

Avaliação da dor

Introdução

Segundo a International Association for the Study of Pain (IASP), dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual actual ou potencial ou descrito em termos de tal dano [1]. A dor é sempre subjectiva.

A dor é influenciada por vários factores, entre os quais a idade do doente, o tipo de doença e nos doentes oncológicos o tipo de neoplasia, a sua localização, a extensão da doença e a presença de metástases ósseas.

A dor tem grande influência na qualidade de vida, interferindo a nível do funcionamento físico, psicológico e social; altera o sono, o humor e a capacidade de desfrutar a vida [2]. É temida por muitos doentes mais do que a própria morte.

Muitos estudos mostram que a dor está em muitos casos insuficientemente tratada. Uma revisão da literatura concluiu que cerca de um em dois doentes com cancro não tem a dor convenientemente tratada [3] Num estudo realizado em 11 países europeus e Israel, 56% dos doentes com cancro tinham dor moderada a intensa [4]. Outros estudos realizados na Europa e noutros países mostram resultados semelhantes na dor oncológica e na dor crónica em geral [5-11].

Classificação da dor

Classificação temporal

A dor pode ser definida numa base temporal, dividindo-se em aguda, crónica e irruptiva.

Dor aguda

A dor aguda caracteriza-se por um início bem definido, geralmente associado a sinais físicos e objectivos, com hiperactividade do sistema nervoso simpático.

Dor crónica

A dor crónica é a que persiste por mais de 3 meses, muitas vezes com um padrão temporal menos bem definido. Mais importante do que a sua duração é o seu impacto na vida dos doentes, associando-se a alterações significativas da personalidade, estilo de vida e capacidade funcional, como perturbações do sono, redução do apetite, diminuição da capacidade de concentração e irritabilidade. Portanto, a dor crónica é qualitativamente diferente da dor aguda não se distinguindo apenas pela duração (quadro 1).

Dor irruptiva

A dor irruptiva caracteriza-se pela exacerbação transitória da dor crónica controlada. A dor incidental, uma variante da dor irruptiva, é causada por uma acção do doente ou por outra causa precipitante semelhante.

Quadro 1. Classificação temporal da dor

	Aguda	Crónica
Início	bem definido	mal definido
Duração	horas – dias - semanas	meses - anos
Fisiologia	activação do simpático	sem activação do simpático
Comportamento	típico: obviamente com dor	não típico: sem dor óbvia alterações da personalidade, do estilo de vida e da capacidade funcional: perturbação do sono, redução do apetite, irritabilidade
Afectivo	ansiedade	depressão

Classificação quanto aos mecanismos da dor

Quanto aos mecanismos responsáveis pela sua sustentação, a dor pode dividir-se em 3 grandes categorias: nociceptiva, neuropática e idiopática.

Dor nociceptiva

O termo dor nociceptiva aplica-se à dor crónica associada ao dano tecidular causado por lesões somáticas (ex., dano tecidular por invasão tumoral, pressão, infecção, espasmo muscular) ou

viscerais (ex., obstrução intestinal, ureteral, hepatomegalia) identificáveis [12]. Por isso, costuma subdividir-se em somática e visceral.

A dor somática tem origem no local do processo de doença e não inclui a que pode ser percebida nos tecidos músculo-esqueléticos, mas que não têm aí origem, como a dor da compressão nervosa ou a dor referida [13].

A dor visceral tem origem nos órgãos internos e é geralmente percebida nos tecidos somáticos periféricos do corpo (pele, tecido subcutâneo, músculos), em áreas que recebem a mesma inervação sensorial que os órgãos internos que originam os sintomas – dor visceral referida. A intensidade da dor pode não ter relação com a extensão do dano interno ou com a estimulação nociva [13].

