

E-BOOK

Dor Crônica em Pessoas Idosas: Abordagem Clínica e Terapêutica

índice

Introdução	3
Epidemiologia	5
Avaliação.....	6
Tipos de dor	6
Etiologias	7
Avaliação de intensidade e escalas	9
Avaliações adicionais	12
Manejo.....	13
Conceitos gerais.....	13
Medidas não farmacológicas.....	13
Farmacoterapia.....	14
Conclusão	18
Sobre o Hcor Academy	19
Referências	20

INTRODUÇÃO

Dor crônica é definida como a dor que persiste além do tempo normal de recuperação. Não existe uma definição única de tempo, e este pode variar dependendo da estrutura e tipo de dano, mas frequentemente utiliza-se uma janela de 3 a 6 meses para definir dor prolongada. Vale lembrar que dor é definida como uma “experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada à lesão real ou potencial dos tecidos. Cada indivíduo aprende a utilizar esse termo através das suas experiências anteriores”.

A dor crônica é um problema comum em pessoas mais velhas, com causas diversas e impacto significativo. Esta situação pode ter consequências adversas e potencialmente graves para as pessoas com mais idade. Adicionalmente, altos custos diretos e indiretos são atribuíveis à dor crônica. A região lombar e as articulações tendem a ser os locais mais frequentemente acometidos.

A população idosa apresenta graus variados de alterações fisiológicas que podem impactar o manejo. Como apresentado na Tabela 1, alterações na distribuição de medicamentos e no seu metabolismo podem impactar diretamente o cuidado neste grupo etário. Além disso, a fisiologia cerebral tende a mudar, e a sensibilidade à dor é aumentada. Soma-se a isso o comprometimento cognitivo, aspectos culturais e atitudes pessoais que podem dificultar a avaliação e o manejo. Neste e-book, veremos como avaliar e manejar quadros de dor crônica em pessoas idosas. Pode ser útil complementar esta leitura com nosso [e-book “Controle de Dor em Cuidados Paliativos”](#), uma vez que vários conceitos se sobrepõem aos temas.

Tabela 1. Alterações fisiológicas do envelhecimento que podem impactar o manejo farmacológico da dor crônica. Extraído da referência 3.

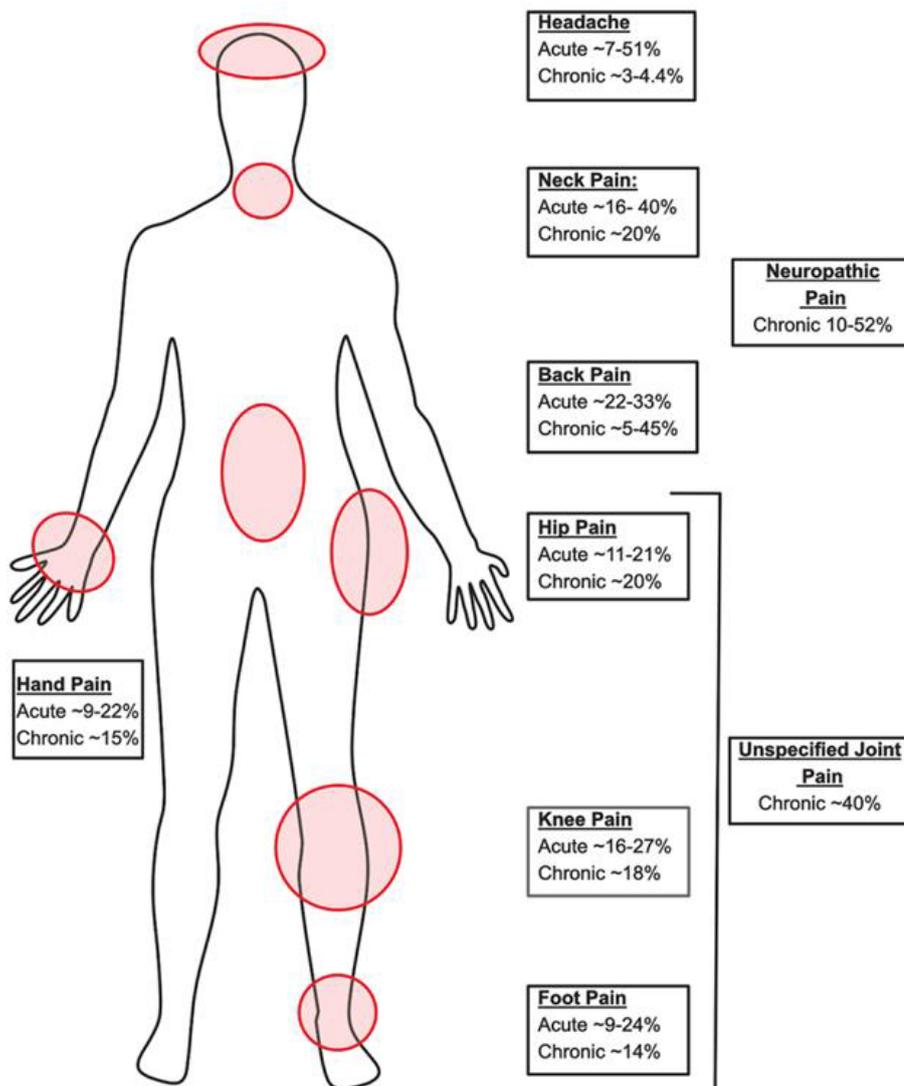
Fisiologia corporal	Alterações com o envelhecimento normal	Consequências clínicas
Trato gastrointestinal	Esvaziamento gástrico retardado e peristaltismo reduzido	Efeitos prolongados de medicamentos enterais de liberação contínua. Maior risco de efeitos adversos, como dismotilidade intestinal relacionada a opioides.
Distribuição	Diminuição da água corporal	Distribuição reduzida de medicamentos hidrossolúveis.
	Aumento da razão gordura/massa magra	Meia-vida prolongada de medicamentos lipossolúveis.
	Aumento da razão gordura/massa magra	Aumento da fração livre de medicamentos, levando a maior risco de interações medicamentosas.
Metabolismo hepático	Redução do fluxo sanguíneo hepático e da massa hepática	Metabolismo de primeira passagem reduzido. Diminuição da oxidação, resultando em meia-vida prolongada de medicamentos.
Excreção renal	Redução do fluxo sanguíneo renal, da taxa de filtração glomerular e da secreção tubular	Redução da excreção renal de medicamentos e dos seus metabólitos.

