

CAPÍTULO 5

A DOR CRÓNICA NA PESSOA IDOSA

João Ricardo Miranda da Cruz

Manuel Alexandre Miranda da Cruz

Ana Isabel Rodrigues Gonçalves

Telma Patrícia Machado Pedreiro

INTRODUÇÃO

A dor, enquanto fenómeno clínico e epidemiológico, produz significativas repercussões, tanto na percepção do estado de saúde/doença de cada pessoa como ser singular bem como, assinaláveis ressonâncias no domínio dos seus padrões de vida diária - familiar, económico e social (Santos et al., 2014). Os mesmos autores enfatizam que a dor “é uma das mais íntimas e exclusivas sensações experimentadas pelo ser humano, envolvendo vários componentes; embora uma pessoa consiga sobreviver com dor, ela interfere no seu bem-estar, nas relações sociais e familiares, influenciando assim a sua qualidade de vida” (p.35). O conceito de dor pode ser de difícil determinação, sendo genericamente instituída e aceite

a noção de que representa uma entidade sensorial difusa e complexa, abrangendo componentes emocionais, sensoriais, ambientais, cognitivas e culturais. Aduz-se que daí resulta ser um fenómeno altamente subjetivo, complexo e multidimensional, com subjacente dificuldade em defini-la, explicá-la e mensurá-la (Rabaias, 2004).

A dor pode ser analisada tendo como fonte de pesquisa diversas variáveis ou perspetivas, podendo, assim, ser classificada ou caracterizada segundo: a sua duração; a sua etiologia; a sua intensidade; impacto que produz nas atividades de vida diária; quanto ao tipo de dor; ações promotoras de alívio e exacerbação; eficácia das intervenções utilizadas e das estratégias de tratamento, entre demais (Ribeiro, 2013).

A Direcção-Geral da Saúde (DGS, 2003) refere que a dor é um sintoma que acompanha, a globalidade das situações patológicas e, pela sua relevância instituiu, através da circular normativa nº09/dgcg de 14/06/2003, a dor como o 5º sinal vital. Na norma supracitada, a dor e as ações

terapêuticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde devem ser sistematicamente tanto, avaliadas como registadas, promovendo boas práticas no pressuposto de uma atitude altamente humanizada dos cuidados prestados, quer sejam a pessoas acometidas por dor aguda ou crónica, almejando a sua avaliação e registo equiparado de sinal vital.

Segundo a Associação Portuguesa para o estudo da dor (APED, 2024), quanto à sua duração, pode ser classificada em aguda ou crónica. A dor aguda constitui um sinal de alarme, em decorrência, por exemplo de um traumatismo, podendo, assim, ter consequências benignas, até certo ponto para o organismo. A dor crónica, globalmente, é definida como uma dor persistente ou recorrente, por um período de, pelo menos, 3-6 meses, caracterizando-se, em muitas situações clínicas, pela persistência para além da resolução da causa que lhe deu origem, ou pela subsistência sem lesão aparente. Esta produz repercussões assinaláveis a vários domínios, tanto na esfera física como mental da pessoa, acarretando, por exemplo, diminuição do sistema imunológico com consequente aumento da suscetibilidade às infecções, produzindo no domínio mental amiúde ansiedade, depressão, insónia, levando, atualmente, a perspetivá-la não somente como um mero sintoma, mas com assinalável efeito pernicioso para a pessoa, na sua homeostasia e vida quotidiana, bem como custos socioeconómicos inerentes.

Para a Organização Mundial de Saúde (2015) o envelhecimento da população acarreta um aumento na incidência de patologias crónicas e degenerativas, com inevitável repercussão no surgimento de afeções que apresentam como sintomatologia comum e persistente a dor. Segundo Bersani et al. (2016) com o processo de envelhecimento produzem-se notáveis alterações no domínio da prevalência de patologias crónicas e degenerativas bem como das comorbidades. Acresentam que uma percentagem significativa destes quadros clínicos são caracterizados pela presença de dor crónica, constituindo-se como um importante problema de saúde pública a nível mundial. Relevam que a sua prevalência nos idosos situa-se entre os 50 e 75% e, em muitos dos casos, permanece sub-diagnosticado e consequentemente subavaliada e substratada. Fernandes (2009) preconiza que a população com idade a partir dos 65 anos constitui-se como uma faixa etária em profundo crescimento demográfico no mundo ocidental, havendo uma prevalência notável de dor crónica nesta população em específico. Sendo a dor crónica uma entidade multidimensional, quer no domínio da sua etiologia quer nas consequências que produz, o seu diagnóstico e tratamento integram um enorme desafio, em virtude das alterações fisiológicas resultantes do envelhecimento, a presença de múltiplas comorbilidades e polimedicação, sendo imprescindível que os planos de tratamento tenham em linha de conta a sensibilidade particular que caracteriza esta população face ao aumento da sensibilidade ao tratamento farmacológico e concomitantemente o aumento do risco de efeitos adversos dos mesmos.

Ao longo deste capítulo, considera-se a definição, fisiopatologia e tipos de dor, dissecando-se o impacto da dor crónica, em concreto, aduz no adulto idoso, dinâmicas úteis e vantajosas no pressuposto da sua mensuração e avaliação, culminando-se o capítulo nas estratégias empreendidas para tratar este fenómeno sintomatológico, nesta faixa etária tão particular e propensa ao desenvolvimento da mesma.