Dor neuropática

A IASP define actualmente dor neuropática como “dor causada por uma lesão ou doença do sistema nervoso somatossensorial” [14]. A dor neuropática é sustentada pelo processamento aberrante somatossensorial. A dor neuropática pode ser espontânea ou evocada. Quando a alteração se limita a um nervo é uma mononeuropatia, se atinge vários nervos é uma mononeuropatia multiplex ou múltipla e se difusa e bilateral designa-se por polineuropatia. A dor pode ser constante ou intermitente, em queimadura ou lancinante e pode acompanhar-se de alodinia e hiperpatia no território do nervo ou dos nervos danificados (quadro 2). Pode haver alterações da sensibilidade com ou sem fraqueza muscular, atrofia e perda de reflexos. Na dor neuropática mantida simpaticamente há desregulação autonómica focal no local da disestesia como edema, palidez, eritema, livedo reticularis, anormalidades da sudação, ou alterações da temperatura, por vezes só detectáveis usando meios como a termografia. Neste tipo de dor pode haver ou não alterações tróficas que incluem: adelgaçamento da pele, crescimento anormal da pele e das unhas, atrofia do tecido subcutâneo, alterações ósseas e articulares [15]. As entidades diagnósticas nesta categoria podem dividir-se em dor neuropática central ou periférica.

A dor neuropática pode ser difícil de diagnosticar, e por isso, foram propostos três níveis de certeza: possível, provável e definitiva. Assim, na presença de uma dor [14]:

- Dor neuropática possível. História
 - Lesão ou doença neurológica relevante (incluindo descritores da dor, sintomas sensoriais não dolorosos, factores de agravamento e de alívio, sugestivos de dor relacionada com a lesão neurológica e não de outra causa) e distribuição neuroanatômica plausível da dor. Se estes elementos não existirem, é improvável que a dor seja neuropática.
- Dor neuropática provável. Exame
 - A dor associa-se a sinais sensoriais na mesma distribuição neuroanatômica plausível (a área das alterações sensoriais pode estender-se para lá, estar dentro ou sobrepor-se à área da dor).
- Dor neuropática definitiva. Testes confirmatórios
 - Testes de diagnóstico que confirmem a lesão ou doença do sistema nervoso somatossensorial explicando a doença (definitivo aqui significa “dor neuropática provável com testes confirmatórios”; portanto, é uma dor completamente compatível com dor neuropática, mas não estabelece necessariamente causalidade).

Dor idiopática

A dor idiopática é uma dor inexplicada ou percebida como excessiva em relação à doença presente. Alguns dos doentes com este tipo de dor têm alterações afectivas e do comportamento suficientes para indicar que predominam factores psicológicos [12].

Quadro 2. Definição de termos relativos à dor

Neuropatia	Perturbação da função ou alteração patológica em nervos
Mononeuropatia	Num só nervo
Mononeuropatia multiplex	Em vários nervos
Polineuropatia	Se difusa e bilateral
Causalgia	Síndrome de dor sustentada em queimadura, alodinia e hiperpatia após lesão parcial traumática de um nervo, muitas vezes combinada com disfunção vasomotora e sudomotora e mais tarde com alterações tróficas
Alodinia	Dor devida a um estímulo que normalmente não causa dor
Hiperpatia	Síndrome dolorosa caracterizado por reacção aumentada a um estímulo, especialmente repetitivo, assim como um limiar aumentado
Disestesia	Sensação anormal desagradável, espontânea ou evocada
Parestesia	Sensação anormal espontânea ou evocada (não desagradável)
Hiperestesia	Aumento de sensibilidade a estímulos, excluindo os sentidos especiais
Hiperalgesia	Aumento da resposta a um estímulo que é normalmente doloroso

Avaliação da dor

A dor é um sintoma não é um diagnóstico, e a sua percepção é determinado por muitos factores e não simplesmente pela quantidade de dano físico, não sendo, por vezes, possível determinar inicialmente a sua natureza. Além disso, as manifestações de dor dependem também de vários factores como a origem cultural, a educação, a personalidade, etc.