EPIDEMIOLOGIA

As estimativas da prevalência de dor crônica em pessoas idosas são bastante variáveis, indo de 25 a 75%. Esta alta variabilidade provavelmente advém de diferentes subgrupos incluídos nos estudos. Entretanto, fica claro que se trata de uma situação frequente.

Para além da prevalência elevada, alguns aspectos adicionais da epidemiologia da dor crônica são relevantes. O primeiro deles são os locais mais acometidos. Como pode ser visto na Figura 1, dores em articulações e outras partes do tecido musculoesquelético dominam o quadro, seguidas por dor neuropática.

Figura 1. Prevalência de dor crônica por localização em pessoas com mais de 65 anos. Extraído da referência 2.



Em segundo lugar, é relevante estar atento aos fatores de risco para o desenvolvimento de dor crônica. Doenças psiquiátricas, como depressão e ansiedade, bem como baixo nível socioeconômico e menos educação, são situações de maior risco. Além disso, histórico de traumatismos, ocupações com maior exigência física, obesidade e tabagismo também aumentam o risco de dor crônica.

Por fim, a dor crônica está associada com maior risco de morte prematura, provavelmente relacionado a fatores como obesidade, tabagismo e doenças associadas. De forma semelhante, há também maior chance de redução de funcionalidade, depressão, isolamento social e demência. A demência tem uma relação bidirecional, alterando a percepção da dor, a capacidade de expressá-la claramente e dificultando decisões terapêuticas.

AVALIAÇÃO

A avaliação de indivíduos com dor crônica tem múltiplos objetivos. É essencial caracterizar a dor quanto ao tipo e ao provável mecanismo fisiopatológico (ver adiante), pois esses aspectos orientam o tratamento. Avaliar o impacto do sintoma na funcionalidade é parte central da mensuração da intensidade da dor. Além disso, deve-se investigar sua etiologia, buscando, sempre que possível, tratar a causa subjacente. A identificação de fatores que agravam ou aliviam a dor também é importante. Além disso, é fundamental alinhar, com o paciente, metas e expectativas para o tratamento.

Tipos de dor

Tipicamente, a dor é classificada em dois tipos: nociceptiva e neuropática. Na primeira, há ativação direta dos receptores de dor por dano químico, mecânico, térmico ou inflamatório. A depender da localização desses receptores, a dor nociceptiva pode ser subclassificada em somática, visceral ou referida. A dor somática é aquela que ocorre nos tecidos periféricos e que a pessoa consegue identificar claramente a estrutura acometida. Descrita como em facada, fincada, em queimadura, trata-se de uma dor bem localizada e que é típica do acometimento do sistema musculoesquelético, pele, pleura e peritônio parietal, entre outros. É o tipo de dor mais comum em pessoas idosas.

