudo de Coorte, prospetivo, levado a cabo com doentes oncológicos em Quebec, no Canadá, em que se conclui que o risco de desenvolvimento de um evento de delírio é cerca de 40% superior em doentes hospitalizados que estão diariamente expostos a doses elevadas de opioides (doses superiores a 90 mg diários de morfina) em comparação com doentes expostos a doses inferiores⁶⁸.

Atualmente a classe médica aceita a sedação paliativa como uma estratégia de alívio do sofrimento humano na fase final de vida, mas tal gera sentimentos controversos nos profissionais de saúde, alicerçados na incerteza da perceção do sofrimento do doente e na dificuldade de manusear com segurança os fármacos utilizados para este efeito. Além disso, não existem revisões sistemáticas que forneçam dados concretos e avaliem a utilização deste procedimento, já que a investigação em doentes terminais é praticamente

impossível, tanto por motivos de ordem ética como metodológica. Tais fatos tornam possível que nunca venham a existir guidelines baseadas na evidência neste âmbito.

Relativamente à sedação paliativa até à inconsciência, a maioria das questões sobre a sedação paliativa continua por responder devido à falta de orientações e definições claras acerca dos procedimentos a aplicar e dos requisitos necessários para levar a cabo este procedimento.

5.2.3 Enquadramento ético e legal em Portugal

Em Portugal, a Associação Nacional de Bioética emitiu, em 2010, o parecer n.º P/20/APB/10, que contempla as *Guidelines* sobre Sedação em Doentes Terminais. Neste documento enfatiza-se o crescente interesse dos cidadãos acerca de determinadas questões relacionadas com o final de vida, entre elas o acesso aos cuidados paliativos, o que determina a necessidade de existência de linhas orientadoras acerca desses procedimentos ⁷⁷.

Este documento aborda exclusivamente a sedação paliativa *contínua até à inconsciência*, ainda que numa perspetiva ética e legal existam outras aplicações relevantes de sedação, e pretende promover uma avaliação crítica sobre as condições em que a sedação pode ser implementada, definindo diretrizes claras e inequívocas sobre a matéria, permitindo, assim, dar expressão ao profundo respeito que deve existir pela liberdade de autodeterminação da pessoa humana, empenhando esforços para promover o alívio e sofrimento do doente, sem descurar a compaixão, o respeito e a tolerância ⁷⁷.

No referido parecer, a administração de medicamentos tem única e exclusivamente uma finalidade paliativa – nomeadamente a sedação – pelo que a morte superveniente é uma consequência que pode ser, eventualmente, esperada, mas que não constitui, de modo algum, uma intenção. São definidas, então, as condições essenciais a este procedimento:

⁷⁵

1. O doente deve ter uma doença terminal;
2. O tempo até à morte pela doença deve ser menor ou igual ao tempo até à morte por desidratação induzida pela sedação paliativa;

3. Devem existir sintomas graves e severos para os quais não exista tratamento adequado, na perspetiva do doente;
4. A preservação da consciência é uma das considerações do doente;
5. O doente ou o seu representante legal (procurador de cuidados de saúde) prestaram consentimento válido e eficaz;
6. Existe uma Ordem de Não-Reanimar inscrita no processo clínico;
7. O doente está em profundo sofrimento existencial, sofrimento para o qual todas as alternativas de tratamento razoável e efetivo são para si inaceitáveis.

Tendo em conta que no doente oncológico os últimos 3 meses de vida correspondem habitualmente a um período de degradação progressiva marcada, esta *guideline* permite que esses momentos sejam passados, dentro do possível, com o menor sofrimento para o doente e para os seus familiares. Ao analisar detalhadamente cada uma das condições impostas pela Associação Nacional de Bioética, é possível apercebermo-nos que estas permitem reduzir a desumanização progressiva a que, muitas vezes, o doente oncológico é exposto pelo sofrimento que a própria doença lhe impõe e contribuir para a manutenção da dignidade da pessoa humana, como consagrado na Declaração Universal dos Direitos do Homem, na medida em que ninguém deverá ser submetido a tratamentos desumanos ou degradantes⁷⁷.

