

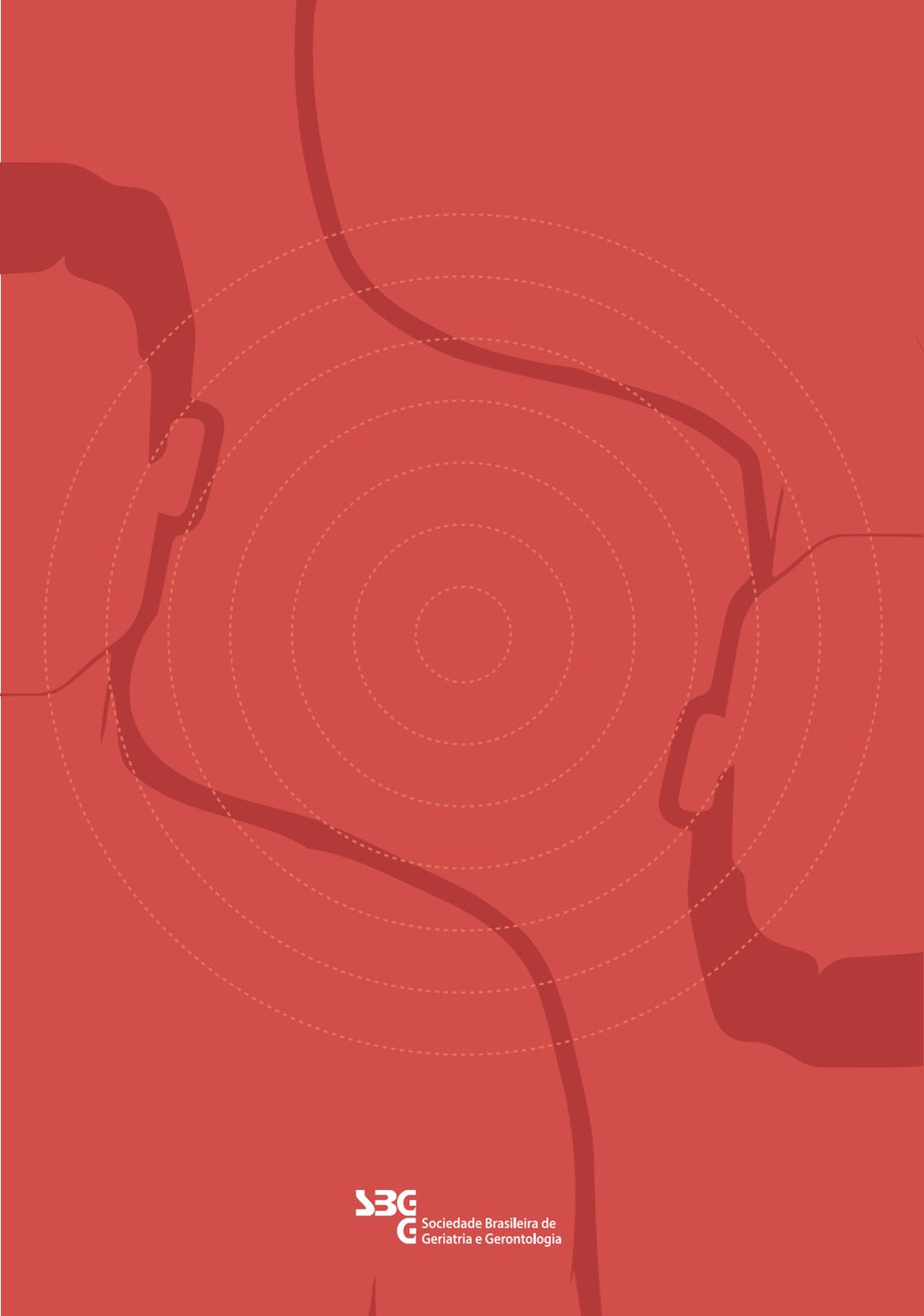
# **DOR : O QUINTO SINAL VITAL ABORDAGEM PRÁTICA NO IDOSO**

---

## **Comissão de Dor**

Comissão de Dor da SBGG

2018



# DOR : O QUINTO SINAL VITAL ABORDAGEM PRÁTICA NO IDOSO

## Comissão de Dor

Comissão de Dor da SBBG

2018

---

### COMISSÃO DE DOR DA SBBG

Diogo Kallas Barcellos (MG), Presidente

Fânia Cristina Santos (SP)

Bianca Figueiredo Barros (SE)

Karol Bezerra Thé (SP)

Fernanda Gazoni (SP)

### DIRETORIA DA SBBG (GESTÃO 2016-2018)

José Elias Soares Pinheiro (RJ), Presidente

Carlos André Uehara (SP), Vice-presidente

Claudia Fló (SP), Presidente do departamento de gerontologia

Jarbas de Sá Roriz (CE), Diretor científico

Tassio José Carvalho Silva (SP), Diretor de defesa profissional

Daniel Lima Azevedo (RJ), Secretário geral

Ruth Losada de Menezes (DF), Secretária adjunta

Rodolfo Augusto Alves Pedrão (PR), Tesoureiro

### EDITORES

Diogo Kallas Barcellos

Karol Bezerra Thé

### DESIGN GRÁFICO

Elvis Benicio ([elvisbenicio.com](http://elvisbenicio.com))

# SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>Introdução</b>	4
<b>2</b>	<b>Avaliação da dor no idoso</b>	6
	<b>2.1</b> Escalas de dor	8
	<b>2.1.1</b> Unidimensionais	8
	<b>2.1.2</b> Multidimensionais	10
<b>3</b>	<b>Tratamento não farmacológico da dor</b>	16
<b>4</b>	<b>Alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas no envelhecimento</b>	17
<b>5</b>	<b>Tratamento farmacológico da dor</b>	18
<b>6</b>	<b>Considerações finais</b>	26
<b>7</b>	<b>Referências bibliográficas</b>	27

# 1. INTRODUÇÃO

A população mundial envelhece rapidamente, causando grandes repercussões nos sistemas de saúde e previdenciário em vários países, tornando o envelhecimento populacional objeto de tema de grande discussão nos dias atuais.

Frente a esta realidade, desafios assistenciais se impõem, uma vez que, essa parcela da população é portadora de inúmeras doenças crônico-degenerativas, são grandes consumidoras de serviços de saúde e altamente susceptíveis a desequilíbrios sociais. Dentre as patologias que repercutem negativamente no equilíbrio deste indivíduo podemos citar aquelas associadas a dor.