Já a dor nociceptiva visceral é aquela que acomete órgãos internos, como o coração, trato digestivo e retroperitônio. Ela tende a ser menos localizada, com descrições menos precisas, às vezes caracterizada como “em peso”, difusa ou “em cólica”. É difícil para o paciente localizar qual estrutura está envolvida; uma região acometida é descrita. É a dor que ocorre, por exemplo, no infarto do miocárdio.

Ainda dentro das dores nociceptivas, temos a dor referida, que ocorre quando uma dor em outro sítio é percebida erroneamente em outra região. O exemplo clássico desta situação é a inflamação da cápsula hepática que se manifesta como dor no ombro direito, por acometimento diafragmático.

Por fim, a dor neuropática ocorre por dano ou disfunção do sistema nervoso periférico (mais comum) ou central. Com frequência, é a continuação de um dano tecidual prévio, sendo o exemplo clássico na população geriátrica a neuralgia pós-herpética. Isso gera percepção de dor, sem dano tecidual direto, devido à ativação e transmissão de impulsos de forma inapropriada. Costuma ser descrita como em choque e queimação ou ardência. Pode haver alodinia associada, que é a sensação de dor com estímulos não dolorosos (por exemplo, lençol encostando na perna gerando dor em pacientes com diabetes mellitus). Dor por acometimento do sistema nervoso central é menos frequente (mas não rara) e ocorre devido a AVC prévio, lesão medular ou doenças desmielinizantes.

Etiologias

A avaliação etiológica é parte importante do cuidado das pessoas com dor crônica. Infelizmente, não é possível identificar a causa subjacente da dor em um grande número de pacientes, e o manejo acaba se concentrando no controle sintomático. Ainda assim, em alguns casos, é possível identificar a etiologia e oferecer tratamentos específicos. A principal ferramenta para esta avaliação é a história clínica cuidadosa da dor. Deve-se realizar a investigação de todas as dimensões do sintoma:

- + Cronologia, incluindo início, velocidade de instalação e temporalidade;
- + Intensidade;
- + Característica e localização;
- + Desencadeantes, fatores de agravo e de alívio;
- + Fatores associados.

Na maioria das vezes, a causa é facilmente identificada. Quatro das condições mais comuns (e frequentemente subdiagnosticadas) que causam dor crônica em pessoas idosas são a dor miofascial, a dor lombar crônica, a estenose de canal medular e a fibromialgia. Nesta avaliação, é útil lembrar das causas mais comuns (Figura 1). Ainda assim, em alguns pacientes, a etiologia da dor não é facilmente identificada, e listas de apoio (Tabela 2) podem auxiliar na avaliação. Vale destacar que a lista abaixo serve apenas de apoio; outras causas menos frequentes de dor na população geriátrica não estão apresentadas nela. Adicionalmente, é possível que múltiplas etiologias coexistam em um mesmo indivíduo.

Tabela 2. Causas selecionadas de dor crônica em pessoas idosas. Adaptado da referência 1.

Grupo	Exemplos
Musculoesquelético	Osteoartrite
	Artrite reumatoide
	Dor lombar baixa e causas relacionadas
	Fibromialgia
	Síndrome miofascial
	Tendinite e bursite
	Fraturas osteoporóticas
	Gota e pseudogota
	Polimialgia reumática
Neurológico	Cefaleia
	Estenose de canal medular
	Neuropatia periférica
	Compressão de raiz nervosa
	Dor pós-AVC
	Doença de Parkinson
Gastrointestinal	Constipação
	Síndrome do intestino irritável
	Diverticulite
	Doença inflamatória intestinal

Gastrointestinal	Herpes-zóster (usualmente neuralgia pós-herpética)
	Neuropatia por HIV/AIDS
Cardiovascular	Doença cardíaca avançada
	Doença vascular periférica
Endócrino	Neuropatia periférica por diabetes e outras endocrinopatias (menos comum)
	Doença de Paget
Pele	Úlceras por pressão
	Queimaduras
	Esclerodermia
Pulmonar	Doença pulmonar obstrutiva crônica em fase avançada
	Dor pleurítica
Renal	Cistite crônica
	Doença renal terminal
Psíquico	Depressão

Avaliação de intensidade e escalas

Um dos aspectos mais importantes no atendimento de pessoas com dor crônica é a aferição da intensidade da dor. Ela orienta o tratamento e permite monitorar sua eficácia. Diversas escalas, como as visuais, verbais e numéricas, ajudam a padronizar a mensuração e permitem comparações ao longo do tempo. A Figura 2 mostra modelos combinados de avaliação e suas equivalências. Pode-se usar também uma versão verbal da escala numérica, com a seguinte frase: “Qual nota você dá para sua dor em uma escala de zero a dez, sendo zero a ausência de dor e 10 a pior dor



que você já teve?”. Deve-se investigar a intensidade da dor não apenas no momento da avaliação, mas em diferentes momentos, como “nas últimas 24 horas”, “na semana passada”, investigando qual a nota mais alta, mais baixa e média no período. Aqui também é um momento para revisar fatores de agravamento e alívio.