No que respeita aos fármacos mais utilizados na indução do estado sedativo, as benzodiazepinas e os barbitúricos estão entre os mais utilizados e, dentro dos primeiros, o midazolam é descrito como o principal representante^{75 76}. A medicação pode ser administrada por diferentes vias, nomeadamente, a via oral (até ao doente estar sedado), bem como as vias sublingual, retal, intravenosa ou subcutânea. Em geral, é continuada a administração de um opioide após a indução da sedação, visto que não há evidências definitivas que demonstrem que os doentes inconscientes não sintam dor⁷⁶.

Inevitavelmente, é necessário distinguir claramente sedação paliativa de eutanásia, dada a frequência com que ambos os termos são distorcidos e até confundidos. A sedação paliativa difere da eutanásia, essencialmente, por não ter como objetivo o término da vida, e destina-se a doentes que não conseguem suportar mais o sofrimento, mas que não desejam pôr, com recurso a esse procedimento, fim à sua vida, visão oposta ao que ocorre perante o processo de eutanásia, que reporta à morte intencional de um doente, a seu

pedido, firme e consciente, e através de uma intervenção direta por um profissional de saúde⁷⁶.

Refletindo sobre tudo o que foi dito, reconhece-se que a sedação paliativa é uma alternativa humanizante e, em determinados casos justificados, um caminho a seguir para aliviar o sofrimento contínuo do doente e da sua família. Apesar disso, são necessários estudos adicionais acerca desta temática, que clarifiquem a severidade dos sintomas do doente e possam justificar este procedimento, no sentido de fornecerem fortes diretrizes já que as considerações éticas nesta matéria são infundas.

6. Conclusão

Há 30 anos, aproximadamente, a OMS decretou a dor oncológica como uma emergência médica mundial e a partir daí têm crescido o número de opções terapêuticas para tratar estes doentes.

A análise efetuada com recurso às principais referências mencionadas ao longo desta dissertação permitiram clarificar o atual panorama da abordagem clínica da dor no doente oncológico, paralelamente às limitações que ainda se fazem sentir neste âmbito.

Relativamente ao doente, são ainda diversas as barreiras que se colocam à implementação de uma terapêutica analgésica adequada, devido a fatores que têm origem no próprio doente, mas também nos profissionais de saúde e no funcionamento do sistema de saúde. Apesar disso, nos últimos anos as sociedades têm evoluído no sentido de valorizar cada vez mais a qualidade de vida das suas populações, o que permitiu obter uma humanização nos cuidados de saúde prestados aos doentes. Em oncologia, a dor é um dos aspetos que tem merecido grande atenção por parte da comunidade científica, pelo que atualmente já se dispõe de diversas opções tanto a nível de fármacos analgésicos como de adjuvantes os quais, mediante a aplicação da escada analgésica da OMS, têm possibilitado uma melhoria das condições de vida dos doentes oncológicos.

Terminada a revisão bibliográfica que serviu de suporte aos temas abordados, conclui-se há atualmente instrumentos de avaliação da dor adequados a doentes pediátricos, adultos, idosos e não comunicantes. O maior desafio no que diz respeito à avaliação da intensidade da dor centra-se, assim, na escolha do instrumento mais adequado a cada doente e, para o mesmo doente, aquele que é mais conveniente em cada etapa da doença, visto que todos eles possuem características distintas e limitações que os tornam bastante específicos. Ainda assim, será sempre necessário aprofundar conhecimentos que permitam aos profissionais de saúde, por um lado, aplicar corretamente estes instrumentos e, por outro, fomentar o seu espírito crítico, na medida em que devem aperceber-se de situações em que as opções disponíveis se revelem menos apropriadas, debruçando-se sobre o desenvolvimento de novas metodologias.