Estima-se que 20 a 50% dos idosos provenientes da comunidade têm importantes problemas dolorosos e esse número aumenta para 45 a 80% em pacientes institucionalizados, podendo ser ainda maior nos hospitalizados, com a dor sendo sub reconhecida e sub tratada em grande parte dos casos. Estudos mostram que mais de 50% destes não recebem o controle adequado da dor e mais de 25% morrem sem obter o seu controle. Em idosos com demência, o diagnóstico e tratamento da dor pode tornar-se um problema ainda maior, o que, em parte, se justifica pela maior dificuldade em sua avaliação. Estes dados reforçam a necessidade de considerar a dor como o “quinto sinal vital”, com necessidade de abordagem ativa e sistemática em toda avaliação clínica, seja no nível ambulatorial, hospitalar ou em Instituição de Longa Permanência (ILP).

Dentre as principais causas de dor no idoso podemos citar as doenças osteomusculares, principalmente as degenerativas; com a mesma magnitude, temos ainda: a osteoporose e suas consequências, as fraturas, doença vascular periférica, neuropatias periféricas (ex. Neuropatia diabética), neuralgia pós herpética, síndrome dolorosa pós acidente vascular encefálico (particularmente os que afetam as estruturas do trato espinotalâmico), dor do membro fantasma, polimialgia reumática, lombalgias, doenças neoplásicas e outras desordens musculoesqueléticas.

É comum encontrarmos síndromes dolorosas crônicas, que acarretam outras repercussões ao indivíduo idoso, como isolamento social, ansiedade, transtornos depressivos, alterações no sono e memória, distúrbios funcionais e risco de quedas. O idoso com dor crônica apresenta comprometimento significativo na qualidade de vida devido ao prejuízo da funcionalidade global, aumenta a demanda por serviços de saúde, tem risco aumentado de polifarmácia e processos iatrogênicos, maior risco de institucionalização e aumento na mortalidade.

## 2. AVALIAÇÃO DE DOR NO IDOSO

Por ser uma experiência de caráter multidimensional, a avaliação de quadros dolorosos em idosos engloba vários domínios, incluindo o sensorial, o cognitivo, o afetivo, o comportamental e o sociocultural.

Uma anamnese adequada e um exame físico completo são os primeiros passos para obter um diagnóstico preciso para a partir disso, estabelecer o plano de tratamento.

Numa anamnese, não deve faltar a caracterização da dor, através de:

- Localização, início dos sintomas, irradiação ou distribuição, duração (aguda ou crônica), extensão, intensidade, qualidade, fatores desencadeantes, fatores atenuantes ou agravantes e sintomas associados;
- Compreensão e identificação do tipo de dor (nociceptiva, neuropática, psicogênica);
- Questionamentos sobre patologias pré existentes ou traumas prévios que possam estar associado a dor ou a seu gerenciamento, assim como sobre medicamentos utilizados;
- Análises da dimensão psicoafetiva do paciente e seus familiares. Se a dor exprime tristeza, depressão, raiva, ansiedade, isolamento social e mudanças na maneira de apreciar a vida, sendo importante definir a relação temporal entre a dor e essas alterações

- Interpretações da dor pelo paciente, e quais expectativas quanto ao problema e seu tratamento. Considerar que a dor é influenciada por fatores culturais, étnicos, espirituais, sociais e familiares;
- Detecção de comportamentos dissociados ao componente físico da dor perante os familiares e o meio em que se vive. Importante considerar a ocorrência de “ganhos secundários” em algumas situações.

Ainda, como parte da avaliação inicial da dor, um exame físico deve ser realizado e neste, deve-se proceder a:

- Inspeção e pesquisa de posição antálgica, deformidades, desalinhamento, atrofia, distúrbio de marcha;
- Palpação no local da dor, tentando-se esclarecer pontos de inflamação, espasmos musculares e pontos gatilho;
- Avaliação de Sinais neurológicos: testes de sensibilidade, força muscular, reflexos tendíneos, avaliação de pares cranianos e equilíbrio.

## 2.1. ESCALAS DE DOR

Não dispomos de um instrumento-padrão, único e exclusivo para o idoso, que permite a avaliação global da dor e que seja livre de vieses e de erros de mensuração. No Brasil, poucos instrumentos já foram traduzidos, adaptados transculturalmente e validados, considerando especificamente os indivíduos idosos. Podem ser unidimensionais e multidimensionais.

### 2.1.1. UNIDIMENSIONAIS

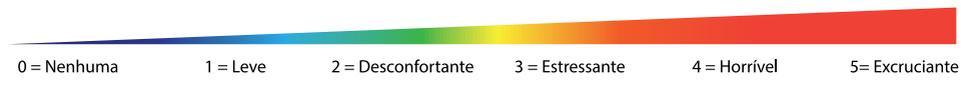
São maneiras simples de avaliar a magnitude da intensidade dolorosa. Dentre essas medidas encontram-se as escalas de descritores numéricos verbais ou visuais (quantificam a dimensão sensorial da dor), que possuem a vantagem de serem fáceis e de rápida aplicação.

#### Escala de Descritores Verbais

Escala de 4 Pontos



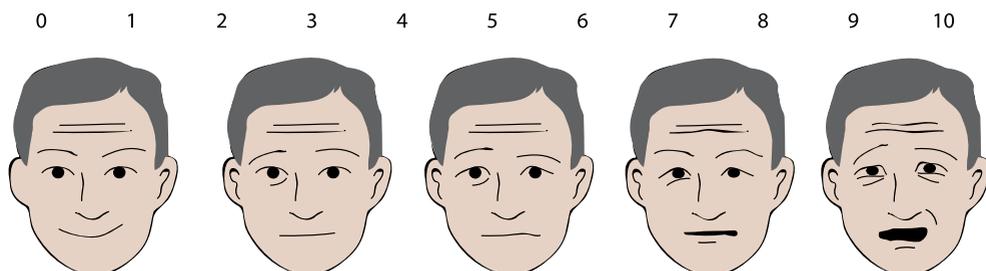
Escala de Intensidade de Dor Presente (PPI)



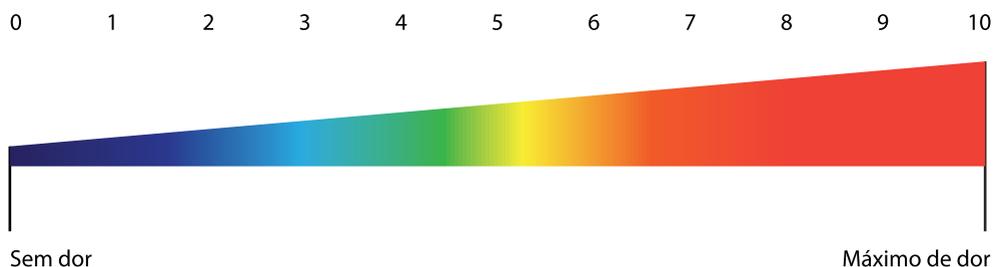
Escala de 6 Pontos



## Escala de Faces



## Escala Visual Numérica



Em um estudo epidemiológico, descritivo e analítico com uma amostra de 330 idosos com idade acima de 80 anos, do “Projeto Longevos” da disciplina de Geriatria e Gerontologia (DIGG) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), em andamento desde 2010, verificou-se que nessa população de idosos na comunidade sem déficit cognitivo, os instrumentos de mensuração preferidos foram a escala de faces e Escala Numérica Verbal.