É indispensável acreditar na dor que o doente diz ter. É importante determinar as características da dor, a sua localização, o que a agrava e o que a alivia, o seu início, os sintomas e os sinais que se lhe associam, o seu impacto psicológico, as perturbações que causa na actividade diária e a resposta à terapêutica previamente feita (quadro 3). Se existirem várias dores, como é vulgar acontecer, deve avaliar-se cada uma individualmente.

Deve fazer-se o exame físico e, se for necessário, requisitar os exames complementares apropriados. Depois tratar de acordo com a causa, mas também com o estado do doente e o seu desejo. É importante avaliar a resposta ao tratamento e, se esta não é adequada, rever a situação.

Quadro 3. Avaliação da dor

1. Acreditar no doente
 - a dor é a que o doente diz ter
 2. História completa da dor
 - a. localização
 - b. qualidade
 - c. factores de alívio
 - d. factores de exacerbação
 - e. padrão temporal
 - f. sintomas e sinais associados
 - g. interferência com a actividade
 - h. resposta à terapêutica anterior
 3. Avaliar o estado psicológico do doente
 - a. ansiedade
 - b. depressão
 - c. tratamento psiquiátrico prévio
 - d. dependência do álcool ou drogas
 4. Exame físico incluindo o neurológico
 5. Meios complementares de diagnóstico
 6. Estabelecer a terapêutica
 7. Avaliar a resposta ao tratamento
 8. Reavaliar a situação se a resposta ao tratamento não for adequada
-

Geralmente é necessário administrar analgésicos enquanto se procede à avaliação da dor

Avaliação da intensidade da dor

Existem múltiplas escalas de avaliação com finalidades, extensões e complexidades diferentes.

Existem instrumentos que são unidimensionais, avaliando apenas uma dimensão da dor, a sua intensidade. Outros, multidimensionais, pretendem avaliar também outros aspectos, como o impacto da dor na actividade geral, no humor, no sono, na capacidade de andar, no trabalho, no desfrutar da vida e noutros. Estes instrumentos têm um grau de complexidade maior que, no entanto, é variável de instrumento para instrumento.

Perante a diversidade de instrumentos de avaliação há que os seleccionar de acordo com a finalidade pretendida. Há ainda que adaptar a avaliação ao estado do doente, a nível físico e mental, e aos objectivos das intervenções. A selecção dos instrumentos de avaliação pode ainda diferir se a finalidade for a avaliação inicial ou o seguimento, se são para aplicar na prática clínica ou em investigação.

Escalas unidimensionais

Estas escalas são as mais usadas. A dimensão que pretendem medir é a intensidade da dor. Geralmente usam-se para avaliar a intensidade da dor no momento, mas também se podem usar para avaliar as intensidades máxima, mínima ou média, num certo intervalo de tempo: nas últimas 24 horas, na última semana, etc. Podem também usar-se para avaliar o alívio da dor após tratamento.

Um dos tipos de escala para avaliação da intensidade de sintomas é a escala visual analógica (EVA). Geralmente é constituída por um segmento de recta com 10 cm (100 mm), cujas extremidades esquerda e direita representam a “ausência da dor” e a “máxima intensidade da dor” respectivamente (figura 1). Podem usar-se expressões equivalentes àquelas, mas não a expressão “insuportável”, porque introduz um elemento qualitativo e não quantitativo como se pretende. Quando solicitado, o doente avalia a dor assinalando um ponto no segmento de recta. Medindo a distância entre a extremidade “ausência da dor” e o ponto marcado obtém-se a intensidade da dor.

As escalas numéricas (EN) usam-se de forma semelhante às EVA, mas nestas o segmento de recta está marcado a intervalos regulares com números, geralmente, de 0 a 10 (figura 1). Tanto as EVA como as EN podem ser apresentadas na horizontal ou na vertical. As EN podem ser também apresentadas sem representação gráfica, perguntando ao doente, por exemplo, “de 0 a 10 qual é a intensidade da sua dor?”