No que concerne à terapêutica da dor oncológica, está bastante consistente o princípio de que a escada analgésica da OMS deverá continuar a ser a base orientadora do tratamento. Proposta em 1986, grande parte do seu sucesso é obtido através do recurso a analgésicos

opioides, cujo consumo é, inclusive, considerado um indicador da qualidade dos serviços de saúde. Grande parte dos doentes consegue um alívio da dor com recurso a analgésicos não opioides e analgésicos opioides fracos e fortes, em função da intensidade da sua dor.

Apesar do grande sucesso da escada analgésica da OMS, a literatura reporta bastantes casos de doentes cuja dor não consegue ser aliviada com recurso a este instrumento, pelo que alguns autores apontam a necessidade de se reformular a escada analgésica omitindo a existência do segundo degrau, visto que persistem algumas dúvidas acerca da eficácia dos analgésicos opioides fracos sobre os não opioides ou, alternativamente, uma passagem direta do primeiro degrau para o terceiro, quando for exetável que o doente, dentro de um tempo bastante reduzido, necessite de analgésicos opioides fortes para o controlo da dor.

Também a nível de desenvolvimento de novos fármacos que permitam obter a analgesia pretendida com o mínimo de efeitos adversos existe ainda um longo caminho a percorrer, pois ficou bastante explícito que os graves efeitos adversos dos opiáceos continuam a ser um dos fatores mais temidos pelos doentes e pela equipa médica. Reveste-se assim de grande importância o desenvolvimento de novas moléculas, novos tipos de formas farmacêuticas, novas técnicas e dispositivos médicos, devendo estas áreas ser encaradas como prioritárias no desenvolvimento dos cuidados prestados aos doentes.

Futuramente, através de avanços na área da biologia molecular, poderá ser possível tipificar um doente de acordo com o recetor opioide predominante e selecionar o fármaco que terá maior probabilidade de promover efeitos favoráveis. Neste sentido, espera-se que uma melhor caracterização dos recetores opioides permita o desenvolvimento de fármacos mais seletivos. Por conseguinte, sugere-se que deva ser dada prioridade ao aperfeiçoamento do conhecimento acerca dos recetores opioides e suas especificidades, de forma a possibilitar o desenvolvimento de novas opções terapêuticas que tenham em consideração a individualização da terapêutica.

Os cuidados paliativos revestem-se de uma importância determinante para o doente e seus familiares, pelo que devem estar acessíveis a partir do momento em que se revelem necessários, isto é, sempre que urge fornecer medidas de suporte que promovam o bem-estar e a qualidade de vida do doente, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual associado a uma doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva. A sedação paliativa, sendo um processo complexo e

individualizado, surge como uma resposta ativa no controlo de sintomas refratários e no alívio do sofrimento, e tem sido alvo de diversos estudos internacionais. No entanto a controvérsia em torno de vários aspetos cruciais neste tema, como as indicações/critérios que devem reger este procedimento e os riscos e benefícios da intervenção farmacológica ainda persistem.

Paralelamente, é necessário fomentar a educação para a saúde neste âmbito, e esta deve ser dirigida tanto aos doentes e seus familiares ou rede de cuidadores como aos profissionais de saúde, pois não pode ser esquecido o enorme contributo fornecido por estas estratégias no que respeita à adoção e utilização de comportamentos que estimulem a reflexão e capacitem as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-se para lutarem contra as doenças crónicas e incapacitantes.