DOR: DEFINIÇÃO, CLASSIFICAÇÃO E FISIOPATOLOGIA

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) cita-nos que a dor é “Uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano” (Raja et al., 2020, p. 2). Os mesmos autores alvitram, ainda, que esta definição foi consensualmente aceite quer por investigadores na área da dor, que pelas diversas organizações na área da saúde, como a Organização Mundial da Saúde, quer pelos próprios profissionais de saúde. Contudo, nos últimos decénios, diversos intervenientes na área argumentaram que, resultante dos avanços que permitiram compreender de forma mais pormenorizada e assaz toda a complexidade da dor, é imperioso e útil proceder-se à sua reavaliação e redefinição. Assim, no ano de 2018, a IASP criou um grupo de trabalho, composto por 14 membros, provenientes de diversas áreas com um domínio excelsa sobre a clínica e conhecimento científico relacionado com a dor, para proceder a uma avaliação da sua definição atual e produzir conclusões úteis e idóneas, que atestem a manutenção do seu conceito ou recomendem a revisão da sua definição. Concluíram que seria curial proceder à sua redefinição recomendando que a mesma se fizesse nos seguintes termos “Uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos” (Raja et al., 2020, p. 2), sendo, também, atualizado o cômputo de causas que concorrem para a sua etimologia. Todas estas sugestões foram aceites de forma unânime pela IASP.

De Santana et al. (2020) citando Raja et al. (2020) explanam as 6 notas que explicam a sua etimologia que passamos a enumerar:

1. A dor é sempre uma experiência pessoal que é influenciada, em graus variáveis, por fatores biológicos, psicológicos e sociais.
2. Dor e nocicepção são fenómenos diferentes. A dor não pode ser determinada exclusivamente pela atividade dos neurónios sensitivos.
3. Através das suas experiências de vida, as pessoas aprendem o conceito de dor.
4. O relato de uma pessoa sobre uma experiência de dor deve ser respeitado.
5. Embora a dor geralmente cumpra um papel adaptativo, ela pode ter efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico.
6. A descrição verbal é apenas um dos vários comportamentos para expressar a dor; a incapacidade de comunicação não invalida a possibilidade de um ser humano ou um animal sentir dor.

Para Bersani et al. (2016) a dor pode ser classificada, quanto à sua fisiopatologia, conforme exemplificado na tabela 1, como: nociceptiva, neuropática, mista, disfuncional ou psicogénica.

| Tipos de dor | Etiopatogenia | Subtipos | Semiologia |
|---------------------|--|---|---|
| Nociceptiva | Estimulação de nociceptores devido a lesão tecidual ou inflamação | Dor somática: origem da estimulação de receptores da pele e do sistema musculoesquelético Dor visceral: origem da estimulação de receptores localizados nas vísceras | Somática: bem localizada, próxima da lesão Visceral: mal localizada, profunda |
| Neuropática | Ativação neuronal anómala secundária a lesões ou compressões do sistema nervoso central e periférico | Dor simpática Dor neuropática Dor central | Agrava-se com a manipulação da área afetada, com sintomas de hiperalgesia, ardência, choque, entre outros |
| Mista | Presença de mais uma síndrome dolorosa simultaneamente (neuroceptiva e nociceptiva) | - | Exemplo: tumor da próstata com metastização para a coluna |
| Disfuncional | Surge em casos clínicos em que não existe estímulo nocivo/inflamação identificável ou lesão do sistema nervoso | - | Exemplo: fibromialgia, síndrome do colon irritável |
| Psicogénica | Dor provocada, exacerbada ou prolongada por fatores emocionais, mentais ou comportamentais | - | Cefaleias, dores musculares, nas costas e estômago, são as mais frequentes e comuns |

Tabela 1. Tipos de dor

Fonte: Adaptado de Manejo da dor crônica, por Bersani et al., em A. B. G. di Tommaso et al. (Ed.), Geriatria - Guia Prático (p. 192), 2016. Guanabara Koogan.

Segundo Afonso (2021) clinicamente, quanto à sua duração, a dor pode ser classificada em: dor aguda ou crónica. A primeira constitui o sintoma que leva mais frequentemente as pessoas a recorrer aos serviços de saúde, enquanto a dor crónica reveste-se como a problemática de saúde mais premente e grave em decorrência da sua elevada prevalência, concomitantemente devido à sua dificuldade de diagnóstico e tratamento, caracterizando-se por persistir para além da cura da lesão que lhe estava subjacente.

A dor aguda por norma, decorre em resposta a uma lesão tecidual, caracterizando-se pela ativação dos receptores periféricos de dor, designados de nociceptores, concomitantemente com a ativação das fibras sensoriais específicas, concretamente, as fibras A delta e fibras C. A dor aguda, frequentemente, está associada à ansiedade e ativação do sistema nervoso simpático, originando, amiúde sintomas como taquicardia, aumento da pressão arterial e da frequência respiratória, miosis, entre outros. A dor crónica define-se por uma lesão tecidual continua em decorrência, provavelmente, da ativação

persistente das fibras nervosas sensoriais. A gravidade da lesão tecidual, em muitos casos, não consegue prever a intensidade da dor crónica. A dor crónica pode resultar, também, de uma lesão permanente que afeta o sistema nervoso periférico ou central, provocando concludentemente dor neuropática. Em contraste com a dor aguda, este tipo de dor não provoca ativação do sistema nervoso simpático, contudo, pode esta associada a sintomas que incluem: fadiga, diminuição da libido, falta de apetite, lassidão e depressão. Neste tipo de dor, existe uma assinalável variação na tolerância à mesma (Watson, 2022).