A avaliação da intensidade da dor pode fazer-se também com escalas verbais (EV), usando descritores de intensidade como ligeiro, moderado, intenso, máximo (figura 1). A escala pode ter mais ou menos descritores e podem ser usados aqueles ou outros equivalentes. Estas escalas podem também usar-se sem representação gráfica, perguntando ao doente se tem ou não dor e, se tiver, se é ligeira, moderada, etc.

Figura 1. Escalas para medição da intensidade da dor

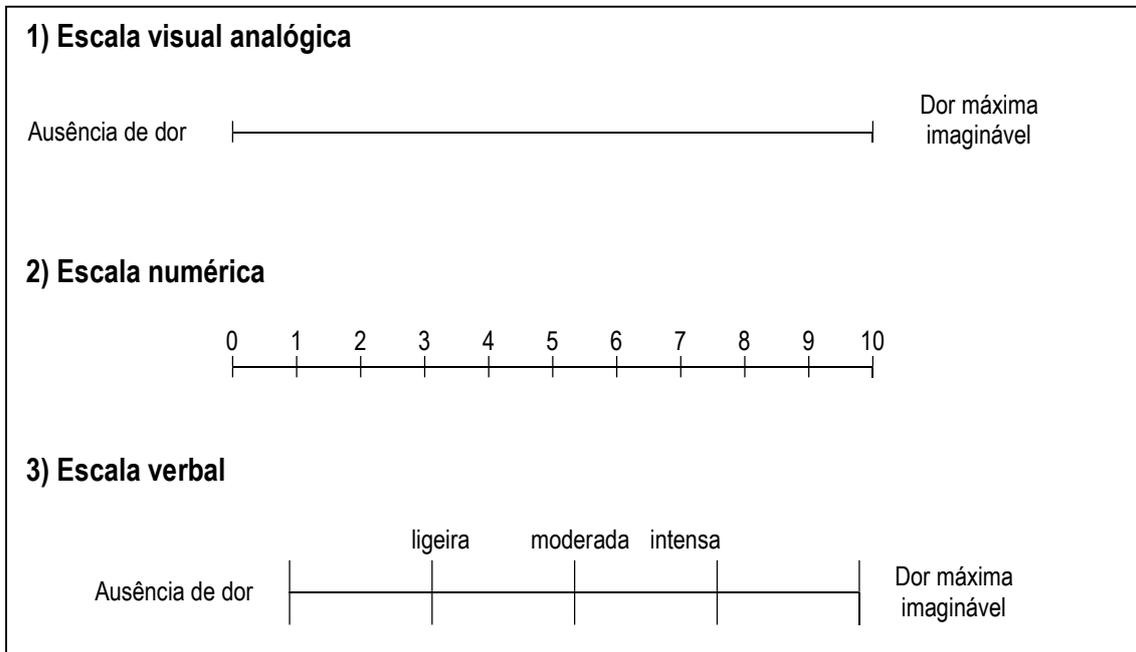
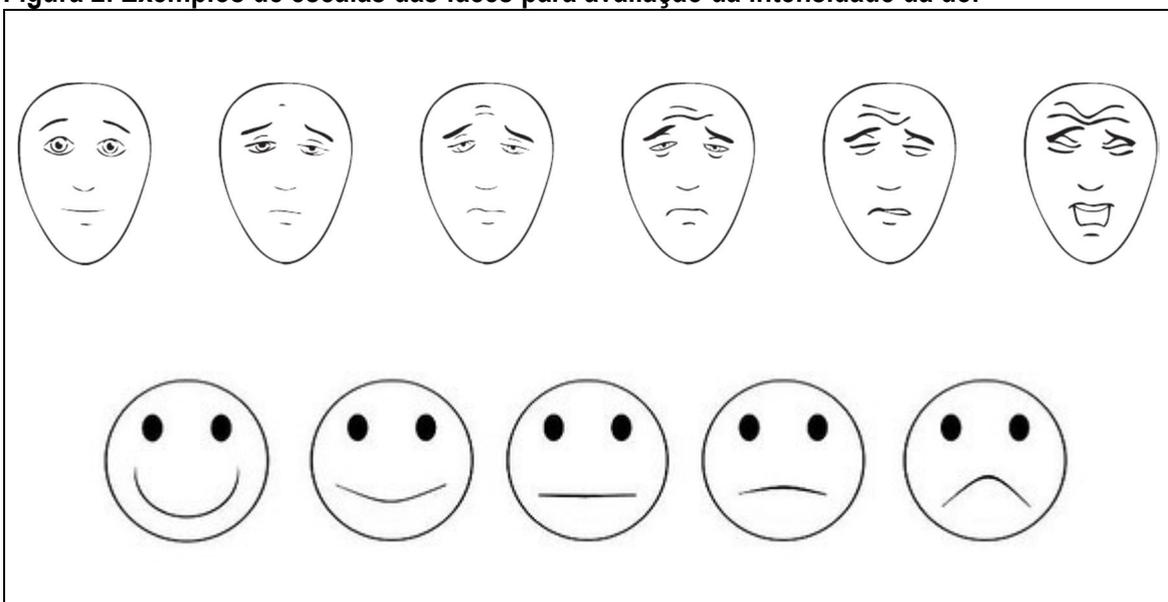