7. Referências bibliográficas

1. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Esperança de vida à nascença: total e por sexo – Europa [Internet]. Lisboa: FFMS; 2014. [Consultado em 2014 maio 31]. Disponível em <http://www.pordata.pt/Europa/Esperanca+de+vida+a+nascenca+total+e+por+sexo-1260-35235>.
2. Pinto C, Ribeiro J. A qualidade de vida nos sobreviventes de cancro. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Janeiro/Junho 2006; 24(1):37-56.
3. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh J., Comber H, *et al.* Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. European Journal of Cancer. 2013; 49(6): 1374–1403.
4. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Óbitos por algumas causas de morte. [Internet]. Lisboa: FFMS; 2014. [Consultado em 2014 maio 24]. Disponível em [www.pordata.pt/Portugal/Obitos+por+algumas+causas+de+morte+\(percentagem\)-758](http://www.pordata.pt/Portugal/Obitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentagem)-758).
5. Te Bovedelt N, Vernooij-Dassen M, Burger N, Ijsseldijk M, Vissers K, Engels Y. Pain and its interference with daily activities in medical oncology outpatients. Pain Physician Jul-Aug 2013; 16(4):379-389.
6. Lemay, K.; Wilson, K.; Buenger, U.; Jarvis, V.; Fitzgibbon, E.; Bhimji, K. *et al.* Fear of pain in patients with advanced cancer or in patients with chronic noncancer pain. Clinical Journal of Pain. 2011;27(2):116-124
7. Enting H, Oldenmenger W, Gool R, Van Gool A, Van der Rijt C, Smitt P. The effects of analgesic prescription and patient adherence on pain in cancer patients. Journal of Pain Symptom Management. 2007 Nov;34(5):523-531.
8. Rustoen T, Fosså D, Skarstein J, Moum T. The impact of demographic and disease-specific variables on pain in cancer patients. Journal of Pain Symptom Management. 2003 Aug; 26(2):669-704.
9. Paice J, Ferrell B. The management of cancer pain. Cancer Journal for Clinicians. 2011May-Jun; 61(3):157–182.
10. Cardoso I. Factores motivadores do abandono da avaliação e registo sistematizado do 5º sinal vital [Dissertação]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2009.
11. Moayedi M, Davis K. Theories of pain: from specificity to gate control. Journal of neurophysiology. 2013;109(1), 5-12.
12. Gomes, A. Abordagem Psicológica no Controlo da Dor. 1ª ed. Lisboa: Permanyer Portugal; 2008.
13. Melzack R, Wall P. Pain mechanisms: a new theory. Science. 1965 nov; 19;150 (3699): 971–979.

14. Diniz A, Calado B, Almeida M, Rodrigues N, Caseiro J, Bastos Z. *et al.* Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2001.
15. Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa nº 11/DSCS/DPCD de 18/06/2008. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2008.
16. Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa no 09/DGCG de 14/06/2003. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2003.
17. Direção-Geral da Saúde. Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor) [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2013 [Acedido em 2014 Mar 14]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx>.
18. Fundação Grünenthal. Objetivos [Internet]. Portugal: Fundação Grünenthal 2014[Consultado em 2014 Fev 14]. Disponível em: http://www.fundacaogrunenthal.pt/grt-fundacion/GRT-Fundacion_Home/Fundacao_Grunenthal_Portugal/Objectivos/165300185.jsp.
19. Devine, Elizabeth. Alterations in the nervous system. In: Porth, C. Essentials of Pathophysiology: Concepts of Altered Health States. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, 2011. 725-745.
20. Moffat R, Era C. Anatomy, physiology and pharmacology of pain. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*. 2011 Jan;12(1):12-15.
21. Christo P, Mazloomdoost D. Cancer Pain and Analgesia. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2008 Sep;1138:278-298.
22. Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. Dor Aguda *versus* Dor Crónica [Internet]. Porto: Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor 2014 [Consultado em 2014 Fev 15]. Disponível em: <http://www.apir.pt/index.php/sobre-a-dor/a-dor/14-dor-aguda-versus-dor-cronica>.
23. Morins G. Sofrimento e qualidade de vida em doentes com cancro no HDES, E.P.E [Dissertação]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2009.
24. Skevington , Lotfy M, O'Connel K. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research* 2004;13:299-310.
25. Martins, M. Dor e sua avaliação [Dissertação]. Porto: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa; 2010.
26. Ordem dos Enfermeiros. Princípios da avaliação e controlo da Dor. In Ordem dos Enfermeiros: Guia Orientador de Boa Prática. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros. I Série nº 1. Porto: Ordem dos Enfermeiros; 2008. p.13-21.