Figura 2. Integração de diferentes escalas de avaliação de dor: escala visual numérica, visual analógica (de verde a vermelho) e descritores verbais. Extraído da referência 6.



Para além da avaliação mais tradicional apresentada acima, em pessoas idosas, a demência é mais frequente. Ou seja, nem sempre as escalas apresentadas acima são eficazes devido às dificuldades de comunicação. Ainda assim, o primeiro passo é tentar estabelecer comunicação verbal. Outro recurso é focar parte da entrevista em familiares.

Para pessoas sem comunicação verbal, são marcadores de dor as expressões faciais de sofrimento, vocalizações como gemidos, proteção de áreas doloridas, respiração dificultosa e delírio. Em pacientes com demência, a dor pode se manifestar por alterações no comportamento social, na rotina diária ou no estado emocional. Em pacientes com demência avançada, recomenda-se o uso de instrumentos específicos, como a escala PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia), em sua versão validada para o Brasil (Tabela 3).

Tabela 3. Escala de Avaliação de Dor em Demência Avançada validada para o Brasil – PAINAD-BR. Extraído da referência 6.

Observe o paciente por 5 minutos antes de pontuar os comportamentos dele ou dela. Pontue os comportamentos de acordo com a tabela a seguir. 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	Nenhum ponto	Um ponto	Dois pontos
Respiração independente de vocalização	Normal	<ul style="list-style-type: none"> Dificuldade ocasional para respirar Curto período de hiperventilação 	<ul style="list-style-type: none"> Respiração ruidosa e com dificuldades Longo período de hiperventilação Respiração de Cheyne-Stoke
Vocalização negativa	Nenhuma	<ul style="list-style-type: none"> Resmungos ou gemidos ocasionais Fala baixa ou em baixo tom, de conteúdo desaprovador ou negativo 	<ul style="list-style-type: none"> Chamados perturbadores repetitivos Resmungos ou gemidos altos Choros
Expressão facial	Sorrindo ou inexpressiva	<ul style="list-style-type: none"> Triste Assustada Franzida 	<ul style="list-style-type: none"> Careta
Linguagem corporal	Relaxada	<ul style="list-style-type: none"> Tensa Andar angustiado/aflito de um lado para outro Inquietação 	<ul style="list-style-type: none"> Rígida Punhos cerrados Joelhos encolhidos Puxar ou empurrar para longe Comportamento agressivo
Consolabilidade	Sem necessidade de consolar	<ul style="list-style-type: none"> Distraído ou tranquilizado por voz ou toque. 	<ul style="list-style-type: none"> Incapaz de ser consolado, distraído ou tranquilizado.

Além das avaliações anteriores, é importante compreender o impacto da dor crônica na vida e nas atividades diárias do indivíduo – outro marcador da intensidade do quadro. Embora isso seja importante para todas as pessoas, na população idosa, esta informação é ainda mais importante, pois reduções de funcionalidade são mais comuns neste grupo. Deve-se questionar especificamente alterações nos hábitos, atividades, funcionalidade, emoções e sono que são atribuíveis à dor. O uso de escalas (bastante comuns no atendimento da população geriátrica) é muito útil para isso.

Avaliações adicionais

É parte da avaliação de pessoas idosas com dor crônica a avaliação da rede de apoio. O envolvimento de cônjuges tende a ser benéfico, mas a participação de diferentes tipos de apoio social pode melhorar a adesão. Deve-se também investigar a opinião do paciente sobre o tratamento, as expectativas e esperanças, bem como os recursos para lidar com a situação. Questionamentos como “Quais seus pensamentos sobre o tratamento proposto?” e “Quais as coisas que você tem mais esperança que melhorem com o tratamento?” podem ser úteis. A avaliação de comorbidades, alergias e medicamentos contínuos também faz parte da entrevista.

Ainda que o principal recurso de investigação nos pacientes com dor crônica seja a entrevista, o exame físico pode identificar alterações como artrite, assimetrias musculoesqueléticas, redução de sensibilidade e perda de força. Testes como o teste cronometrado de levantar-se e ir (Timed Up and Go Test) e o teste de equilíbrio podem auxiliar na compreensão do grau de fragilidade do indivíduo.