Os autores Sousa et al. (2024) preconizam que a dor aguda é produzida em resposta a uma lesão tecidual, resultando na ativação dos nociceptores e das fibras nervosas sensoriais específicas, fibras A delta e C mielinizadas e não mielinizadas, respetivamente. Estas fibras conduzem o estímulo doloroso até ao sistema nervoso central via corno dorsal da medula espinal, seguindo a via Espinotalâmica até alcançar o encéfalo, concretamente o tálamo projetando-se, posteriormente, para o córtex somatossensorial, onde processado o estímulo e a percepção de dor é definida. A dor crónica, por sua vez, decorre de uma lesão tecidual continuada, em decorrência de um processo patológico que envolve o sistema nervoso central ou periférico, em que a expressão sintomatológica excede os 30 dias. A sua fisiopatologia descreve-se pela hiperestimulação das vias sensoriais da dor, que transmitem o estímulo nervoso até ao centro cortical, tendo o início do processo de sensibilização a nível periférico e/ou central. Quando à sua fisiopatologia o mecanismo da dor abrange 4 etapas bem definidas: a primeira corresponde à transdução, que se caracteriza pela ativação dos nociceptores; a segunda etapa relaciona-se com a transmissão da dor, em que o estímulo doloroso é transmitido por meio das fibras A delta e C da periferia para o corno dorsal da medula espinal, fibras aferentes do trato espinal até ao sistema nervoso central; a terceira etapa compreende a modulação da dor, ocorrendo a modulação dos estímulos doloroso ao longo da via neuro-axial; a ultima etapa, a percepção da dor abarca a projeção e percepção do estímulo doloroso no córtex somatossensorial (Bersani et al., 2016).

Compreender os mecanismos que estão subjacentes à dor e as estruturas anatómicas responsáveis quer pela sua transdução, transmissão, modulação e percepção é de extrema importância na altura de decidir qual o tratamento a eleger (Afonso, 2021).

IMPACTO DA DOR CRÓNICA NA PESSOA IDOSA

Para Santos et al. (2024), a dor caracteriza-se por ser uma experiência individual, determinada por diversos fatores, nos quais se incluem: os biológicos, sociais e psicológicos, podendo resultar em prejuízos significativos no bem-estar da pessoa acometida por este sintoma ou patologia. Na compreensão dos autores Ferretti et al. (2019), a dor crónica está relacionada com impactos negativos ao nível funcional das pessoas idosas, produzindo limitações funcionais assinaláveis, prejudicando, assim, a saúde dessa população.

Para Dellaroza e Pimenta (2012) a transição demográfica e o consequente aumento da longevidade acarretam significativas mudanças na sociedade, entre as quais a dor constitui-se como uma das mais significativas. O processo de envelhecimento, amiúde, caracteriza-se por ser um período de vida em que há um decréscimo do estado global de saúde e a ocorrência de dependências. Muitas dessas situações são caracterizadas pela presença de dor crónica, que expressam uma das principais queixas do idoso, interferindo de forma acentuada na sua qualidade de vida. As repercussões são múltiplas e difusas e podem compreender sintomas ou quadros clínicos como a depressão, dependência resultante da incapacidade física e funcional, perda da esperança, lassidão, isolamento social, alterações na dinâmica familiar e na sua vida diária, perda do interesse de viver, entre outros. Num estudo desenvolvido pelos mesmos autores com o objetivo de determinar o impacto da dor crónica nas atividades de vida diária, as principais conclusões extraídas ressaltam que os aspectos que mais sofreram interferência da dor crónica foram: sono (40%), humor (39,07%), lazer (36,71%) e apetite (20,93%). Em 50% dos idosos que referiram interferência pela dor, esta situava-se, ao nível da intensidade, entre moderada e intensa, para sono, apetite, humor, lazer, atividade sexual, vida familiar e profissional.

Globalmente, associados aos processos patológicos que se estendem por meses ou anos, assumindo, assim, uma dimensão de cronicidade, as algias crónicas têm-se revestido como umas das principais queixas e consequente limitação funcional nos idosos, contribuindo de forma significativa e assinalável na sua capacidade de preservação de independência e realização das suas atividades quotidianas (Dellaroza et al., 2013).

No seu estudo, Gomes et al. (2024) constataram que a dor cónica se define por efeitos perniciosos no dia a dia da pessoa idosa, inviabilizando a possibilidade de realizar muitas das suas atividades diárias, com repercussão na sua condição e qualidade de vida, manifestando simultaneamente alterações na dinâmica familiar. Concluíram, também, que a dor crónica, aliada ao processo de envelhecimento, aduz importantes complicações, entre as quais se destacam a depressão, ansiedade, alienamento social, agitação, agressividade, alterações dos padrões do sono, incapacidade funcional, função cognitiva alterada e comprometida, resultando todos estes processos no decrescimento da qualidade de vida do idoso, com evidente perda na sua independência e comprometendo a sua capacidade de realização das atividades diárias.