## 2.1.2. MULTIDIMENSIONAIS

Medem não apenas a intensidade da dor, mas também outros aspectos da experiência dolorosa. Os instrumentos multidimensionais ainda são poucos utilizados em idosos, apesar de especialmente importante para os mesmos.

### **Medida de Dor Geriátrica (“Geriatric Pain Measure” – GPMp)**

*Ver tabela na página 11.*

### **Questionário McGill de Dor (MPQ)**

Este avalia as dimensões sensoriais, afetivas e avaliativas da dor, baseando-se em palavras que o paciente seleciona para descrever sua dor. Inclui um diagrama corporal para localização da experiência dolorosa, uma escala de intensidade e 78 descritores de dor agrupados em 4 grandes grupos e 20 subgrupos.

Na tradução para o Brasil foi desenvolvida uma forma reduzida do questionário, o que aumentou sua utilidade clínica, devido o menor tempo exigido para aplicação. O mesmo também já foi validado para uma população idosa, sendo verificado uma boa confiabilidade entre os examinadores. Pacientes com problemas de comunicação como déficit auditivo e visual têm muitas dificuldades em completar o MPQ. *Ver tabela na página 12.*

**Medida de Dor Geriátrica ("Geriatric Pain Measure" – GPMp)**

<b>Iniciais:</b>	<b>Nº Ficha médica:</b>	<b>Entrevista nº:</b>	<b>Data:</b>
------------------	-------------------------	-----------------------	--------------

<b>Por favor responda cada pergunta, marcando-a:</b>	<b>RESPOSTA</b>	<b>NOTA</b>
1. Você tem ou acha que teria dor com atividades intensas como correr, levantar objetos pesados ou participar de atividades que exigem esforço físico?	( ) Não ( ) Sim	
2. Você tem ou acha que teria dor com atividades moderadas como mudar uma mesa pesada de lugar, usar um aspirador de pó, fazer caminhadas ou jogar bola?	( ) Não ( ) Sim	
3. Você tem ou acha que teria dor quando levanta ou carrega sacola de compras?	( ) Não ( ) Sim	
4. Você tem ou acha que teria dor se subisse um andar de escadas?	( ) Não ( ) Sim	
5. Você tem ou teria dor se subisse apenas alguns degraus de uma escada?	( ) Não ( ) Sim	
6. Você tem ou teria dor quando anda mais de um quarteirão?	( ) Não ( ) Sim	
7. Você tem ou teria dor quando anda um quarteirão ou menos?	( ) Não ( ) Sim	
8. Você tem ou teria dor quando toma banho ou se veste?	( ) Não ( ) Sim	
9. Você já deixou de trabalhar ou fazer atividades por causa da dor?	( ) Não ( ) Sim	
10. Você já deixou de fazer algo que você gosta por causa da dor?	( ) Não ( ) Sim	
11. Você tem diminuído o tipo de trabalho ou outras atividades que faz devido à dor?	( ) Não ( ) Sim	
12. O trabalho ou suas atividades já exigiram muito esforço por causa da dor?	( ) Não ( ) Sim	
13. Você tem problemas para dormir devido à dor?	( ) Não ( ) Sim	
14. A dor impede que você participe de atividades religiosas?	( ) Não ( ) Sim	
15. A dor impede que você participe de qualquer outra atividade social ou recreativa (além dos serviços religiosos)?	( ) Não ( ) Sim	
16. A dor te impede ou impediria de viajar ou usar transportes comuns?	( ) Não ( ) Sim	
17. A dor faz você sentir fadiga ou cansaço?	( ) Não ( ) Sim	
18. Você depende de alguém para te ajudar por causa da dor?	( ) Não ( ) Sim	
19. Na escala de 0 a 10, com zero significando sem dor e 10 significando a pior dor que você possa imaginar, como está a sua dor dor hoje?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
20. Nos últimos sete dias, numa escala de zero a dez, com zero significando dor nenhuma e dez significando a pior dor que você consegue imaginar. Indique o quanto em média sua dor tem sido severa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
21. Você tem dor que nunca some por completo?	( ) Não ( ) Sim	
22. Você tem dor todo dia?	( ) Não ( ) Sim	
23. Você tem dor várias vezes por semana?	( ) Não ( ) Sim	
24. Durante os últimos sete dias, a dor fez você se sentir triste ou depressivo?	( ) Não ( ) Sim	

**PONTUAÇÃO** Dê um ponto para cada 'Sim' e somar as respostas numéricas

**PONTUAÇÃO TOTAL (0 - 42)** \_\_\_\_\_ Pontuação ajustada (Pontuação Total x 2,38) (0-100)

**Questionário McGill de Dor (MPQ)**

**Questionário para Dor de McGill-Melzack**

Nome do Paciente \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Registro Nº \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Especialidade Clínica (ex: cardíaco, neurológico) \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

Analgésico (caso esteja usando):

1. Nome \_\_\_\_\_

2. Dosagem \_\_\_\_\_

3. Há quanto tempo foi administrado em relação a esse teste \_\_\_\_\_

Nível intelectual do paciente:

circule o número que melhor represente a estimativa.

1 (baixo)    2    3    4    5 (alto)

Esse questionário foi formulado para nos informar mais sobre a sua dor. As quatro questões principais que faremos são:

1. Onde está sua dor? \_\_\_\_\_

2. Como ela é? \_\_\_\_\_

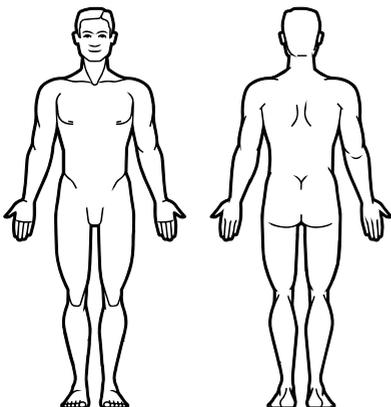
3. Ela mudou com o passar do tempo? \_\_\_\_\_

4. Qual é a sua intensidade? \_\_\_\_\_

É importante que você nos informe como a sua dor está no momento. Por favor, siga as instruções no início de cada parte.