Quanto a exames complementares, eles tendem a ser utilizados em situações específicas. Podem ser úteis para investigação etiológica, como na suspeita de dor lombar por fratura osteoporótica, ou investigação de perda de força (muscular, do nervo ou central). Vale lembrar que exames de imagem para avaliação de dor lombar têm baixo rendimento, mas não devem ser esquecidos em caso de sinais de alarme (por exemplo, história pessoal de câncer, imunossupressão, febre, entre outros). Exames radiológicos frequentemente são úteis principalmente por permitirem excluir alterações importantes (fraturas, metástases) do que por identificar a causa da dor.



Conceitos gerais

O manejo da dor em pessoas mais velhas pode ser complexo. Ele deve ser abrangente, considerando comorbidades e impactos como depressão e limitação funcional, com o uso combinado de abordagens farmacológicas e não farmacológicas. Deve-se utilizar uma abordagem em “etapas”. Intervenções com menor potencial de toxicidade devem ser utilizadas inicialmente, seguidas, se necessário, por terapias associadas a maiores riscos. Sempre que possível, deve-se iniciar com terapias não farmacológicas.

Preferências, alvos terapêuticos, recursos disponíveis e rede de apoio devem ter sido identificados. Frequentemente, os tipos de dor se sobrepõem, e existem dificuldades para a escolha do tratamento. Como sabemos, a dor é mais que uma manifestação física. O manejo também precisa considerar aspectos psicossociais e os recursos que o paciente possui para lidar com ela.

O tratamento da dor crônica nas pessoas mais velhas deve ser multimodal e contar com uma abordagem multiprofissional. A maioria desses pacientes será acompanhada na atenção primária à saúde, onde esse cuidado pode ser realizado de forma eficaz, com eventual apoio de especialistas em situações específicas. A atuação integrada de diferentes profissionais, característica da atenção primária, é especialmente recomendada nesse grupo etário. Pacientes que falham com diversas classes de fármacos, que precisam de opioides em doses crescentes e com história psiquiátrica complexa tendem a se beneficiar de apoio da atenção especializada.

Medidas não farmacológicas

Considerando que a maior parte das pessoas idosas com dor crônica terá sintomas relacionados ao sistema musculoesquelético, nunca é demais reforçar que a atividade física é parte central do manejo. A maioria dos programas testados em estudos randomizados mostrou que reforço muscular, atividades aeróbicas e de flexibilidade são benéficas. Idealmente, combinações de diferentes modalidades devem ser usadas para melhores resultados. Além de ter papel no controle da dor e praticamente não apresentar efeitos adversos, os exercícios melhoram a independência e a qualidade de vida.

Os principais limitantes para essa abordagem são o acesso (incluindo custo), adesão e a necessidade (na maioria dos indivíduos mais velhos) de supervisão profissional durante os exercícios. Dúvidas quanto à eficácia devem ser diretamente abordadas. Exercícios domésticos, sem necessidade de aparelhos, e atividades em grupo tendem a ser recursos para superar alguns dos limitantes.

Aconselhamento psicossocial e comportamental pode ser considerado como adjuvante à terapia farmacológica ou até mesmo como primeira linha de tratamento. Apesar disso, deve-se destacar que boa parte dos estudos neste tema são de curta duração e, assim, a eficácia em longo prazo não é conhecida. Intervenções como a terapia cognitivo-comportamental, técnicas de relaxamento e meditação podem ser úteis no manejo da dor crônica, seja como complemento ou alternativa à medicação. Essas abordagens ajudam os pacientes a adaptarem suas respostas à dor. Para sua eficácia, pode ser necessário superar barreiras, como o ceticismo quanto aos benefícios do aconselhamento.

Farmacoterapia

O manejo farmacológico deve ser adaptado para a intensidade da dor e seu tipo (nociceptiva ou neuropática). Por variados motivos, a população geriátrica tem maior sensibilidade a analgésicos e, assim, doses menores tendem a ser necessárias. Comorbidades e outros medicamentos também podem ser determinantes no tratamento (vide Tabela 1), uma vez que podem ser necessários ajustes de dose e na escolha do fármaco. Além disso, as interações devem ser sempre revisadas, e medicamentos desnecessários devem ser suspensos.

Ainda nos conceitos gerais de uso de medicamentos, deve-se iniciar um medicamento a cada vez, ofertá-lo por tempo suficiente para avaliar seu efeito, começar com doses baixas e realizar aumentos de dose lentamente. Associações de fármacos podem ser úteis se tiverem mecanismos sinérgicos e se usados em doses baixas para limitar os efeitos adversos. Prefere-se a via oral, pela comodidade e segurança. Efeitos e efeitos adversos devem ser revisados periodicamente. Por fim, deve-se lembrar que as barreiras listadas acima não estão presentes em todas as pessoas idosas, e que a apreensão com efeitos adversos não deve levar à negligência no tratamento.