Trelha et al. (2008), com o objetivo de analisar a interferência da dor crónica na capacidade funcional de idosos, envolvendo uma amostra de 111 idosos não institucionalizados, revelaram uma interferência significante da dor crónica na capacidade funcional dos idosos, com especial enfoque no comprometimento da realização das suas atividades instrumentais de vida diária, podendo acarretar limitação ou mesmo incapacidade funcional.

Num estudo efetuado por Santana e Carballo (2023) com o objetivo de proceder a uma revisão sistemática da literatura versando sobre o tema dor crónica e qualidade do sono, extraíram da análise dos dados que a dor crónica é um dos principais fatores que impacta na qualidade do sono, produzindo um efeito negativo na qualidade e concomitantemente produzindo limitações nas atividades de vida diárias, aumentando, exponencialmente, a possibilidade de desenvolver sintomas como stresse, depressão e afastamento social. Outro impacto que é valido e importante salientar, resultante da dor crónica, envolve o domínio farmacoterapêutico, constituindo-se como uma das principais causas de polifarmácia e iatrogenia medicamentosa em idosos (Audi et al., 2019).

Num estudo de Pereira et al. (2014) de cariz transversal, com amostra populacional ($n=934$), delineando como objetivo identificar a prevalência e a intensidade de dor crónica entre idosos da comunidade e analisando as relações com a autopercepção do estado de saúde, apresentou os seguintes resultados: a prevalência de dor crónica foi de 52,8%; localizada com maior constância em membros inferiores (34,5%) e região lombar (29,5%); de intensidade elevada ou muito elevada para 54,6% dos idosos. Apresentaram, ainda, outros resultados significativos em que a incidência de dor crónica associou-se a pior autopercepção de saúde, número de doenças crónicas e doença osteoarticular. Os mesmos autores concluíram que uma percentagem significativa da população idosa inquirida que descreve a dor como crónica, de elevada intensidade e com predominância de regiões do corpo relacionadas com a locomoção ou movimento, pode levar a que esta realidade, seja um fator determinante na morbimortalidade desta faixa etária da população.

As limitações senão mesmo a incapacidade funcional do idoso decorrente da dor crónica revestem-se como relevantes dilemas de saúde pública a serem encarados pela sociedade. A resolução ou a redução do impacto que essa realidade gera na população idosa tem de consubstanciar uma prioridade para os serviços de saúde e os seus decisores, sendo imprescindível o gizar a implementação de estratégias que possam ser efetivadas e geradores de resultados (Trelha et al., 2008). Numa revisão Integrativa da literatura os autores Kshesek et al (2021) reconhecem que o impacto da dor crónica vai muito além da circunstância de cada idoso e do seu processo de senilidade, projetando-se no domínio da dinâmica familiar, domínio socioeconómico e sociodemográfico, sendo, por exemplo, um grupo da sociedade com necessidade de consumir muitos recursos de saúde. Acrescentam, que a dor crónica na população idosa é um problema de saúde pública, afetando-a de forma biopsicossocial e a sua alta incidência e prevalência, conduz inevitavelmente à construção de cenários carentes de estratégias e políticas de intervenção.

A AVALIAÇÃO DA DOR CRÓNICA NA PESSOA DOSA

A dor crónica tem elevada incidência na população idosa e é duas vezes superior nesta faixa etária. Na sua avaliação, algumas dificuldades são sentidas e identificadas, incluindo-se: a crença, na maioria dos idosos, de que é a dor é um realidade expetável na sua idade; interligação entre a tríade dor/patologias graves/morte; deficit cognitivo e sensorial e o receio do uso de terapêutica farmacológica e exames complementares de diagnóstico; por parte dos profissionais de saúde pode haver uma avaliação inadequada ou insuficiente da dor na pessoa idosa, resultante da falta de tempo ou de conhecimento, temor em prescrever fármacos, por exemplo, opióides, além do conhecimento insuficiente acerca da gestão farmacológica e não farmacológico da dor (Pereira et al., 2014).

Citando Dias (2011, p. 36)

A avaliação da dor no idoso requer precisão, de modo a tornar-se o ponto de partida na elaboração de um plano de ação para alívio da dor, constituindo a pedra fundamental da geriatria... É primordial, identificar que tipo de dor o idoso apresenta (aguda ou crónica) e ainda o mecanismo fisiopatológico que lhe deu origem (dor nociceptiva, neuropática, inespecífica ou psicogénica), bem como estabelecer um diagnóstico e verificar quais as repercussões desta na vida do idoso, tornando mais acessível a escolha do tratamento a seguir.

A mesma autora aduz, ainda, que o profissional de saúde aquando da realização da anamnese e do exame físico deve indagar o idoso acerca de uma miríade de informações. Respeitante à anamnese, as questões devem versar sobre: terapêutica que cumpre; historial de antecedentes pessoais; patologias crónicas; reações de hipersensibilidade; procedimentos cirúrgicos recentes; atitude relativamente à dor em tratamentos anteriores. No que concerne ao exame físico, deve avaliar: a nível musculosquelético e neuromuscular as limitações funcionais que apresenta; capacidades funcionais relacionadas com equilíbrio, marcha, autonomia nas atividades de vida diária.