**Parte 1. Onde é a sua dor?**

Por favor, marque na figura abaixo a área onde você sente a dor. Coloque "E", caso seja uma dor externa ou "I", caso seja uma dor interna. Coloque "EI" caso a dor seja tanto externa quanto interna.



**Parte 2. Como é a sua dor?**

Algumas das palavras abaixo descrevem a sua dor atual. Circule SOMENTE aquelas palavras que melhor a descrevem. Ignore qualquer categoria na qual não seja aplicável. Utilize somente uma única palavra em cada uma das categorias - a que se aplica melhor.

<p><b>1</b> Vibração Tremor Pulsante Latejante Como batida Como pancada</p>	<p><b>6</b> Fisgada Puxão Em torção</p>	<p><b>11</b> Cansativa Exaustiva</p>	<p><b>16</b> Chata Que incomoda Desgastante Intensa Insurpotável</p>
<p><b>2</b> Pontada Choque Tiro</p>	<p><b>7</b> Calor Queimação Fervente Em brasa</p>	<p><b>12</b> Enjoada Sufocante</p>	<p><b>17</b> Espalha Irradia Penetra Atravessa</p>
<p><b>3</b> Agulhada Perfurante Facada Punhalada Em lança</p>	<p><b>8</b> Formigamento Coceira Ardor Ferroada</p>	<p><b>13</b> Amendratadora Apararante Aterrorizante</p>	<p><b>18</b> Aberta Adormece Repuxa Espreme Rasga</p>
<p><b>4</b> Fina Cortante Estraçalhada</p>	<p><b>9</b> Mal localizada Dolorida Machucada Doida Pesada</p>	<p><b>14</b> Castigante Atormenta Cruel Maldita Mortal</p>	<p><b>19</b> Fria Gelada Congelante</p>
<p><b>5</b> Beliscão Aperto Mordida Cólica Esmagamento</p>	<p><b>10</b> Sensível Esticada Esfolante Rachando</p>	<p><b>15</b> Miserável Enlucadora</p>	<p><b>20</b> Aborrecida Dá náusea Agonizante Pavorosa Torturante</p>

**Parte 3. A dor com o passar do tempo?**

1. Qual(is) palavra(s) você utilizaria para descrever o padrão da sua dor?

<b>1</b> Continua Estável Constante	<b>2</b> Ritmica Periódica Intermitente	<b>3</b> Breve Momentânea Transitória
--	--	--

2. Que tipo de coisas promove o alívio da sua dor?

3. Que tipo de coisas aumenta a sua dor?

**Parte 4. Qual é a intensidade da sua dor?**

Sugerimos que as cinco palavras seguintes representam a intensidade crescente da dor. Elas são:

<b>1</b> Leve	<b>2</b> Desconfortável	<b>3</b> Agonizante	<b>4</b> Horrível	<b>5</b> Lacerante
------------------	----------------------------	------------------------	----------------------	-----------------------

Para responder cada questão abaixo, escreva o número da palavra mais apropriada no espaço ao lado da pergunta

1. Qual palavra descreve sua dor no momento?
2. Qual palavra descreve sua dor mais intensa?
3. Qual palavra descreve o seu último episódio de dor?
4. Qual palavra descreve a pior dor de dente que você já teve?
5. Qual palavra descreve a pior dor de cabeça que você já teve?
6. Qual palavra descreve a pior dor de estômago que você já teve?

## **PACSLAC (*Pain Assessment Checklist for Seniors With Limited Ability to Communicate*)**

Este check list de avaliação de dor no idoso com habilidade limitada para a comunicação foi criado especialmente para aperfeiçoar a avaliação e mensuração de dor nos pacientes com demência avançada.

Originalmente validado na língua inglesa, já foi traduzido e validado, também, na França e Holanda. Nesse último país, é o mais utilizado por enfermeiros e, ainda, considerado o mais promissor entre os instrumentos já propostos para a abordagem da dor na demência. Enfermeiras que, rotineiramente, utilizaram o PACSLAC também demonstraram um menor nível de estresse e burn out que outras que apenas preencheram checklists irrelevantes.

No Brasil, já teve sua tradução, adaptação transcultural e validação concluídas, demonstrando ser confiável e válida como ferramenta importante na avaliação e gerenciamento da dor em idosos com habilidade limitada na comunicação.

### Expressões faciais

Caretas  
Olhar triste  
Cara amarrada  
Olhar de reprovação  
Mudança nos olhos (olhos meio fechados; olhar sem vida; brilhantes, movimentos dos olhos aumentados)  
Carrancudo  
Expressão de dor  
Cara de bravo  
Dentes cerrados  
Estremecimento  
Boca aberta  
Enrugando a testa  
Torcendo o nariz

### Social / Personalidade / Humor

Agressão física (ex: empurrando pessoas e/ou objetos, arranhando outros, batendo, atacando, chutando)  
Agressão verbal  
Não quer ser tocado  
Não permitindo pessoas perto  
Zangado / furioso  
Atirando coisas  
Aumento da confusão mental  
Ansioso  
Preocupado / tenso  
Agitado  
Mal-humorado / irritado  
Frustrado

### Atividade / Movimento corporal

Irrequieto  
Afastando-se  
Hesitante  
Impaciente  
Andando de lá pra cá  
Perambulando  
Tentando ir embora  
Recusando-se a se mover  
Movendo-se violentamente

### Atividade / Movimento corporal

Atividade diminuída  
Recusando medicações  
Movendo-se lentamente  
Comportamento impulsivo (ex: movimentos repetitivos)  
Não cooperativo / resistente a cuidados  
Protegendo área dolorida  
Tocando / segurando área dolorosa  
Mancando  
Punho cerrados  
Ficar na posição fetal  
Duro/ rígido

### Outros\*

Pálido  
Ruborizado  
Olhos lacrimejantes  
Suando  
Sacudindo / tremendo  
Frio e pegajoso  
Mudanças no sono  
Sono diminuído  
Sono aumentado durante o dia  
Mudanças no apetite  
Apetite diminuído  
Apetite aumentado  
Gritando / berrando  
Chamando (ex: por ajuda)  
Chorando  
Um som ou vocalização específico  
Para dor "ai / ui"  
Gemendo e suspirando  
Murmurando  
Resmungando

## PAINAID- Br

Foi originada em 2003 a partir da adaptação da escala Discomfort Scale-Dementia of the Alzheimer's Type (DS-DAT) e da Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) para uso na avaliação de dor em idosos.