Figura 2. Exemplos de escalas das faces para avaliação da intensidade da dor



Há outros tipos de escalas que são mais figurativas, sendo mais adequadas para certos grupos etários. As mais conhecidas e usadas são as escalas das faces que têm muitas variantes e se usam sobretudo em crianças. Há variantes, das quais se apresentam duas na figura 2, mas o

princípio geral é o de apresentar faces que vão de sorridentes a aparentando sofrimento intenso, passando por um número variável de estados intermédios.

Na utilização destas escalas, deve-se perguntar quanto dói nesse momento, evitando os termos alegre ou triste. Pode depois traduzir-se o resultado para uma escala numérica, atribuindo pontuações às várias faces; no caso da primeira seria de 0, 2, 4, 6, 8, e 10 a partir da esquerda. As imagens são neutras em termos do género e da raça. É de notar que as crianças, dependendo da idade, podem tender a escolher a face mais sorridente, não ligando a escala à intensidade da dor. Podem ainda medir o humor em vez da dor. Pode, portanto, não medir o que se pretende medir, isto é, pode não ser válida.

As escalas mais usadas são, contudo, as representadas na figura 1. Existem algumas vantagens e desvantagens relativas entre elas. As vantagens e desvantagens principais das escalas descritas são descritas no quadro 4.

Quadro 4. Vantagens e desvantagens das várias escalas

Escala	Vantagens	Desvantagens
EVA	É de fácil administração, sendo também fácil de pontuar e de comparar com pontuações anteriores. Foi validada extensamente para a dor.	É difícil de compreender por alguns doentes devido ao seu maior grau de abstracção em comparação com outras escalas. Doentes com problemas de visão, de comunicação ou cognitivos têm dificuldade em usar este tipo de escala.
EN	Tem as vantagens da anterior e pode ainda ser administrada verbalmente o que pode ser vantajoso, por exemplo, para os doentes com problemas de visão.	Alguns doentes têm dificuldade em usar este tipo de escala, sobretudo os que têm dificuldades de comunicação ou alterações cognitivas.
EV	É de uso fácil e preferida por alguns doentes que têm dificuldade de expressar a intensidade dos seus sintomas de uma forma mais abstracta. Pode ser administrada verbalmente, sendo isso vantajoso para os doentes com dificuldades de visão. Tal como as anteriores está validada e é sensível aos efeitos do tratamento.	É necessário que os doentes compreendam o significado dos descritores verbais. Tal como as outras é difícil de usar pelos doentes com dificuldades de comunicação ou alterações cognitivas.

Escalas multidimensionais

As escalas multidimensionais não avaliam apenas a intensidade da dor. Pretendem avaliar outros aspectos, nomeadamente o impacto da dor em vários aspectos da vida dos doentes. Mas para o fazerem usam as escalas descritas anteriormente. Como exemplo, mostra-se na figura 3 alguns itens do Inventário Resumido da Dor -Brief Pain Inventory –baseado numa versão portuguesa [16].