A DGS emitiu, no ano de 2010, orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa, orientação nº 015/2010, em que a primeira intervenção delineada prende-se com o “Plano de avaliação da dor crónica na pessoa idosa” (p. 1), explanando considerações pertinentes, entre as quais se destacam: em decorrência de ser uma experiência subjetiva, não existem testes que possam medir a dor, a sua presença e intensidade, com total objetividade, devendo, assim, ser avaliada e medida pelo que o doente exprime. Se não houver dificuldades de percepção de linguagem ou deficits de comunicação, a avaliação da dor no idoso é efetuada pelas escalas de autoavaliação, supletiva com uma história clínica pormenorizada, exame físico rigoroso e minucioso, coligir o plano farmacológico que cumpre diariamente, bem como uma avaliação biopsicossocial. Releva que em situações em que o idoso apresente dificuldade de comunicação, será necessária uma abordagem difusa, em que nenhuma estratégia, será, por si só, bastante, pelo que as conjugações de todas as informações serão de vital importância para a avaliação da dor – antecedentes pessoais, exame aos comportamentos do idoso, diagnóstico da patologia ou a obtenção de informação junto dos cuidadores. Na tabela 2, elenca-se resumidamente, a avaliação da dor crónica na pessoa idosa.

-
- 1 - Identificar a presença de dor no idoso qualquer que seja o contexto de observação, na consulta, na urgência, no internamento ou no domicílio
 - 2 - Avaliar a dor por rotina considerando que os idosos podem não a manifestar
 - 3 - Considerar como dor outros termos usados pelos idosos para a expressar: mal-estar, agonia, moinha, queimor, formigueiro, etc.
 - 4 - Escolher a Escala Numérica ou a Escala Qualitativa como primeira alternativa
 - 5 - Recorrer a observação comportamental completa quando há dificuldade de comunicação
 - 6 - Usar diagramas ou, em alternativa, considerar os locais que o idoso apontar
 - 7 - Detetar as possíveis causas de dor através do exame físico cuidado
 - 8 - Completar sempre a avaliação da história da dor com as outras dimensões, psicológica, social, cultural e espiritual
 - 9 - Solicitar a colaboração de familiares e/ou cuidadores para auxiliar na interpretação das alterações comportamentais indicativas de dor
-

Tabela 2. Resumo da avaliação da dor crónica na pessoa idosa

Fonte: Extraído de orientação nº 015/2010, Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa, por Direção Geral de Saúde, (p. 3). Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0152010-de-14122010-pdf.aspx>

Para Aguiar e Pinheiro (2019), os instrumentos que possibilitam uma avaliação multidimensional são instrumentos de diagnóstico diferenciadores e capitais para a avaliação e quantificação da dor na pessoa idosa, em decorrência de facultar uma abordagem multidimensional e, consequentemente, uma descrição pormenorizada, promovendo, assim, facilitação na identificação das realidades que envolvem a dor, por meio de uma avaliação que alberga a dimensão física, psicológica, social e económica. Os mesmos autores preconizam que os instrumentos unidimensionais empregues para avaliação da dor constituem-se, também, como ferramentas de medida.

As ferramentas de medidas unidimensionais usualmente utilizadas são: Escala visual analógica (EVA); Escala Numérica de Avaliação (ENA); e a Escala Qualitativa (DGS, 2003).

Para Bersani et al. (2016) os instrumentos multidimensionais providenciam mais informação em contraponto com as escalas unidimensionais, contudo a sua aplicação exige mais tempo. A dor crónica afeta o idoso em múltiplos aspetos, pelo que é genericamente defendido pelos especialistas o uso de instrumentos multidimensionais para uma avaliação mais assaz e competente da dor. Entre as escalas multidimensionais, as que compreendem maior relevância são: inventário breve da dor (brief pain inventory – BPI), versão sucinta do questionário de dor McGill (SF-MPQ-2) e questionário de dor no idoso (geriatric pain measure – GPM). Este último avalia a dor e o reflexo na componente afetiva, cognitiva-comportamental, atividades de vida diária e na qualidade de vida.

Uma realidade muito presente na população idosa são os déficits cognitivos e as alterações do comportamento relacionadas com a demência, pelo que tornam mais complexa e por vezes inviável ao doente a expressividade concreta e fiável face à dor que

padece, sua intensidade e toda a expressão sensorial o que compromete e complexifica a avaliação por parte do profissional de saúde. Assim, em muitos casos, os idosos com demência associada, registam amiúde em todo o seu processo de avaliação e tratamento álgico um cariz subdimensionado e consequentemente subavaliado e subtratado (Pinto, s.d.). Assim, perante esta realidade, o profissional de saúde deve utilizar outras estratégias e instrumentos que permitam facultar novos dados, facilitando a avaliação e tratamento da dor, entre os quais se incluem: Mini Mental teste, escala depressão geriátrica, exame neurológico, escala Pacslac (Pain Assessment Checklist For Seniors With Limited Ability To Communicate). É importante observar e detalhar os comportamentos do idoso com demência, indagar sobre os antecedentes pessoais e obter informações pertinentes junto de familiares e cuidadores, pelo que o conjunto de todas estas ações vão promover e facilitar a avaliação da dor (DGS, 2010).

ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTO DA DOR CRÓNICA NA PESSOA IDOSA

A dor crónica no idoso caracteriza-se por uma ocorrência com duração mínima superior a três meses, com uma dimensão biopsicossocial, configurando-se com um importante dilema de saúde publica, cujo tratamento exige uma estratégia multidisciplinar (Dos Santos et al., 2015). O tratamento ineficiente da dor crónica no idoso acarreta assinaláveis consequências, nas quais se incluem: maior sofrimento, maior recurso aos serviços de saúde, maior consumo dos recursos económicos, menor satisfação do idoso e consequentemente aumento da sua vulnerabilidade. Apesar dos esforços empreendidos nos últimos anos, o tratamento continua aquém do carecido e imprescindível, exigindo-se um processo de cuidar humanizado e promotor da qualidade de vida do idoso, um cuidado atento, planeado, organizado e intervindo com todo o conhecimento científico (Dias, 2011). Segundo a DGS (2010), o tratamento reveste-se de uma importância primordial em qualquer contexto, ou seja, quer o idoso esteja internado, no seu domicílio, ou institucionalizado.

As estratégias de tratamento versam duas formas: as farmacológicas e não farmacológicas. As intervenções não farmacológicas devem corresponder a uma parte do plano global de tratamento do idoso diagnosticado com dor crónica. Caracteriza-se por não apresentar, na maioria das situações, muitos efeitos adversos e, utilizada de forma isolada, promove o alívio de curta duração no idoso com dor crónica. Associada à intervenção farmacológica, proporciona vários benefícios: potencia o efeito farmacológico global, facultando a diminuição da dosagem dos fármacos, com previsível diminuição dos efeitos adversos e interações farmacológicas e, em alguns casos, redução dos custos com terapêutica. As intervenções não farmacológicas que os idosos com dor crónica mais amiúde recorrem são: o exercício; aplicação local de calor ou frio; massagem; diatermia e ultra-sons; imobilização; cirurgia; estimulação elétrica nervosa transcutânea; educação do doente e do cuidador; estratégias cognitivas e distração.

As intervenções farmacológicas revestem-se de três objetivos primordiais: controlo da dor, potenciar a melhoria da capacidade funcional do idoso e, por último, da sua qualidade de vida. O tratamento deverá ser efetuado com critério e à luz das melhores evidências científicas, considerando-se sempre o binómio risco/benefício, sendo a efetividade do tratamento farmacológico maior se for usado de forma simultânea com intervenções de cariz não farmacológico. Em decorrência da heterogeneidade que caracteriza os idosos, a resposta ao tratamento farmacológico à dose terapêutica adequada face às necessidades e os efeitos adversos são difíceis de prever ou antecipar, sendo que a dosagem dos fármacos deve ser ajustada por meio de avaliações frequentes, com o objetivo de otimizar o controlo da dor e minimizar os potenciais efeitos secundários. A polimedicação pode ser uma realidade necessária, com riscos acrescidos de interações medicamentosas e, obviamente, com os seus efeitos colaterais, pelo que o uso dos vários fármacos deve ser efetuado recorrendo à combinação de pequenas dosagens com classificação farmacoterapêutica diferente e tendo sempre em atenção as alterações farmacodinâmicas e farmacocinéticas produzidas pela idade, permitindo alcançar o objetivo maior que se pretende – o controlo mais eficiente da dor crónica do idoso com o menor risco de efeitos adversos. São descritas 3 orientações específicas, resumidas na tabela 3.

-
- 1 - Os idosos com dor crónica moderada a intensa podem seguir o tratamento farmacológico preconizado para as pessoas com idade inferior a 65 anos, salientando-se a necessidade de ajustes imprescindíveis às suas particularidades
 - 2 - Nos idosos mais suscetíveis às reações adversas, a grande maioria dos analgésicos são seguros e eficazes se utilizados com precaução, sendo o efeito analgésico obtido aquele que facilita o melhor indicador da dose e frequência de administração, privilegiando-se a via oral, por ser menos invasiva
 - 3 - A escada analgésica da OMS deve ser o guia orientador no tratamento da dor crónica em idosos, tendo-se em consideração a necessidade de ajustes imprescindíveis às particularidades dos idosos para os diferentes grupos de fármacos
-

Tabela 3. Orientações específicas no tratamento farmacológico do doente com dor crónica

Fonte: Adaptado de orientação nº 015/2010, Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa, por Direção Geral de Saúde, (p. 5). Disponível em <https://www.dgs.pt/directrices-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0152010-de-14122010-pdf.aspx>.

Num estudo de cariz exploratório Atílio et al. (2021) com o objetivo de descrever as estratégias que os idosos requerem para enfrentar a dor crónica, concluíram que é imprescindível uma abordagem multifatorial e integral, que envolve o cuidado interdisciplinar e o apoio da família, sendo que o mesmo estudo demonstrou que recorrem para amenizar as queixas álgicas à associação de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Bezerra et al. (2024), numa revisão bibliográfica que compreendeu estudos publicados nos últimos 15 anos, concluíram que a abordagem multidisciplinar no tratamento da dor crónica no idoso consubstancia uma estratégia abrangente e personalizada, indo de encontro às necessidades e complexidades que caracterizam esta faixa etária da população. Enfatizam que as intervenções farmacológicas, não farmacológicas, complementares, reabilitação multidisciplinar e cooperação interdisciplinar são componentes fundamentais para optimizar