É composta pelos indicadores: respiração, vocalização, expressão corporal e consolabilidade, cada um deles pontuando de 0 a 2 pontos, numa escala métrica de zero a dez pontos. Pontuação maior é indicativa de maior intensidade da dor.

Abrange apenas três dos seis indicadores comportamentais de dor descritos pela Sociedade Geriátrica Americana. Os resultados revelam boa concordância inter avaliadores e consistência interna. É de fácil aplicabilidade, requerendo menos de 5 minutos para seu preenchimento. A versão brasileira já teve as propriedades psicométricas de validade, confiabilidade e concordância inter avaliadores analisadas.

### Escala de avaliação de dor em demência avançada - PAINAID-Br

**Instruções:** Observe o paciente por cinco minutos antes de pontuar os comportamentos dele ou dela. Pontue os comportamentos de acordo com a tabela a seguir. As definições de cada item são fornecidas na página seguinte. O paciente pode ser observado em diferentes condições (por exemplo, em repouso, durante uma atividade agradável, durante recebimento de cuidados, após receber medicação para dor).

Comportamento	0	1	2	Pontuação
<b>Respiração</b> Independente de vocalização	Normal	Dificuldade ocasional para respirar Curto período de hiperventilação	Respiração ruidosa e com dificuldades Longo período de hiperventilação Respiração Cheyne-Stokes	
<b>Vocalização negativa</b>	Nenhuma	Resmungos ou gemidos ocasionais Fala baixa ou em baixo tom, de conteúdo desaprovador ou negativo	Chamados perturbadores repetitivos Resmungos ou gemidos altos Choro	
<b>Expressão facial</b>	Sorrindo ou inexpressiva	Triste Assustada Franzida	Careta	
<b>Linguagem corporal</b>	Relaxada	Tensa Andar angustiado/afrito de um lado para o outro Inquietação	Rígida Punhos cerrados Joelhos encolhidos Puxar ou empurrar para longe Comportamento agressivo	
<b>Consolabilidade</b>	Sem necessidade de consolar	Distraído(a) ou tranquilizado(a) por voz ou toque	Incapaz de ser consolado(a), distraído(a) ou tranquilizado(a)	
			<b>TOTAL</b>	

**Pontuação:** O total de pontos varia de 0-10 pontos. Uma possível interpretação da pontuação é: DOR LEVE (1 - 3), DOR MODERADA (4 - 6), DOR SEVERA (7 - 10). Estas variações são baseadas numa escala padrão de dor de 0 - 10, mas não foram comprovadas na literatura para essa avaliação.

### 3. TERAPÊUTICA NÃO FARMACOLÓGICA DA DOR NO IDOSO:

O tratamento da dor crônica não deve ser focado exclusivamente no uso de medicações, sendo a abordagem multidisciplinar de fundamental importância para o tratamento bem-sucedido. Muitas evidências demonstram que a combinação de métodos farmacológicos e não farmacológicos para controle da dor a longo prazo proporciona efeito analgésico melhor do que o emprego isolado de cada um deles.

O tratamento não farmacológico tem como vantagens: o baixo custo financeiro, o fato de ser não invasivo e apresentar pouco ou nenhum efeito colateral, além de poder ser utilizado de forma coadjuvante à terapia farmacológica, contribuindo para reduzir as doses de analgésicos, dessa forma, reduzindo o risco de efeitos colaterais.

Segue algumas das estratégias não farmacológicas de tratamento da dor:

Auto gerenciamento da dor	Exercícios físicos
Psicoterapia	Massagem
Acupuntura	Meditação
Musicoterapia	Atividades sociais e de lazer
Arteterapia	Reabilitação fisioterapêutica
Terapia ocupacional	Hidroterapia
Yoga	Abordagens de neuromodulação
Tai chi	Biofeedback

## 4. ALTERAÇÕES FARMACOCINÉTICAS E FARMACODINÂMICAS NO ENVELHECIMENTO

Muitas alterações fisiológicas ocorridas durante o processo de envelhecimento podem alterar de modo significativo a forma como o organismo do idoso metaboliza os fármacos administradas. Essas alterações tornam o idoso especialmente suscetível a efeitos adversos, principalmente na presença de doenças crônicas e polifarmácia.

O idoso apresenta menor reserva funcional dos órgãos e sistemas, portanto, a farmacocinética e farmacodinâmica das drogas a serem empregadas devem ser bastante valorizadas. Em idosos, são comuns: maior sensibilidade aos analgésicos, meia-vida mais longa e aumento do risco de interação medicamentosa (tabela 1).

<b>Absorção</b>  Redução <ul style="list-style-type: none"><li>• Fluxo sanguíneo esplâncnico</li><li>• Secreção gástrica</li><li>• Superfície de absorção</li><li>• Motilidade gastrointestinal</li></ul> Aumento do Ph gastrointestinal	<b>Distribuição</b>  Redução <ul style="list-style-type: none"><li>• Volume do plasma (8%)</li><li>• Débito cardíaco</li><li>• Água corporal (25%)</li><li>• Albumina plasmática (20%)</li><li>• Substituição da massa muscular por gordura (30% a 40%)</li></ul>
<b>Metabolismo</b>  Redução <ul style="list-style-type: none"><li>• Massa hepática</li><li>• Fluxo sanguíneo hepático (40%)</li></ul> Alteração na atividade enzimática (citocromo P450)  Alteração na fase I do metabolismo (hidroxilação, oxidação, hidrólise e n-demetilação)	<b>Excreção</b>  Redução <ul style="list-style-type: none"><li>• Massa renal</li><li>• Número de néfrons funcionais</li><li>• Fluxo sanguíneo renal (1% a 2% ao ano, chegando a 50% na idade avançada)</li><li>• Filtração glomerular (30% a 50%)</li><li>• Aumento na incidência de esclerose glomerular espontânea</li></ul>

Tabela 1 - Alterações farmacológicas com o envelhecimento

## 5. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA DOR NO IDOSO

Para a escolha consciente e eficaz do fármaco a ser utilizado, é imprescindível que se conheça o mecanismo de ação de cada droga, suas interações medicamentosas, sinergismos e efeitos colaterais. O objetivo final deve sempre ser tratar a dor e as condições associadas, tais como depressão, ansiedade e distúrbios do sono. Não há lugar para placebos na avaliação ou no tratamento da dor.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) sugeriu a ordenação e padronização do tratamento analgésico baseado em uma escada de quatro degraus, de acordo com a intensidade da dor que o paciente apresenta. Os princípios da farmacoterapia propostos pela OMS podem ser resumidos nos tópicos:

- **Pela escada:** o uso sequencial dos medicamentos está esquematizado na Figura 1. Inicia-se pelo primeiro degrau, correspondente a dor fraca (EVN= 1 a 3), que consiste em analgésicos simples e anti inflamatórios não hormonais (AINES). Quando não ocorrer alívio dos sintomas, adiciona-se um opioide fraco para a dor de intensidade moderada (EVN=4 a 6). Quando esta combinação falhar, deve-se substituir este opioide fraco por um forte, para dor de intensidade alta (EVN  $\geq$ 7). Os medicamentos adjuvantes devem ser associados em todos os degraus da escada, de acordo com as indicações específicas (antidepressivos, anticonvulsivantes, neurolépticos, relaxantes musculares etc.). Há ainda um quarto degrau, indicado para dor refratária à farmacoterapia e no qual estão indicados procedimentos intervencionistas (ex: epidural, bombas infusoras implantadas, neuroestimuladores medulares).

- **Via oral:** sempre que possível, os analgésicos devem ser administrados por via oral proporcionando ao paciente maior grau de independência e conforto. Deve-se evitar a via intramuscular por ser dolorosa e estar relacionada a complicações.
- **Intervalos fixos:** os analgésicos devem ser administrados a intervalos regulares de tempo. A dose subsequente precisa ser administrada antes que o efeito da dose anterior tenha terminado, respeitando a meia-vida da droga.
- **Individualização:** não existem doses padronizadas para os opioides. A dose correta é aquela que causa alívio da dor com o mínimo de efeitos adversos.
- **Atenção:** Atentando-se aos detalhes, reavaliando frequentemente presença e características da dor, para adequar o tratamento.

### Escada Analgésica da OMS (Modificada)

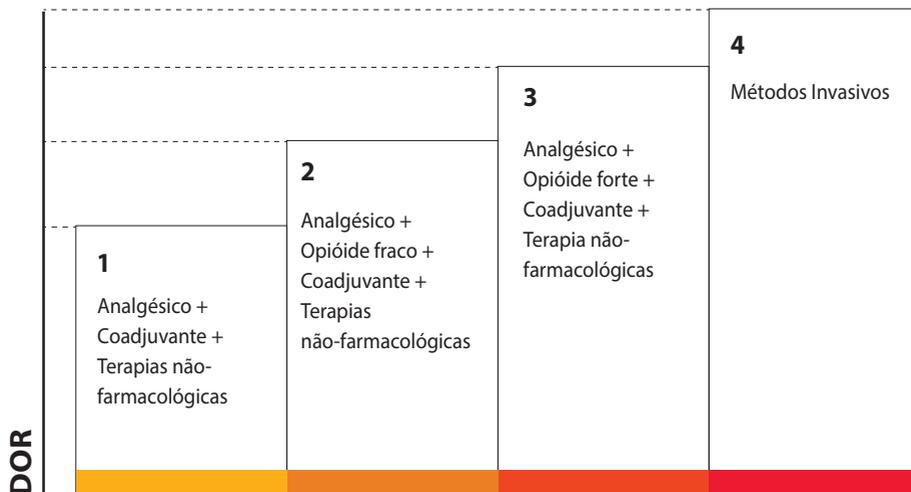


Figura 1

Após o início do tratamento, a dor deve ser avaliada e caso persista ou piore, deve-se aumentar a dose do fármaco utilizado ou subir um degrau na escada analgésica associando-se ou trocando por outro fármaco.

#### Analgésicos Não Opióides (ver tabela 2):

- Entre eles: analgésicos não anti inflamatórios (flupirtina, viminol, dipirona, acetaminofeno) e analgésico anti inflamatórios não hormonais (AINE).
- A Sociedade Americana de Geriatria (AGS), em suas diretrizes, recomenda que o acetaminofeno deva ser considerado para o tratamento inicial e contínuo de dor persistente em idosos.
- O acetaminofeno é considerado analgésico seguro, sem efeitos colaterais significativos, no entanto seu potencial de hepatotoxicidade é amplamente conhecido, principalmente quando há superdosagem (>4g) ou quando administrado a indivíduos com patologia hepática.
- Os AINE, seletivos ou não-seletivos, devem ser raramente considerados e, quando o forem, deve-se ter cautela.
- Podem ser usados isoladamente no tratamento da dor leve ou associados aos opioides na dor moderada ou grave.
- Apresentam efeito teto, ou seja, possuem dose máxima a partir da qual não é possível obter maior analgesia.
- Os anti inflamatórios hormonais possuem os mesmos riscos citados para os AINE. Lança-se mão dessa medicação, principalmente, em infiltrações intra-articulares, sendo contraindicada para tratamentos concomitantes com os AINE.

Fármacos	Apresentação e dose	Dose terapêutica/ intervalo	Efeito (início/ pico/fim)	Efeito teto	Potência
Dipirona	Amp/2ml/500mg/ml Frs. 10ml/500mg/ml Cp 500mg e 1000mg	500 a 1000mg 4/6 horas	30'/2h/ 8h	6g	1
AAS	Cp 500mg	500 a 1250mg 4/6horas	30'/2h/ 8h	5g	1
Paracetamol	Cp 500mg e 750mg	500 a 1000mg 4/6 horas	30'/2h/8h	6g	1
Diclofenaco	Cp 50mg	500 a 100mg 6/8 horas	15'/3h/10h	200mg	> 1

**Tabela2 - Analgésicos não-opioides**

Analgésicos Opióides (ver tabela 3):

- Usados para dor moderada a intensa.
- Opioides fracos: codeína e tramadol.
- Opioides fortes: morfina, metadona, oxicodona, fentanil e buprenorfina.
- O tramadol tem sido o mais recomendado, pois além de sua importante ação analgésica mediada pelo receptor opioide, apresenta ação mediada pela inibição da recaptação de serotonina e também atua na modulação da dor.
- Entre os efeitos colaterais comuns estão: náuseas, vômito, prurido, tontura, xerostomia, obstipação, retenção urinária, sonolência, confusão mental e euforia.