27. Rodrigues A. Avaliação da dor no doente oncológico em Cuidados Paliativos incapaz de comunicar [Dissertação]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2013.
28. Pimenta M, Teixeira M. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Rev. Esc. Enf. USP.* 1996; 30(3): 473-83.
29. Melzack, R. The McGill Pain Questionnaire: From description to measurement. *Anesthesiology.* 2005 Jun; 25(103):199-202.
30. Direção-Geral de Saúde. Orientação nº 014/2010 da DGS: Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Lisboa: Direção-Geral de Saúde; 2010.
31. Batalha L, Mendes V. Adaptação cultural e validação da versão portuguesa da Escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability - Revised (FLACC-R). *Revista de Enfermagem Referência.* 2013 Dez; 3(11):7–17.
32. Guarda H. Avaliação da dor na pessoa idosa não-comunicante verbalmente: Escala Doloplus 2. *Revista DOR.* 2007; 1(15): 41–47.
33. Ripamonti C. Pain Management. *Annals of Oncology.* 2012; 23(10): 294-301.
34. World Health Organization. Cancer pain relief with a guide to opioid availability. Geneva: World Health Organization; 1996.
35. Ripamonti C, Bandieri E, Roila F. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of oncology.* 2011;22 (6) p. 69–77.
36. Hanks G, Conno F, Cherny N, Hanna M, Kalso E, McQuay H *et al.* Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. *British Journal of Cancer.* 2011; 84(5):587-593.
37. Swarm R, Paice J, Anghelescu D, Benedett, C, Cleeland C, Kamal A. *et al.* Adult Cancer Pain: Clinical Practice Guidelines in Oncology. Washington: National Comprehensive Cancer Network; 2014.
38. Freud T, Sherf M, Battat E, Vardy D, Shvartzman P. Patterns of opioid consumption in cancer patients. *Israel Medical Association Journal.* 2013; 15(2) 89-93.
39. Stockler M, Vardy J, Pillai A. Acetaminophen (Paracetamol) improves pain and well-being in people with advanced cancer already receiving a strong opioid regimen: a randomized, double blind, placebo-controlled cross-over trial. *Journal of Clinical Oncology.* 2014; 22(16):3389-3394.
40. Toussaint K, Yang X, Zielinski M, Reigle K. What do we (not) know about how paracetamol works? *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics.* 2010;35:617-638.
41. Burke A, Smyth E, Garret A. Analgesic-antipyretic and anti-inflammatory agents; pharmacotherapy of gout. In Brunton, L; Parker, K.; Blumenthal, D.; Buxton, L. Goodman and Gilman's Manual of Pharmacology and Therapeutics. Unites States of Americina: McGraw-Hill Companies, 2008 p. 428-455.