a gestão da dor. As ações farmacológicas, gizadas, executadas e contextualizadas com as idiossincrasias dos idosos providenciam opções de maior valia, mas a avaliação individualizada e monitorização constante é mandatária. As intervenções não farmacológicas possibilitam abordagens terapêuticas complementares, como a acupuntura, massagem terapêutica e práticas de relaxamento, visando o controlo da dor e conjuntamente o aperfeiçoamento do bem estar global do idoso. A avaliação holística e o estabelecimento de planos de tratamento personalizados representa uma abordagem ampla tendo em consideração, também, os aspectos biopsicossociais dos idosos com dor crónica. Uma colaboração interdisciplinar, privilegiando a comunicação e a coordenação de cuidados, por parte dos profissionais de saúde que cuidam dos doentes idosos com dor crónica é vital para promover e assegurar uma abordagem integrada e sólida. Os autores acima mencionados, salientam também que a educação do idoso e dos seus cuidadores é imprescindível em todo este processo, robustecendo o seu envolvimento na gestão da sua dor.

CONCLUSÃO

A dor crónica na pessoa idosa apresenta uma elevada incidência e prevalência, sendo encarada, de forma recorrente, como expetável para esta faixa etária, o que leva a que não seja devidamente valorizada e consequentemente tratada. É uma experiência complexa e multidimensional que envolve vários domínios, nos quais se incluem os afetivos, sociais, comportamentais, cognitivos e as crenças.

Produz um grande impacto, pela sua cronicidade, nas atividades de vida diária da pessoa idosa, interferindo com a sua autonomia e comprometendo a sua independência, em decorrências das limitações que produz na capacidade funcional do idoso, condicionando a sua qualidade de vida. Os impactos e implicações são múltiplas, podendo levar ao isolamento social, à ocorrência de alterações do humor, como a depressão, a um aumento da necessidade de polimedicação e consequentes interações farmacológicas, a um exponencial consumo de recursos e a um aumento dos custos em saúde.

A avaliação da dor crónica no idoso é de suma importância, mas frequentemente, os déficits cognitivos, sobretudo ao nível da comunicação e da memória, além dos comportamentais que em muitos casos os idosos padecem, dificultam essa mesma avaliação e consequentemente o seu adequado tratamento, tornando-se necessária a implementação de estratégias que recorram a instrumentos de avaliação que sejam eficientes e úteis, sucintamente unidimensionais e multidimensionais.

O tratamento é complexo e exige uma abordagem multidisciplinar em resultado do fato de cada profissional deter competências específicas que podem ajudar a tratar diferentes domínios da dor crónica no idoso. As intervenções farmacológicas são imprescindíveis, mas as de natureza não farmacológica revestem-se, também, com importância significativa e de considerável impacto. É importante que o plano de tratamento seja individualizado, delineado em função das suas necessidades, admitindo que cada idoso pode ter uma conjugação única de causas e fundamentos que concorrem para a sua dor crónica.

REFERÊNCIAS

- Afonso, M. (2021). *Controlo Farmacológico da Dor*. [Tese de mestrado, Universidade Fernando Pessoa]. <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/10470>
- Aguiar, D. S., & Pinheiro, I. M. (2019). Multidimensional instruments validated in Brazil for pain evaluation in the elderly: narrative review. *Brjp*, 2 (3), 289–292. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190051>
- Associação portuguesa para o estudo da dor [APED] (2024). <https://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/definicoes>
- Atílio, F. G. C., Suzuki, A. F., Damaceno, D. G., Alarcon, M. F. S., Marin, M. J. S., & Girotto, M. A. (2021). Dor no idoso acima de 80 anos: características, impactos e estratégias de enfrentamento. *Revista Cuidarte*, 12 (2), e1310. Epub October 01, 2021.<https://doi.org/10.15649/cuidarte.1310>
- Audi, E. G., Dellaroza, M. S. G., Cabrera, M. A. S., dos Santos, H. G., Helen, C., & Scaramal, D. A. (2019). Estudo SABE: Fatores associados ao uso de medicamentos para controle da dor crônica em idosos. *Scientia Medica*, 29 (4), e34235. <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2019.4.34235>
- Bersani, A. L. de F., Moraes, N. S. de & Santos, F. C. (2016). Proper prescription, drug interactions and adverse effects. In A. B. G. di Tommaso, N. S. de Moraes, E. C. Cruz, M. C. Kairalla & M. S. Cendoroglo (ed.), *Geriatrics: a practical guide* (1^a ed, pp. 190-226). Guanabara Koogan.
- Bezerra, L. M. R., dos Santos, C. M., Venancio, W. F., da Ponte, C. H. F., Cardoso, A. B. V. B., Passos, I. T. P., Meneses, L. F. F., & Paiva, L. Z. da S. (2024). Abordagens multidisciplinares no tratamento da dor crônica em idosos: uma revisão bibliográfica. *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar*, 5 (3), e535022. <https://doi.org/10.47820/recima21.v5i3.5022>
- Dellaroza, M. S. G., & Pimenta, C. A. M. (2012). Impacto da dor crônica nas atividades de vida diária de idosos da comunidade. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11 (5), 235-242. <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17081>
- Dellaroza, M. S., Pimenta, C. A., Duarte, Y. A., & Lebrão, M. L. (2013). Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE) [Chronic pain among elderly residents in São Paulo, Brazil: prevalence, characteristics, and association with functional capacity and mobility (SABE Study)]. *Cadernos de saude publica*, 29 (2), 325–334. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2013000200019>
- De Santana, J. M., Perissinotti, D. M. N., Oliveira Junior, J. O. de ., Correia, L. M. F., Oliveira, C. M. de ., & Fonseca, P. R. B. da .. (2020). Revised definition of pain after four decades. *Brjp*, 3 (3), 197–198. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200191>
- Dias, Isabel Maria Gouveia Pereira (2011). *Dor no idoso: satisfação com o tratamento*. [Tese de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1662>
- Direcção-Geral da Saúde [DGS] (2003). *A dor como 5º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da dor* (Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/06/2003). Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2010). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa, orientação nº 015/2010*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0152010-de-14122010-pdf.aspx>

