



Dor oncológica

Autores: Dévaki de Araujo Cruz Attanasio e João Paulo Ramos Campos

1. Introdução

Dor é uma queixa comum entre os pacientes oncológicos e praticamente todos eles vivenciarão pelo menos um episódio de dor na vida, seja no pós-operatório, após procedimentos invasivos como biópsias ou até mesmo por complicações do tratamento e da doença.

O subtratamento da dor ainda é um problema muito frequente, embora em 90% dos casos o alívio pode ser alcançado de forma bem-sucedida, caso alguns princípios sejam seguidos. O primeiro passo é identificar a dor. Para isso, esse sintoma tem sido estimulado a ser abordado como um quinto sinal vital e a dor deve ser avaliada sistemática e rotineiramente em todo encontro clínico, seja oncológico ou não.

2. Epidemiologia

A dor está presente em até 60% dos pacientes no último ano de vida. Naqueles com câncer avançado, mais de 70% podem apresentar dor com intensidade moderada a forte. Essa alta prevalência promove um grande impacto na qualidade de vida, no humor e na funcionalidade desses pacientes, gerando uma grande consequência econômica para o indivíduo e para o sistema de saúde. Estima-se que pacientes com dor crônica usem os serviços de saúde cinco vezes mais do

que o restante da população. Cerca de 30% a 50% dos pacientes podem necessitar de opioides durante seu tratamento oncológico, aumentando para 75% a 90% de prevalência entre aqueles com doença avançada.

3. Conceito

A dor é uma sensação desagradável de origem tanto sensorial quanto emocional, que afeta a maioria dos aspectos da vida, incluindo funcionalidade física, disposição, estado psicológico, emocional e vida social. A dor é um sintoma complexo e variável, seja na forma como é experienciada, seja na forma como ela se manifesta. Inclusive, o termo “dor total” foi criado por Cicely Saunders em 1967 para expressar justamente a possibilidade de o sintoma “dor” englobar tanto o sofrimento físico como também os sofrimentos – emocional, social e espiritual. Cada um desses aspectos da dor é capaz de influenciar o outro e se somar, criando a totalidade de manifestação e de intensidade com a qual a dor é sentida pelo paciente.

4. Manifestações clínicas

A dor deve ser avaliada de forma ampla, principalmente pelas suas dimensões físicas, por suas características e pelo seu impacto clínico. A Associação Internacional para Estudo da Dor (IASP) sugere que a abordagem da dor durante o atendimento seja feita por meio do acróstico PQRST:

P: significa fator **p**rovocador e fator **p**aliativo. É o que agrava ou o que alivia a dor e se há algum gatilho para a dor.

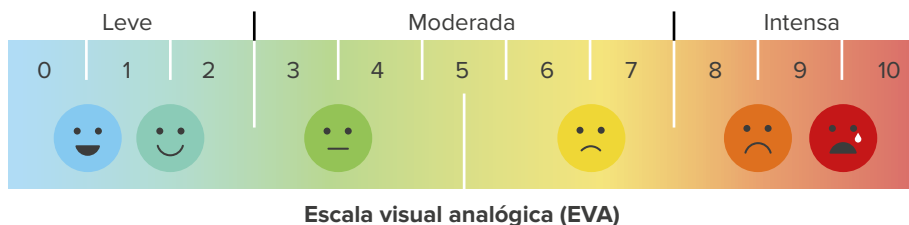
Q: significa **q**ualidade. Descreve a sensação que a dor provoca, como choque, agulhada, formigamento, aperto ou cólica.

R: de **r**egião e **i**rradiação. É fundamental para auxiliar no discernimento dos mecanismos nociceptivos (somático ou visceral) e neuropáticos da dor e para ajudar a escolher o tratamento inicial. Muitos mecanismos de dor, principalmente no câncer, têm os dois mecanismos associados.

S: de **s**everidade. Avalia a intensidade da dor. Para isso, devem ser utilizadas as escalas analógicas ou numéricas (figura 1), com a intensidade variando entre 0 e 10, sendo: 1-3 = dor leve; 4-6 = dor moderada; e 7-10 = dor forte.