Figura 3. Inventário Resumido da Dor – apenas alguns exemplos

Dor máxima na última semana													
Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor máxima	
Dor média na última semana													
Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor máxima	
Dor neste momento													
Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor máxima	
Interferência da dor na última semana em :													
a) Actividade geral													
Não interferiu	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Interferiu completamente	
b) Capacidade de andar													
Não interferiu	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Interferiu completamente	
c) Sono													
Não interferiu	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Interferiu completamente	

Além do Inventário Resumido da Dor existem muitos outros instrumentos de avaliação da dor, alguns ainda mais complexos do que este. Estes instrumentos não são adequados para a prática clínica diária, mas podem usar-se na avaliação inicial, periodicamente ou em investigação.

Avaliação de sintomas em doentes com dificuldades de comunicação

A natureza subjectiva dos sintomas torna o relato do doente a melhor forma de avaliar a dor, mas as alterações cognitivas ou dificuldades de comunicação, frequentes nos doentes em cuidados paliativos, sobretudo na fase final, impedem frequentemente esse relato [17]. Neste caso, é

necessário utilizar outros meios. Uma alternativa é a avaliação por um familiar ou outra pessoa próxima. No entanto, parece que esta forma de avaliação só é útil se houver um contacto regular com o doente [18]. Outro problema que este método acarreta é a necessidade da presença dessas pessoas na altura da avaliação, o que torna o método problemático.

A alternativa mais usada é a avaliação comportamental, para a qual foram desenvolvidos vários instrumentos. Esses instrumentos avaliam a dor pelas expressões faciais, actividade, humor, interacção social, comportamento vocal, etc. Uma dificuldade inerente à avaliação da dor em doentes que não podem dizer o que sentem é a de saber se as manifestações de sofrimento inferidas por esses instrumentos se devem à dor ou a qualquer outro tipo de causa física ou afectiva ou mesmo às próprias alterações cognitivas.

Numa revisão sistemática de escalas para a avaliação da dor em idosos com demência grave, concluiu-se que actualmente não existe qualquer escala que possa ser convincentemente indicada como sendo a mais adequada para avaliar a dor nesses doentes [19]. Das escalas existentes a DOLOPLUS-2 [20] e a PACSLAC [21] foram consideradas as mais apropriadas. Contudo, os resultados de um estudo não suportaram a validade de critério da DOLOPLUS-2 como instrumento clínico de avaliação da dor na sua versão actual [22]. Uma revisão recente dos instrumentos de avaliação da dor em doentes incapazes de a relatar no contexto dos cuidados intensivos concluiu que os instrumentos existentes não se podem considerar medidas da dor suficientemente robustas para estes doentes [23].

Na figura 4 mostra-se um extracto da versão portuguesa da DOLOPLUS-2. Esta escala é constituída por 10 itens divididos em 3 grupos: repercussão somática, repercussão psicomotora e repercussão psicossocial. Cada item pode ser pontuado de 0 a 3, pelo que o total da pontuação pode ir de 0 a 30, correspondendo o 0 a ausência de dor e o 30 ao máximo de manifestações de dor [24].

Figura 4. Extracto da versão portuguesa da DOLOPLUS-2

Repercussão somática		
1. Queixas somáticas	• Ausência de queixas	0
	• Queixas apenas quando há solicitação	1
	• Queixas espontâneas ocasionais	2
	• Queixas espontâneas contínuas	3
Repercussão psicomotora		
6. Higiene e/ou Vestir	• Capacidades habituais conservadas	0
	• Capacidades habituais pouco diminuídas (com precaução, mas completas)	1
	• Capacidades habituais muito diminuídas, higiene e ou vestir difíceis e parciais	2
	• Higiene e/ou vestir impossíveis; o doente exprime a sua oposição a qualquer tentativa	3
Repercussão psicossocial		
8. Comunicação	• Sem alterações	0
	• Intensificada (o indivíduo chama a atenção de modo não habitual)	1
	• Diminuída (o indivíduo isola-se)	2
	• Ausência ou recusa de qualquer tratamento	3