Fármacos de meia-vida curta devem ser considerados para tratamento de dor episódica ou crises de agudização. Já, para dor contínua, medicamentos de meia-vida mais longa e de uso regular são recomendados. Além disso, como regra geral, evita-se o uso de opioides em pessoas idosas com dor de origem não neoplásica. Na Tabela 4, apresentamos uma lista dos principais fármacos usados na população geriátrica. A seleção deles nas diferentes situações está especificada nos parágrafos a seguir.

Tabela 4. Principais analgésicos usados para pessoas idosas com dor crônica. Adaptado da referência 4.

Medicamento classe	Dose inicial sugerida e titulação	Comentários
Paracetamol Analgésico simples	325 a 500 mg VO a cada 4h ou 500 a 1000 mg a cada 6 a 8h. Dose máxima 3g ao dia (2 g para idosos frágeis ou com risco de lesão hepática)	- Eficaz para dor não inflamatória; - Não afeta plaquetas; - Risco de hepatotoxicidade em doses altas; - Clearance reduzido com a idade.
Dipirona Analgésico simples	500 mg a cada 4 horas ou 1 grama a cada 6 horas. Dose máxima 4g ao dia.	Poucos dados na literatura. Risco infrequente de agranulocitose.
Duloxetina Inibidor da recaptação de serotonina e noradrenalina	20-30 mg VO/dia; aumentar para 40-60 mg após 1 semana Dose máxima 60mg ao dia.	Eficaz para dor neuropática, lombar e osteoartrite; evitar em TFGe <30 mL/min e hepatopatia.
Nortriptilina Tricíclico	10 mg VO à noite; aumentar 10 mg a cada 7-10 dias. Dose máxima 50mg por noite.	Útil para dor neuropática; menor toxicidade acumulativa que outros tricíclicos; efeitos adversos anticolinérgicos.
Amitriptilina Tricíclico	12,5 mg VO à noite; aumentar 12,5 mg a cada 1-2 semanas. Dose máxima efetiva para dor 75 mg.	Mais efeitos anticolinérgicos que nortriptilina; maior disponibilidade no Brasil
Venlafaxina (liberação prolongada) Inibidor da recaptação de serotonina e noradrenalina	37,5 mg VO por dia; aumentar gradualmente até 225 mg/dia.	Útil em polineuropatias; pode aumentar PA diastólica; titular em ≥4 semanas.

Gabapentina anticonvulsivante	100 mg VO à noite; aumentar 100 mg após ≥7 dias Dose máxima 3600mg/dia	Dependente da função renal; sedação comum em idosos frágeis; titulação lenta recomendada.
Pregabalina anticonvulsivante	25-50 mg VO à noite; aumentar após ≥7 dias Dose máxima 300mg/dia	Útil em dor neuropática e fibromialgia; ajustar conforme função renal.
Ibuprofeno AINE	200 mg VO 3x/dia.	Meia-vida curta útil em pessoas idosas; evitar com AAS associado.
Celecoxibe AINE (inibidor COX-2)	100 mg VO/dia.	Menor risco gastrointestinal; risco cardiovascular e renal semelhantes aos AINEs não seletivos.
Tramadol Opioide (fraco)	25 mg/dia VO; aumentar 25-50 mg a cada 3-7 dias Máximo 300-400 mg/dia	Fraco agonista opioide; risco de náusea, tontura e hiponatremia; ajustar na insuficiência renal; interação com ISRS.
Morfina Opioide (forte)	Liberação rápida: 2,5 a 10 mg VO a cada 4h; Liberação estendida: dividir a dose diária em 1 a 3 tomadas.	Evitar em insuficiência renal; risco de acúmulo de metabólitos neurotóxicos.
Fentanil transdérmico Opioide (forte)	Iniciar com 12 mcg/h a cada 72h após titulação com opioide VO.	Evitar em pacientes não expostos a opioides previamente; início de efeito em 18-24h; uso com cautela em pessoas idosas.

TFG3: taxa de filtração glomerular estimada;
VO: via oral.

Para dor nociceptiva, a primeira opção é o paracetamol, especialmente para dor de origem musculoesquelética. Isso se baseia na sua ampla janela terapêutica, poucas interações e efeitos adversos, além de sua disponibilidade. Seu uso é contraindicado apenas na insuficiência hepática. Apesar de não estar citada na literatura internacional (especialmente norte-americana), a dipirona é uma opção ao paracetamol.