Dos Santos, F. A., de Souza, J. B., Antes, D. L., & d'Orsi, E. (2015). Prevalence of chronic pain and its association with the sociodemographic situation and physical activity in leisure of elderly in Florianópolis, Santa Catarina: population-based study. *Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology*, 18(1), 234–247. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010018>

Ferretti, F., Silva, M. R. da ., Pegoraro, F., Baldo, J. E., & Sá, C. A. D. (2019). Chronic pain in the elderly, associated factors and relation with the level and volume of physical activity. *Brjp*, 2 (1), 3–7. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190002>

Fernandes, S. A. C. (2009). *Opções terapêuticas no tratamento da dor crônica na população idosa*. [Tese de mestrado, Universidade de Coimbra]. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/18285?locale=pt>

Gomes, I. C. R., Nascimento, S. P. do, Nascimento, C. V. da S., Rocha, M. T., Sá, E. G. C. de, Sobral, M. J. de M., ... Gugel, A. (2024). A dor crônica no idoso seus impactos na vida social: uma revisão integrativa. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências e Educação*, 10 (1), 502–510. <https://doi.org/10.51891/rease.v10i1.12982>

Kshesek, G. B., de Souza, L. G. H., & Leandro, L. A. (2021). Prevalência de dor crônica em idosos: revisão integrativa da literatura / Prevalence of chronic pain in the older adults: an integrative literature review. *Brazilian Journal of Health Review*, 4 (5), 21367–21381. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n5-227>

Organização Mundial da Saúde [OMS] (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf

Pinto, A. F. B. (s.d.). *Avaliação da dor na pessoa idosa com demência*. <https://www.acenfermeiros.pt/articles/avaliacao-da-dor-na-pessoa-idosa-com-demencia>

Pereira, L. V., Vasconcelos, P. P. de ., Souza, L. A. F., Pereira, G. de A., Nakatani, A. Y. K., & Bachion, M. M.. (2014). Prevalence and intensity of chronic pain and self-perceived health among elderly people: a population-based study. *Revista Latino-americana De Enfermagem*, 22 (4), 662–669. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3591.2465>

Rabiais, S., Nogueira, P. J., & Falcão, J. M. (2004). A dor na população portuguesa: alguns aspectos epidemiológicos. *Revista DOR*, 12 (2). https://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2004_02.pdf

Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161 (9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

Ribeiro, A. L. A. (2013). *Apessa com dor crônica : um modelo de acompanhamento de enfermagem*. [Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/20108>

Santana, C. & Carballo, F. (2023). Qualidade do sono em idosos com dor crônica: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*. 12. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i6.42144>

Santos, E. F., Príncipe, F., Melo, R., Novais, S., Pinto, I., Branco, M., Ferreira, A., Carvalhais, M., Coelho, J., Nogueira, C., Pereira, H., Ventura, J., Azevedo, P., Ferreira, M., Graça, M. C., Domingues, M., & Mota, L. (2024). Empowerment da pessoa com dor crônica secundária em contexto de ambulatório: protocolo de scoping review. (2024). *RevSALUS - Revista Científica Internacional Da Rede Académica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia*, 6 (2). <https://revsalus.com/index.php/RevSALUS/issue/view/23/37>

Santos, I., Amendoeira, J., Barroso, I., Godinho, C., Sarroeira, C., Rosa, M. & Marques, G. (2014). Gestão da dor – que respostas de enfermagem. Um roteiro para o diagnóstico de situação. *Revista da UIIPS* – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém, 2 (5), 33-47. https://repositorio.ipssantarem.pt/bitstream/10400.15/4771/1/Artigo%20UI_IPS%20Gest%C3%A3o%20da%20dor.pdf

Sousa, G. K. S., Reis, N. G., Galvão, T. C. M., & Pena, V. V. (2024). Aspectos fisiopatológicos da dor aguda e crónica. *Anais da FUCAMP*, 9. <https://www.unifucamp.edu.br/wp-content/uploads/2024/04/Resumo-GKS-Dor-aguda-e-cronica.pdf>

Trelha C.S., Panazzolo D., Dellaroza, M.S.G., Cabrera, M.A.S., Souza, R., Pisconti, F., & Taho, Y. M. (2008). Functional status in community-dwelling elderly people with chronic pain. *Geriatr Gerontol Aging*. 2 (2), 59-64. <https://ggaging.com/details/338/en-US/functional-status-in-community-dwelling-elderly-people-with-chronic-pain>

Watson, J. C. (2022). *Visão geral da dor*. MSD Manual for the Professional. <https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/dist%C3%BArbios-neurol%C3%B3gicos/dor/vis%C3%A3o-geral-da-dor?query=considera%C3%A7%C3%A3o%20gerais%20sobre%20a%C2%BDdor>