T: de **t**empo, duração. Classifica a dor como aguda ou crônica.

Figura 1. Escala visual Analógica (EVA)



Adaptado de: Biasi PT. Manejo da dor no paciente oncológico pela equipe de enfermagem. Mai 2011. [Internet] Acesso em: 21 ago 2022. Disponível em: <www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/129_163.pdf>.

Entre as causas agudas, temos aquelas relacionadas com o crescimento rápido do tumor: invasão de plexos, reação inflamatória, infecção e formação de hematoma; temos aquelas relacionadas com complicações da doença: fraturas patológicas, trombozes, obstrução intestinal, entre outras; e temos as relacionadas a efeitos adversos do tratamento: mucosite, neuropatia e miopatia induzida por quimioterapia e reações actínicas da radioterapia.

Entre as causas de dor crônica, se destacam as dores somáticas por acometimento tumoral progressivo, como metástases ósseas, retroperitoneais e dores viscerais (como distensão de cápsula hepática e carcinomatose peritoneal). As dores neuropáticas são muito frequentes e desafiantes, principalmente porque o acometimento pode variar entre neuralgias, plexopatias, mononeurites, disautonomias e até mesmo cefaleia crônica. Outra causa comum de dor crônica são as sequelas do tratamento, como neuropatia residual pós-cirúrgica e dor fantasma.

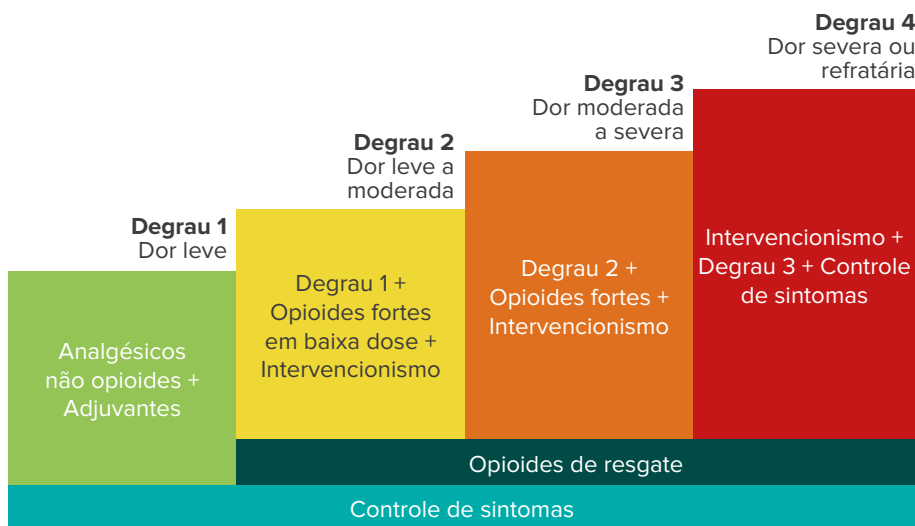
5. Tratamento

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que o tratamento da dor deva ser realizado com uma **terapia multimodal**, por meio da associação de medicamentos e métodos que atuem sinergicamente em diferentes vias e receptores, proporcionando uma atividade analgésica mais eficaz. O objetivo dessa terapia multimodal é melhorar o controle algico, usando a menor dose possível de cada medicação individualmente e reduzindo o risco de efeitos adversos.

Modalidades não medicamentosas devem ser utilizadas e estimuladas, tais como fisioterapia, acupuntura, *mindfulness*, musicoterapia e aromaterapia. Cada paciente deveria praticar pelo menos uma das opções. Não existem evidências suficientes para indicar uma modalidade em detrimento da outra em pacientes oncológicos. A escolha se baseia na disponibilidade, no custo, no acesso e nas preferências. Outra modalidade em desenvolvimento, ainda indisponível no Brasil, é o uso medicinal de *Cannabis*.

Sobre o tratamento farmacológico, segundo a OMS, alguns passos devem ser seguidos de forma ordenada e sistemática. Para tanto, foi criada em 1986 a **Escala Analgésica**, que, em 2021, passou por uma atualização (figura 2).