42. Wells, Barbara. Pain management. In Wells B, Dipiro J, Schwinghammer T, Dipiro C. *Pharmacotherapy Handbook*. 7th ed. McGraw-Hill Medical Companies, 2009. p. 614-628.
43. Olsen, A M, Fosbol E, Lindhardsen J, Folke F, Charlot M, Selmer C *et al*. Duration of treatment with nonsteroidal anti-inflammatory drugs and impact on risk of death and recurrent myocardial infarction in patients with prior myocardial infarction: a nationwide cohort study. *Circulation*. 2011; 123:2226-2235.
44. Gutsein H, Akil H. Opioid analgesics. In Brunton L, Parker K, Blumenthal D, Buxton L. *Goodman and Gilman's Manual of Pharmacology and Therapeutics*. Unites States of Amercina: McGraw-Hill Companies, 2008. p. 349-353.
45. Arbaiza D, Vidal O. Tramadol in the treatment of neuropathic cancer pain: a double-blind, placebo-controlled study. *Clinical Drug Investigation*. 2007;27(1):75-83.
46. Eisenberg E, Friction J, Giamberardino M, Goh C, Jadad A, Lipkowski A *et al*. Time to modify the WHO analgesic ladder? *Pain*. 2005; 13(5):1-4.
47. Tassinari D, Drudi F, Rosati M, Tombesi P, Sartori S, Maltoni M. The second step of the analgesic ladder and oral tramadol in the treatment of mild to moderate cancer pain: a systematic review. *Journal of Palliative Medicine*. 2011; 25(5):410-423.
48. Rodriguez R, Bravo L, Castro F, Montoya O, Castillo J, Castillo M *et al*. Incidence of weak opioids adverse events in the management of cancer pain: a double-blind comparative trial. *Journal of Palliative Medicine*. 2007; 10(1):56-60.
49. Infomed – Base de dados de medicamentos. [Internet]. Lisboa: INFARMED, 2014. [Consultado em 2014 Ago 9]. Disponível em <https://www.infarmed.pt/infomed/pesquisa.php>.
50. Rauck R, Parikh N, Dillaha L, Barker J, Stearns L. Patient satisfaction with fentanyl sublingual spray in opioid-tolerant patients with breakthrough cancer pain. *Pain Pract*. 2014 Jul 25.
51. Hesselbarth S, Lowenstein O, Cegla T. Effects of prolonged-release oxycodone/naloxone on pain control, bowel function and quality of life: a prospective observational study. *Scandinavian Journal of Pain*. 2014; 5:75-81.
52. Jacobsen R Samsanaviciene J, Liubarskiene Z, Sjogren P, Moldrup C, Christrup, L *et al*. Barriers to cancer pain management in Danish and Lithuanian patients treated in pain and palliative care units. *Pain Management Nursing*. 2014; 15(1):51-48.
53. Iniciando e otimizando uma terapêutica opioide. In: Fine,P, Portenory R. *Guia clínico de analgesia opioide*. Minneapolis: McGraw-Hill Companies, 2005. p.40-52.
54. Cunha T. Características e tratamento da dor irruptiva. *Boletim do Centro de Informação do Medicamento (CIM)*. Lisboa: Revista da Ordem dos Farmacêuticos nº 98 Maio/Agosto; 2011.
55. Paice J, Ferrell B. The management of cancer pain. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2011; 61: 157–182.

56. Naing C, Yeoh P, Aung K. A meta-analysis of efficacy and tolerability of buprenorphine for the relief of cancer pain. SpringerPlus. 2014; 3(1):1-8.
57. INFARMED. Circular Informativa N.º 109/CD/8.1.7. de 28/04/2014. Domperidona: Restrições de utilização. Lisboa; INFARMED; 2014.
58. Connolly M, Zaleon C, Montagnini M. Management of severe neuropathic cancer pain: an illustrative case and review. American Journal of Hospice & Palliative Medicine. 2012; 30(1) 83-90.
59. Khan M, Walsh D, Brito-Dellan N. Opioid and adjuvant analgesics: compared and contrasted. American Journal of Hospice & Palliative Medicine. 2011; 28(5) 378-383.
60. Leppert W, Buss T. The role of corticosteroids in the treatment of pain in cancer patients. Current Pain and Headache Reports. 2012;16:307-313.
61. Wilson J, Stack C, Hester J. Recent advances in cancer pain management. F1000 Prime Reports. 2014 Feb 3; 6:10.
62. Maltoni M, Scarpi E, Modonesi C, Passardi A, Calpona S, Tirriziani A *et al.* A validation study of the WHO analgesic ladder: a two-step vs three-step strategy. Journal of supportive care in cancer. 2005; 13(11):888-94
63. Mercadante S, Porzio G, Ferrera P, Fulfaro F, Aielli F, Ficarella C *et al.* Low morphine doses in opioid-naive cancer patients with pain. Journal of Pain and Symptom Management. 2006; 31(3):242-247.
64. Mercadante S, Porzio G, Ferrera P, Aielli F, Adile C, Ficarella C, Giarratano A, Casuccio A. Tapentadol in cancer pain management: a prospective open-label study. Curr Med Res Opin. 2008 Nov; 28(11):1175-1179.
65. Mercadante S, Porzio G, Adile C, Aielli F, Cortegiani A, Dickenson A, Casuccio A. Tapentadol at médium to high doses in patients previously receiving strong opioids for the management of cancer pain. Curr Med Res Opin. 2014; Jun 27:1-6.
66. Andoh T, Yageta Y, Konno M, Yamaguchi-Miyamoto T, Takahata H, Nojima H *et al.* Evidence for Separate Involvement of Different μ -Opioid Receptor Subtypes in Itch and Analgesia Induced by Supraspinal Action of Opioids. Journal of Pharmacology Sciences. 2008; 106(4): 667-670.
67. Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. O que são? [Internet] Porto: APCP; 2014. [Consultado em 2014 Abr 30]. Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/cuidadospaliativos/oquesao.html>.
68. Gaudreau J, Gagnon P, Roy M, Harel F, Tremblay A. Opioid medications and longitudinal risk of delirium in hospitalized cancer patients. Cancer. 2007 Jun 1; 109(11):2365–73.
69. World Health Organization. Pain relief and Palliative care. In: National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2012. p. 83–91.
70. Lei nº 52/2012 do Ministério da Saúde. D. R. I Série 172. (2012-09-05) 5119-5124.

71. Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa N.º: 14/DGCG de 13/07/14. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2014.
72. Smith T, Temin S, Alesi E, Abernethy A, Balboni T, Basch E et al. American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion: The integration of palliative care into standard oncology care. *Journal of Clinical Oncology*. 2012; 30(8): 880-887.
73. Cherny N, Radbruch L. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliative Medicine*. 2009; 23(7):581-593.
74. Elsayem A, Curry Iii E, Boohene J, Munsell M, Calderon B, Hung F et al. Use of palliative sedation for intractable symptoms in the palliative care unit of a comprehensive cancer center. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 2009; 17(1): 53–59.
75. Oosten A, Oldenmenger W, van Zuylen C, Schmitz P, Bannink M, Lieverse P et al. Higher doses of opioids in patients who need palliative sedation prior to death: Cause or consequence? *Eur. J. Cancer*. 2011;47(15):2341–6.
76. Verkerk M, van Wijlick E, Legemaate J, de Graeff A. A national guideline for palliative sedation in the Netherlands. *J. Pain Symptom Manage*. Elsevier; 2007 Dec 1;34(6):666–70.
77. Associação Portuguesa de Bioética. Parecer n.º P/20/APB/10: Guidelines sobre sedação em doentes terminais [Internet]. Porto: Associação Portuguesa de Bioética, 2010 [Consultado em 2014 fev 6]. Disponível em: <http://www.apbioetica.org/gca/index.php?id=272&idbloco=408>.

ANEXO 1

ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL NA AVALIAÇÃO DA DOR

I. História clínica da doença, existência de patologias prévias e antecedentes familiares	
II. História da dor	
a) Caracterização	Início, frequência com que se manifesta, forma como se instalou, existência de picos de dor; - <i>“Há quanto tempo tem dor? É contínua, intermitente ou surge em episódios?”</i> Localização - <i>“Onde é que dói? Pode descrever o local da dor”</i> Intensidade; - <i>“Qual a intensidade da dor que sente?”</i> (Recorrendo a instrumentos de medição) Duração. - <i>“Há quanto tempo tem dor?”</i>
b) Qualidade	Nociceptiva (com distinção entre somática ou visceral); Neuropática; Mista
c) Fatores	Desencadeantes; - <i>“Que comportamentos ou ações originam a dor?”</i> Alívio; - <i>“Que comportamentos ou ações aliviam a dor?”</i> Agravantes. - <i>“Que comportamentos ou ações agravam a sua dor?”</i>
d) Tratamentos	Anteriores; Atuais; Benefícios e/ou efeitos secundários decorrentes dos mesmos - <i>“Que tratamento realizou? Qual a sua eficácia? Teve alguns efeitos secundários? Quais?”</i>
e) Utilização de instrumentos para avaliação da dor	Instrumentos uni ou multidimensionais; Instrumentos destinados a auto ou heteroavaliação da dor.
b) Exame físico (geral)	
a) Neurológico	Sensibilidade Motricidade Alterações neurovegetativas
b) Músculo-esquelético	Procura de sinais sugestivos de inflamação, focos de dor, contraturas musculares
c) Imagiológico	Avaliação da presença de doença oncológica em diferentes localizações anatómicas
c) Avaliação do impacto da dor	
a) Repercussão nas atividades diárias	Interferência no trabalho, no lazer, no padrão do sono e do apetite, alterações na mobilidade, disfunção sexual, alterações de humor; Avaliação da qualidade de vida em função da dor, das atitudes e expectativas do doente em relação ao tratamento, a dores prévias, ao sentimento de perda e ao luto.