- Especialmente em indivíduos dependentes de outras substâncias psicoativas e portadores de doenças psíquicas, devemos atentar ao risco de abuso, mau uso e vício aos opioides.
- A metadona deve ser particularmente considerada em nosso meio, pois além de sua grande efetividade (ação em receptor opioide e em receptor n-metil-D-aspartato (NMDA)), apresenta baixo custo. Porém, deve-se enfatizar os devidos cuidados na manipulação das dosagens em idosos (apresenta meia-vida longa, podendo haver acúmulo de dose e aumento nos efeitos adversos), sendo assim, reservado para os profissionais com maior experiência no tratamento da dor.
- De maneira geral, os opioides possuem um bom perfil de segurança e apesar do medo da depressão respiratória, essa complicação é considerada rara mediante uma prescrição cuidadosa.
- Sempre deve ser iniciada a menor dose possível e aumentando a mesma até se atingir a melhor resposta sobre a dor, com menos efeitos adversos. Efeitos adversos comuns como constipação, sonolência, boca seca, náusea e vômito exigem profilaxia e tratamento concomitantes a prescrição do opioide.

<b>Fármaco</b>	<b>Apresentação e dose</b>	<b>Dose terapêutica / intervalo</b>	<b>Efeito (início/pico/fim)</b>	<b>Potência</b>
Codeína	Cp 30 e 60mg Sol. oral 3mg/ml	75 a 120mg 4/6 horas	30'/2h/8h	1/10
Tramadol	Cp 50 e 100mg Sol.oral 100mg/ml Amp. 2ml/50mg/ml	50 a 100mg 4/8 horas	30'/2h/8h	1/5
Tramadol SR	Cp 50 e 100mg	50 a 200mg 12 horas	30'/2h/12h	1/5
Morfina	Cp 10 e 30mg Sol.oral 10mg/ml Amp. 1ml-10mg/ml	5 a 200mg 4 horas (dose oral)	15'/2h/4h	VO 1; SC 1/2; IV 1/3
Morfina LC	Cap 30, 60 e 100mg	30 a 100mg 8/12 horas	1h/6h/14h	1
Metadona	Cp 5 e 10mg Amp. 10mg/ml	10 a 50mg 6/ 12 horas	1h/12h/25h	*
Oxicodona	Cp 10, 20 e 40mg	10 a 40mg 12 horas	1h/8h/25h	1,5
Fentanil	Adesivo 25; 50; 75 e 100mcg	25 a 100mcg/h 72 horas	24h/72h	100150

**Tabela 3 - Analgésicos opioides**

A buprenorfina é uma das mais recentes no mercado farmacêutico. É um agonista parcial opioide indicado por via transdérmica para idosos. A dose usual do adesivo varia de 5 a 20mg, e deve ser trocado a cada 7 dias. Demora cerca de 72 horas para alcançar efeito máximo e não precisa de ajuste de dose para pacientes com alteração de função renal, apresentando um bom perfil de segurança .

### **Medicações Adjuvantes:**

- Classe de drogas cujos efeitos primários não consistem em analgesia, mas que, em associação com as medicações analgésicas, potencializam a ação desses e previnem e tratam sintomas concomitantes que exacerbam a dor. Podem ser usados em todos os degraus da escada analgésica da OMS.
- Auxiliam na prevenção e no tratamento de sintomas concomitantes e que exacerbam a dor, como depressão, ansiedade e distúrbios de sono.

- Os principais fármacos incluídos nesta categoria são: antidepressivos (amitriptilina, nortriptilina, duloxetina e venlafaxina), anticonvulsivantes (carbamazepina, gabapentina, pregabalina, lamotrigina), neurolépticos (clorpromazina, levopromazina, quetiapina, risperidona, olanzapina), relaxantes musculares (ciclobenzaprina, baclofeno, carisoprodo, tizanidina) e analgésicos tópicos (capsaicina e lidocaína).
- A carbamazepina e a oxcarbazepina, bastante usada no passado, foi substituída por novos anticonvulsivantes, com evidências superiores e menor frequência de interações medicamentosas.

	Dose inicial recomendada	Comentários
<b>Antidepressivos</b>		
Desipramina Nortriptilina Amitriptilina	10mg a noite	Risco significativo de efeitos adversos: efeitos anticolinérgicos. Idosos raramente toleram acima de 75 a 100mg/dia
Duloxetina	20mg/dia	Monitorar PA, tontura e efeitos sobre a cognição
Venlafaxina	37,5mg/dia	Monitorar PA e FC. Atenção para cefaleia, náusea, sudorese, sedação, convulsões.
<b>Anticonvulsivantes</b>		
Gabapentina	100mg a noite	Monitorar sedação, ataxia e edema
Pregabalina	50mg a noite	Monitorar sedação, ataxia, edema
Lamotrigina	25mg a noite	Monitorar sedação, ataxia, edema
<b>Relaxante muscular</b>		
Baclofeno	5mg 3vezes ao dia	Monitorar fraqueza muscular, função renal, efeitos cognitivos e sedação
Ciclobenzaprina	5mg a noite	Monitorar tontura, efeitos cognitivos e sedação

A lidocaína é um anestésico local que pode ser utilizado em gel ou patch a 5% recomendada para dor neuropática localizada ( ex.na neuropatia pós herpética). A capsaicina é um neuropeptídeo natural derivado de plantas da família das solanáceas que produz uma efetiva analgesia seletiva por afetar a síntese, o armazenamento, transporte e liberação da substância P, principal mensageiro químico dos impulsos da dor periférica para o sistema nervoso central. Indicada para dor bem localizada, principalmente pós herpética ou em osteoartrite de joelhos. Pode acarretar sensação de aumento da dor inicialmente com queimação, que indica a necessidade de uso de anestésicos tópicos antes de sua aplicação. Apresenta-se na forma de creme ou gel de 0,025% a 0,075% três vezes ao dia.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, apesar de as referências sobre diversos instrumentos de avaliação da dor no idoso, validados, terem aumentado nos últimos anos, a subavaliação e o subtratamento pelos profissionais de saúde ainda é uma realidade. Esse fato corrobora o controle inadequado da dor, deixando o idoso vulnerável a consequências decorrentes da perda da funcionalidade secundária ao subtratamento da dor. Através de educação em dor poderemos minimizar as fragilidades na avaliação e manejo inadequados da dor no idoso.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Santos, FC, Souza, PMR. Força Tarefa na dor em Idosos. São Paulo: Ed Moreira Jr. 2011

Santos FC. Manejo da dor. In: Guia de Geriatria e Gerontologia. Série guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP/EPM. Barueri: Manole, 2005  
Chopra, A. Pain management in the older patient. *Clinical Geriatrics* 2006; 14(3): 40-46.

AGS panel on persistent pain in older persons. Pharmacological management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57: 1331-1346.