Referências

1. IASP Subcommittee on classification. Pain 1986; Suppl:215-221.
2. Foley KM. Pain assessment and cancer pain syndromes. Em Oxford Textbook of Palliative Medicine. Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N eds. Oxford: Oxford University Press, 2^a ed; 1998:310-331.
3. Deandrea S, Montanari M, Moja L, Apolone G. Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature. Ann Oncol 2008;19:1985–1991.
4. Breivik H, Cherney N, Collet B et al. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. Ann Oncol 2009;20:1420–1433
5. Torvik K, Kaasa S, Kirkevold Ø, Rustøen T. Pain in patients living in Norwegian nursing homes. Palliat Med 2009;23:8–16.
6. Strohbuecker B, Mayer H, Evers GCM, Sabatowski R. Pain prevalence in hospitalized patients in a German university teaching hospital. J Pain Symptom Manag 2005;29:498–506.
7. Elliott AME, Smith BH, Penny KI, Smith WC, Chambers WA. The epidemiology of chronic pain in the community. Lancet 1999;354:1248–1252

8. Larue F, Colleau SM, Brasseur L, Cleeland CS. Multicentre study of cancer pain and its treatment in France. *BMJ* 1995;310:1034–1037.
9. Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Engl J Med* 1994;330:592–596.
10. Beck SL, Falkson G. Prevalence and management of cancer pain in South Africa. *Pain* 2001;94:75–84.
11. Fisch MJ, Lee JW, Weiss M et al. Prospective, observational study of pain and analgesic prescribing in medical oncology outpatients with breast, colorectal, lung, or prostate cancer. *J Clin Oncol* 2012;30:1980–1988.
12. Portenoy RK. Cancer pain: pathophysiology and syndromes. *Lancet* 1992;339:1026-1031.
13. Tredeea RD, Riefb W, Barke A, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain* 2015;156:1003–1007.
14. Finnerupa NB, Haroutounianb S, Kamerman P, et al. Neuropathic pain: an updated grading system for research and clinical practice. *Pain* 2016;157:1599–1606.
15. Hanks GW, Portenoy RK, Macdonald N, Forbes K. Difficult pain problems. Em: Doyle D, Hanks GW, Macdonald N eds. *Oxford Textbook of Palliative Care*. Oxford: Oxford University Press, 2^a ed. 1998:454-477.
16. Azevedo LF, Pereira AC, Dias C, et al. Questionários sobre dor crónica. *Dor* 2007;15:3-56.
17. Shuster JL. Delirium, confusion, and agitation at the end of life. *J Palliat Med* 1998; 1:177-186.
18. Cohen-Mansfield J. Relatives' assessment of pain in cognitively impaired nursing homes residents. *J Pain Symptom Manage* 2002;24:562-571.
19. Zwakhalen SM, Hamers JP, Abu-Saad HH, Berger MP. Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioral pain assessment tools. *BMC Geriatr*. 2006 Jan 27;6:3.

20. Wary B, collectif Doloplus: Doloplus-2, une échelle pour évaluer la douleur. Soins Gérontologie 1999;19:25-27.
21. Fuchs-Lacelle S, Hadjistavropoulos T. Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC). Pain Manag Nurs 2004;5:37-49.
22. Hølen JC, Saltvedt I, Fayers PM, Hjerstad MJ, Loge JH, Kaasa S. Doloplus-2, a valid tool for behavioural pain assessment? BMC Geriatrics 2007, 7:29.
23. Li D, Puntillo K, Miaskowski C. A review of objective pain measures for use with critical care adult patients unable to self-report. J Pain 2008;9:2-10.
24. Pickering G, Gibson SJ, Serbouti S, et al. Reliability study in five languages of the translation of the pain behavioral scale Doloplus. Eur J Pain. 2010 May;14:545.e1-10.