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO DE MCGILL

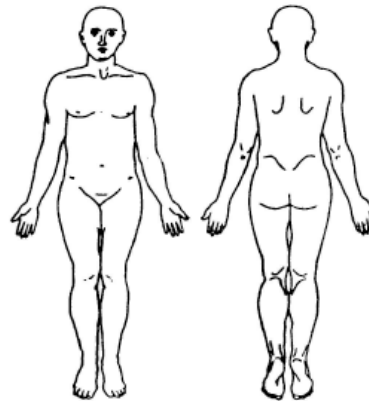
McGill Pain Questionnaire

Patient's Name _____ Date _____ Time _____ am/pm

PRI: S _____ A _____ E _____ M _____ PRI(T) _____ PPI _____
 (1-10) (11-15) (16) (17-20) (1-20)

1 FLICKERING QUIVERING PULSING THROBBING BEATING POUNING	11 TIRING EXHAUSTING
2 JUMPING FLASHING SHOOTING	12 SICKENING SUFFOCATING
3 PRICKING BORING DRILLING STABBING LANCINATING	13 FEARFUL FRIGHTFUL TERRIFYING
4 SHARP CUTTING LACERATING	14 PUNISHING GRUELLING CRUEL VICIOUS KILLING
5 PINCHING PRESSING GNAWING CRAMPING CRUSHING	15 WRETCHED BLINDING
6 TUGGING PULLING WRENCHING	16 ANNOYING TROUBLESOME MISERABLE INTENSE UNBEARABLE
7 HOT BURNING SCALDING SEARING	17 SPREADING RADIATING PENETRATING PIERCING
8 TINGLING ITCHY SMARTING STINGING	18 TIGHT NUMB DRAWING SQUEEZING TEARING
9 DULL SORE HURTING ACHING HEAVY	19 COOL COLD FREEZING
10 TENDER TAUT RASPING SPLITTING	20 NAGGING NAUSEATING AGONIZING DREADFUL TORTURING
	PPI
	0 NO PAIN
	1 MILD
	2 DISCOMFORTING
	3 DISTRESSING
	4 HORRIBLE
	5 EXCRUCIATING

BRIEF	RHYTHMIC	CONTINUOUS
MOMENTARY	PERIODIC	STEADY
TRANSIENT	INTERMITTENT	CONSTANT



E = EXTERNAL
I = INTERNAL

COMMENTS:

ANEXO 3

ESCALA FLACC – *FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY*

IDENTIFICAÇÃO			DATA	
			HORA	
	0	1	2	
FACE	Nenhuma expressão particular ou sorriso.	Caretas ou sobrelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse.	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas	
PERNAS	Posição normal ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Aos pontapés ou esticadas	
ACTIVIDADE	Deitado calmamente, posição normal, mexe-se facilmente	Contorcendo-se, virando-se para trás e para a frente, tenso	Curvado, rígido ou com movimentos bruscos	
CHORO	Ausência de choro (acordado ou adormecido).	Gemidos ou choramingos; queixas ocasionais.	Choro persistente, gritos ou soluços; queixas frequentes.	
CONSOLABILIDADE	Satisfeito, relaxado	Tranquilizado por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraído	Difícil de consolar ou confortar	
			Pontuação total	