Hunt L J, Civinsky K E, Yaffe K et al. Pain in Community-Dwelling Older Adults with Dementia: Results from the National Health and Aging Trends Study. *J Am Geriatr Soc*. 2015 August ; 63(8): 1503–1511.

McCleane G. Pharmacological pain management in the elderly patient. *Clinical interventions in aging*, 2007. 2(4): 637-643.

Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de Dor de McGill: Proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 1996; 30:473-83.

Ferrel BA, Stein WM, Beck JC. The geriatric pain measure: validity, reability and factor analysis. *JAGS*. 2000; 48:1669-73.

Lorenzet IC, Santos FC, Souza PMR, et al. Avaliação da dor em idosos com demência: tradução e adaptação transcultural do instrumento PACSLAC para a língua portuguesa. *RBM* 2011;68 (4):129-33.

Pinto MC, Minson FP, Lopes ACL, Laselva CR. Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão em português (Brasil) da escala de dor Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD-Brasil) em pacientes adultos não comunicantes. *Einstein*. 2015;13(1):14-9.

Scascighini L, Toma V, Dober-Spielmann S, Sprott H. Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. *Rheumatology (Oxford)* 2008; 47:670.

Tirado, M.G.A.; Barreto, K.M.L.; Leite, V.M.M. Terapia Ocupacional, dor e cuidados paliativos no processo de envelhecimento. In: De Carlo, M.M.R.P.; Queiroz, M.E.G. *Dor e Cuidados Paliativos - Terapia Ocupacional e Interdisciplinaridade*. São Paulo: Roca, 2008: 288-306.

Stanos SP, McLean J, Rader L. Physical medicine rehabilitation approach to pain. *Med Clin North Am* 2007; 91:57.

Gay C, Chabaud A, Guilley E, Coudeyre E. Educating patients about the benefits of physical activity and exercise for their hip and knee osteoarthritis. Systematic literature review. *Ann Phys Rehabil Med*. 2016;59(3):174-83.

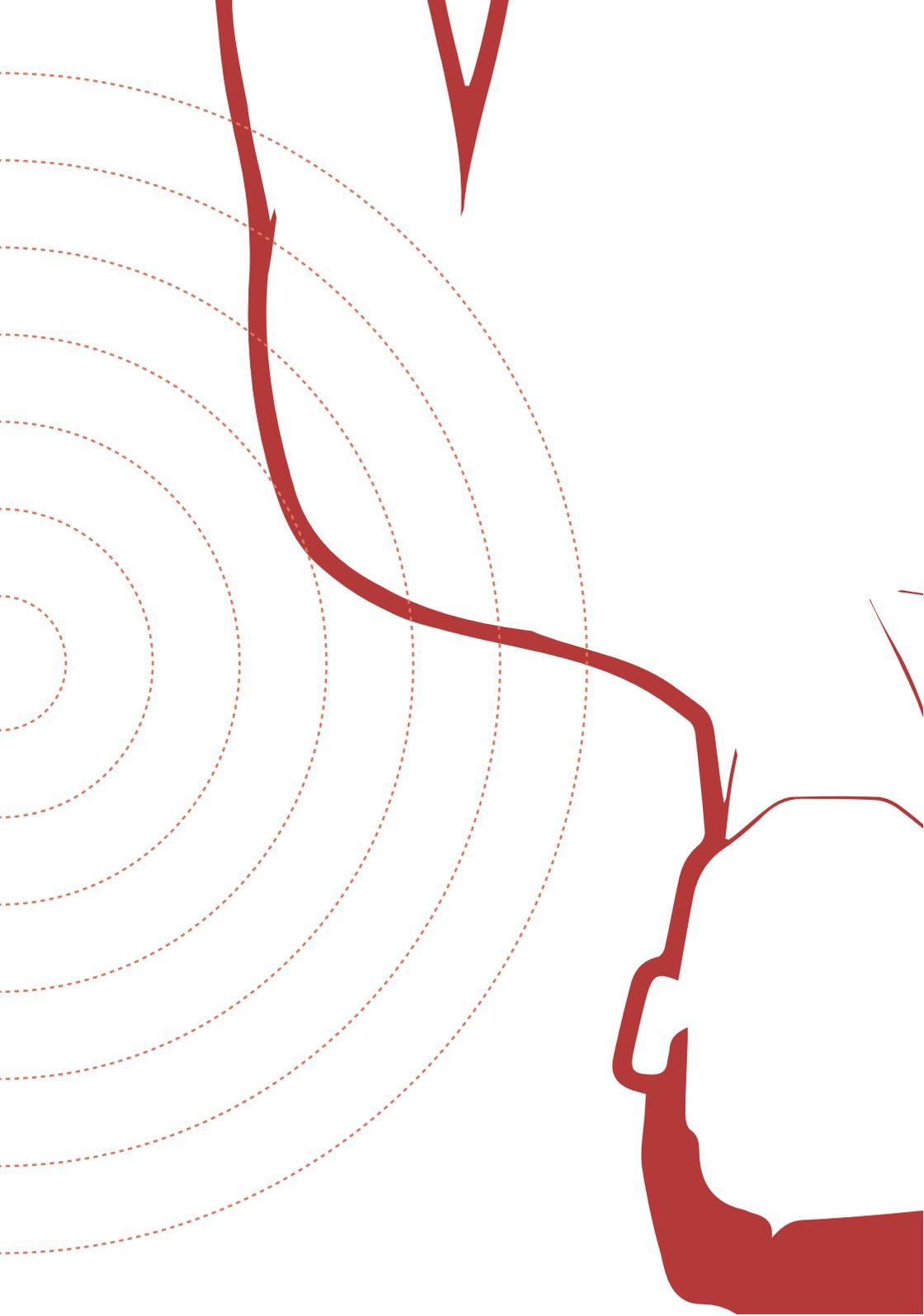
Bajwa ZH, Warfield CA. Overview of the treatment of chronic pain. In: UpToDate, Basow, DS (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2009.

Cardoso, M.G.M. Controle da Dor. *Manual de Cuidados Paliativos*. Associação Nacional de Cuidados Paliativos. 2009; 86-103.

Chau DL, Walker V, Pai L et al. Opiates and elderly: Use and effects. *Clinical Interventions in Aging*. 2008, 3; 273-277.

Coelho, SA. Abordagem da dor osteoarticular. In: Santos, FC, Souza, PMR. *Forçatarefa na dor em idosos*. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Jr, 2011, 57-69





Organização



[www.sbgg.org.br](http://www.sbgg.org.br)

---

Apoio