Na sequência, para pessoas com dor não controlada, pode-se considerar o uso de medicamentos tópicos ou tramadol. Para dor localizada, são opções os anti-inflamatórios tópicos ou a lidocaína. Em casos de dor não localizada, o tramadol pode ser considerado, embora apresente risco de alterações do estado mental, constipação, delirium e síndrome serotoninérgica, especialmente se usado com inibidores seletivos da recaptação de serotonina. Assim, frequentemente associam-se potencializadores (úteis em dor neuropática – ver a seguir), como tricíclicos, inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina, como amitriptilina, duloxetina ou venlafaxina.

Apesar de fazerem parte da escada da dor da OMS, anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) devem ser considerados em situações pontuais na população idosa. Seu perfil de efeitos adversos é especialmente delicado neste grupo, por aumentarem o risco de sangramento digestivo, eventos cardiovasculares, hipertensão e perda de função renal. Fazem mais sentido como medicamentos de resgate e por curtos períodos. Para tratamento contínuo, um balanço dos riscos e benefícios deve ser feito com bastante cautela.

Para casos que falham às opções listadas acima, o caminho natural é o início de opioides fortes, como morfina (de liberação prolongada, idealmente) e metadona. Neste momento, o envolvimento de especialistas é recomendado. Nosso e-book “Controle de Dor em Cuidados Paliativos”, mencionado anteriormente, fornece orientações para uso de opioides. Alguns aspectos específicos em geriatria devem ser observados no uso de opioides. Como ocorre com os outros fármacos, as doses devem ser reduzidas em pessoas mais velhas e tituladas lentamente, com monitoramento rigoroso dos efeitos adversos. Recomenda-se iniciar com 25% da dose usual para pacientes de 60 anos (e 50% para 80 anos), mantendo o intervalo entre doses. Indivíduos mais velhos têm maior sensibilidade aos opioides e ampla variabilidade de resposta individual.

Os opioides com melhor perfil na população idosa são a morfina, a oxicodona e o fentanil. A morfina deve ser evitada em pacientes com insuficiência renal devido ao acúmulo de metabólitos ativos. A oxicodona é uma boa opção por sua meia-vida curta e ausência de metabólitos tóxicos, enquanto o fentanil pode ser utilizado em casos de disfunção renal ou hepática leve a moderada, encontrado na formulação transdérmica no Brasil.

Para dor neuropática, recomenda-se iniciar com lidocaína tópica (em casos localizados), inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (como duloxetina ou venlafaxina) ou gabapentinoides (gabapentina ou pregabalina). No Brasil, antidepressivos tricíclicos (amitriptilina ou nortriptilina) em doses baixas (25-50 mg, máximo 75 mg) também são utilizados como primeira opção. Pode-se associar paracetamol ou dipirona, especialmente se houver dor nociceptiva associada. Quando não há controle da dor, opioides fracos podem ser considerados, especialmente em casos de dor moderada a intensa com prejuízo funcional ou da qualidade de vida. Persistindo a refratariedade, indica-se encaminhamento para especialista em dor.



CONCLUSÃO

Dor crônica é um evento comum na população idosa e está associada a piores desfechos de saúde, incluindo limitação funcional, declínio cognitivo e maior risco de morte. As causas mais comuns são musculoesqueléticas, e a avaliação etiológica é importante, baseada na entrevista — mesmo que frequentemente seja negativa. A investigação cuidadosa da intensidade e dos impactos da dor crônica na funcionalidade e qualidade de vida são aspectos centrais no manejo de pessoas idosas com esses quadros. Por fim, quanto ao manejo, deve-se focar em um cuidado com múltiplas modalidades e uso de recursos não farmacológicos. Quanto à farmacoterapia, deve-se iniciar com analgésicos simples e potencializadores (duloxetina, tricíclicos), estar atento a efeitos adversos e complicações do tratamento, que são eventos adversos mais frequentes nesta população.

Este conteúdo foi útil para você?