Figura 2. Escada Analgésica da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)



Adaptado de: Castilho RK. Manual de Cuidados Paliativos, 3ª edição. Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP. São Paulo; maio de 2021.

A Escada Analgésica foi criada para o tratamento dos pacientes com câncer, mas também pode ser usada para guiar o manejo da dor não oncológica. A recomendação é que o tratamento seja iniciado de acordo com a **intensidade** (leve, moderada ou forte) relatada pelo paciente. Cada degrau da escada corresponde a uma abordagem terapêutica direcionada para a intensidade descrita e as medidas devem ser **somadas** sequencialmente, e não substituídas.

A proposta iniciou-se com três degraus, mas posteriormente foi criado também o quarto degrau, que consiste em terapias intervencionistas, como cirurgias descompressivas ou paliativas, radioterapia antiálgica, bloqueios anestésicos, toxina botulínica, neuroestimulação, alcoolização de plexos nervosos ou até mesmo neurectomia paliativa. A recente atualização trouxe o intervencionismo do quarto degrau para as etapas mais iniciais da abordagem da dor.

Para **dor leve**, deve ser utilizado o **primeiro degrau**, que consiste nos analgésicos não opioides, como dipirona e paracetamol, relaxantes musculares, anti-inflamatórios, corticoides, medicamentos tópicos, relaxantes musculares e drogas adjuvantes. O conceito de medicamento adjuvante consiste em drogas que não possuem sua indicação primária para controle de dor, mas podem ser utilizadas como analgésicos devido aos seus efeitos secundários. Dentro dessa classe de medicações, se destacam os antidepressivos tricíclicos (amitriptilina) e inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), como duloxetine e venlafaxina, além de anticonvulsivantes, como pregabalina e gabapentina, que são, inclusive, indicadas como primeira linha para dor neuropática (tabela 1).

Para **dor moderada**, deve ser utilizado o **segundo degrau**, que além das medicações do primeiro degrau, orienta também para a associação de opioides fortes em baixas doses. Desde 2012, as diretrizes da Associação Europeia de Cuidados Paliativos já recomendavam a opção de opioides fortes em doses baixas para o controle da dor moderada. No entanto, apenas em 2016, foi publicado um estudo clínico, randomizado e de qualidade razoável que avaliou o uso de opioide forte *versus* opioide fraco para controle da dor moderada. Foi identificada uma taxa de controle de sintomas maior a favor do grupo opioide forte, com controle obtido mais precocemente logo na primeira semana. Não houve diferença em relação à frequência ou à intensidade dos efeitos adversos, tendo o opioide forte apresentado um bom perfil de segurança. A partir de então, essa prática passou a ser a tendência mais atual. Opioides fracos, como o tramadol e a codeína, estão cada vez mais caindo em desuso e a morfina oral em dose inferior a 30mg ao dia ou a morfina venosa na dose de 2mg, a cada oito ou seis horas, são os analgésicos recomendados para o início no segundo degrau.

Para a **dor forte ou refratária**, será utilizado o **terceiro degrau**, que orienta a manter as demais medicações dos degraus anteriores e acrescentar o opioide forte em doses mais altas (a partir de 2mg, a cada quatro horas). As opções são morfina, metadona, fentanil, buprenorfina, oxicodona (único opioide que pode ser usado via retal) e até mesmo agentes anestésicos, como a cetamina. Em situações extremas pode ser necessário analgesia em infusão contínua para alívio e ajustes mais rápidos de dose ou em caso de sedação paliativa. A cetamina é uma excelente opção para dor refratária ou em casos de intolerância severa aos efeitos adversos dos opioides, podendo ser usada em *bolus* na dose de 0,3mg/kg ou em infusão contínua (tabela 1). Para guiar o uso correto de opioides, foram estabelecidos seis princípios:

- | | |
|-----------------|-------------------------|
| 1. Pela boca | 4. Individualizado |
| 2. Pelo relógio | 5. Uso de adjuvantes |
| 3. Pela escada | 6. Atenção aos detalhes |

**VEJA ESSE CONTEÚDO NA ÍNTEGRA
ACESSANDO A OC ACADEMIA:
<http://ocacademia.com>**