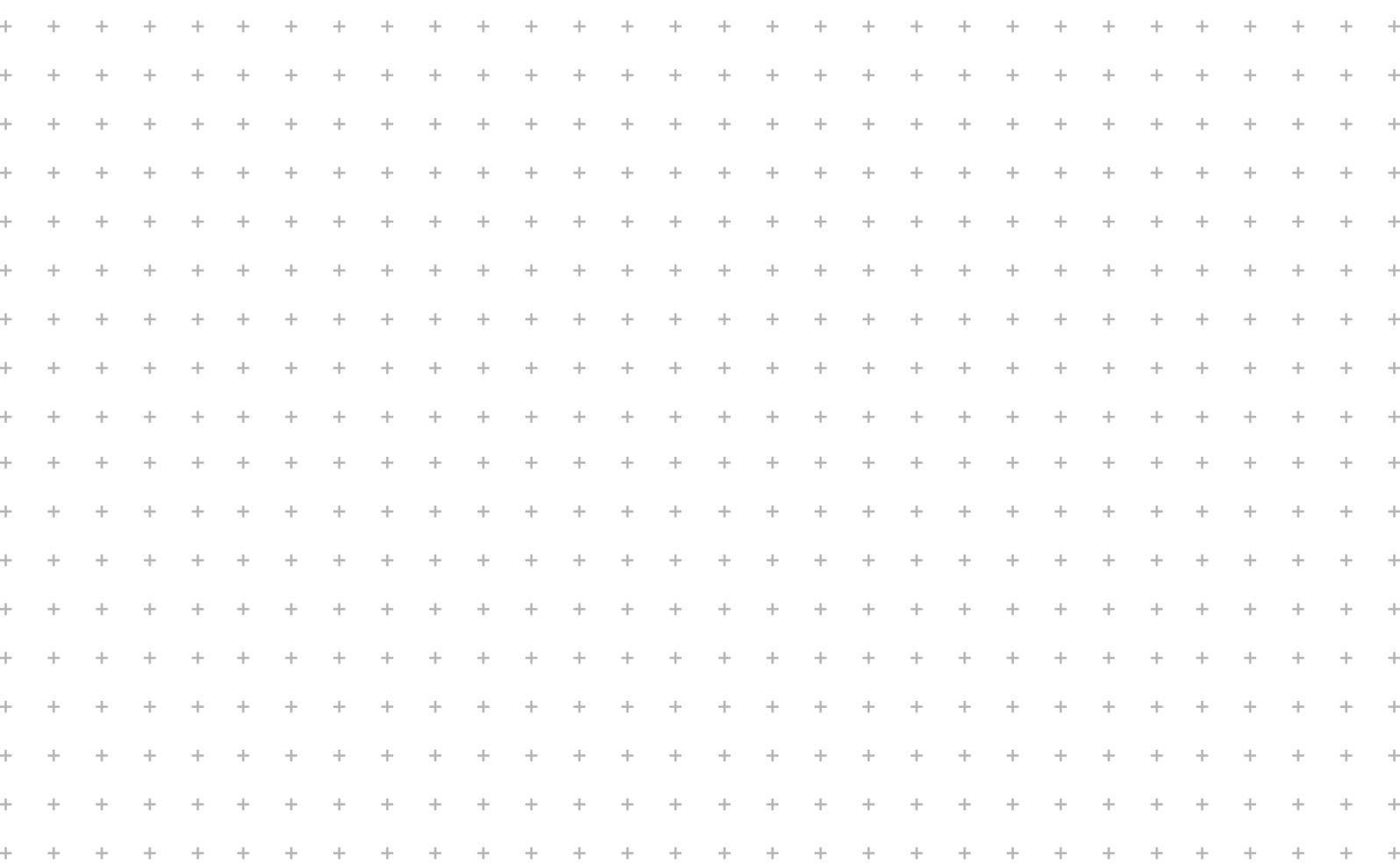
No nosso site, você encontra soluções para continuar se atualizando.

hcor

ACADEMY

Acesse o site e confira as opções de cursos para se aprimorar profissionalmente:

www.pos.hcor.com.br



REFERÊNCIAS

1. DynaMed. Chronic Pain in Older Adults. EBSCO Information Services. Acesso em 12 de abril de 2025. <https://www.dynamed.com/condition/chronic-pain-in-older-adults>
2. Domenichiello AF, Ramsden CE. The silent epidemic of chronic pain in older adults. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2019 Jul 13; 93:284-290. doi: 10.1016/j.pnpbp.2019.04.006. Epub 2019 Apr 17. PMID: 31004724; PMCID: PMC6538291.
3. Chan HKI, Chan CPI. Managing chronic pain in older people. *Clin Med (Lond)*. 2022 Jul; 22(4):292-294. doi: 10.7861/clinmed.2022-0274. PMID: 35882495; PMCID: PMC9345209.
4. Uptodate. Treatment of chronic non-cancer pain in older adults. Uptodate. Acesso em 13 de abril de 2025. <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-chronic-non-cancer-pain-in-older-adults>
5. Reid MC, Eccleston C, Pillemer K. Management of chronic pain in older adults. *BMJ*. 2015 Feb 13;350:h532. doi: 10.1136/bmj.h532. PMID: 25680884; PMCID: PMC4707527.
6. Ministério da Saúde, Hospital Sírio-Libanês. Manual de cuidados paliativos. Hospital Sírio-Libanês. São Paulo, 2020.



hcor ACADEMY