

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E
COMUNIDADE

VIVIANE MARTINS SASSI

MANEJO DA DOR CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

PASSO FUNDO, RS
2025

VIVIANE MARTINS SASSI

**MANEJO DA DOR CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Trabalho apresentado à Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Passo Fundo, RS, como requisito parcial para a conclusão do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade.

Orientador: Prof. Me. Luiz Artur Rosa Filho

PASSO FUNDO, RS

2025

RESUMO

A dor crônica é uma condição de alta prevalência na população brasileira, desta forma, esta revisão de literatura narrativa traz uma breve explicação sobre cada abordagem bem como os principais tratamentos envolvidos no manejo de cada tipo de dor. A revisão fundamentou-se em evidências disponíveis no período de 2020 a 2025 indexadas em bases científicas como PubMed, BVS e SciELO, sendo o trabalho elaborado como requisito parcial para a conclusão da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade pela Universidade Federal da Fronteira Sul campus Passo Fundo cujo programa é realizado em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo -RS.

O tratamento padrão ouro comum a todos os tipos de dor é o tratamento não medicamentoso envolvendo atividade física regular, terapia - especialmente a do tipo cognitivo comportamental-, alimentação e estilo de vida saudável.

No tratamento medicamentoso, após adequada avaliação e caracterização do quadro, temos como opções de tratamento: na dor nociceptiva destacam-se os antiinflamatórios não esteroidais e os opioides como principal tratamento medicamentoso. Na dor neuropática e nociplástica tem-se os antidepressivos tricíclicos, os inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina e os gabapentinoides como as melhores evidências de tratamento medicamentoso. Na dor neuropática pode-se usar antiinflamatórios não esteroidais em algumas situações, bem como os opioides. Já a dor nociplástica os opioides são desaconselhados devido a baixa evidência de eficácia e alto risco de piora do quadro. Na dor do tipo mista, têm-se analgésicos, opioides, antidepressivos e anticonvulsivantes de forma isolada ou combinada podendo ser escalonada conforme o nível de dor utilizando-se a escala analgésica da dor da Organização Mundial da Saúde.

A dor crônica apesar de amplamente estudada ainda se mostra um desafio na atenção primária à saúde, tanto por haverem poucas opções medicamentosas ofertadas gratuitamente quanto pela falta de equipes multidisciplinares amplamente distribuídas nas unidades de saúde, além da carência de estudos realizados especificamente na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: dor crônica; dor neuropática; dor nociplástica; dor nociceptiva; antidepressivos; gabapentinoides, atenção primária à saúde

1. INTRODUÇÃO

Dor é uma sensação experienciada por muitos adultos, sendo uma experiência desagradável (BRASIL, 2024) e que impacta diretamente na qualidade de vida dos indivíduos e consequentemente na sociedade. Por sua vez a dor crônica é aquela dor persistente por pelo menos três meses, é um agravo de saúde que demanda intervenção biopsicossocial além de estratégias farmacológicas (BRASIL, 2024).

A dor crônica é, ainda, uma das causas mais frequentes de anos perdidos por incapacidade em adultos (HARTVIGSEN; HANCOCK; KONGSTED *et al.*, 2018); esta situação gera impacto direto à economia (COHEN; VASE; HOOTEN, 2021); e, consequentemente, afeta os serviços de saúde. Isto porque diversos pacientes necessitam afastamento de suas atividades trabalhistas devido à incapacidade laboral decorrente do quadro, além de tenderem a ser hiperfrequentadores do sistema de saúde, desta maneira, o uso de serviços de saúde e a incapacidade variam entre os países (HARTVIGSEN *et al.*, 2018). Ademais, o investimento em recuperação dos pacientes com dor crônica demanda tempo e intervenção multiprofissional além do tratamento medicamentoso (ASHBURN; STAATS, 1999). Por esta razão, saber conduzir os casos de maneira adequada nos serviços de saúde é fundamental para retardar a progressão dos casos e reabilitar os pacientes de forma precoce.

Desta forma, na Atenção Primária à Saúde, enquanto sistema em que a longitudinalidade, a promoção, a manutenção da saúde e a prevenção de agravos são pilares da atuação profissional (LAWN *et al.*, 2008), mostra-se imprescindível saber as principais formas de abordagem da dor crônica com vistas a melhorar a qualidade de vida dos indivíduos assistidos.

O objetivo desta revisão de literatura narrativa é revisar as medidas para manejo da dor crônica a partir de evidências disponíveis no período de 2020 a 2025 indexadas em bases científicas como PubMed, BVS e SciELO identificando as melhores abordagens no tratamento da dor crônica a nível ambulatorial na atenção primária à saúde, além de revisar as principais classes medicamentosas disponíveis para tratamento dos pacientes e recordar os principais efeitos adversos relacionados ao manejo medicamentoso da dor.

2. METODOLOGIA

Esta revisão de literatura foi realizada entre os anos de 2024 e 2025 através da seleção de artigos científicos indexados nas bases PubMed, SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os estudos incluídos para a realização deste trabalho de conclusão foram publicados no período de 2020 a 2025.

A busca foi conduzida utilizando os descritores: atenção primária à saúde, dor crônica, medidas comportamentais no manejo da dor, tratamento medicamentoso da dor crônica, dor neuropática, dor nociceptiva, dor oncológica. Os artigos selecionados estão disponíveis em português e inglês.

Após a avaliação dos artigos, remoção de duplicidades e exclusão daqueles que não correspondiam ao tema, foram selecionados 21 artigos para compor a revisão de literatura; utilizou-se artigos publicados anteriores ao período de 2020 a 2025 apenas para referencial introdutório.

3. DISCUSSÃO

A dor crônica é uma importante queixa no âmbito da saúde pública, especialmente na atenção primária à saúde que é a principal porta de entrada no sistema de saúde. No Brasil, a prevalência de dor crônica é de aproximadamente 40% conforme estudos populacionais, e os custos despendidos ao tratamento desta comorbidade chegam a ultrapassar o investimento a pessoas com diabetes, cardiopatia e câncer (BRASIL, 2024).

A caracterização adequada da dor influencia no prognóstico, na investigação e no tratamento (COHEN et al., 2021). Dentre os tipos de dor crônica, destacam-se: a dor nociceptiva que tem como exemplo as dores musculoesqueléticas, osteoartrite, cefaleias; a dor neuropática cujos exemplos são a neuropatia diabética, a neuralgia do trigêmeo, das doenças desmielinizantes e a dor pós AVC; e a dor nociplástica que é a dor da fibromialgia, da síndrome do intestino irritável e das desordens viscerais. (BRASIL, 2024).

Ashburn (1999), traz em seu artigo "Management of chronic pain" que o tratamento para dor crônica "pode incluir medicação, bloqueios nervosos, fisioterapia ativa, intervenções comportamentais (...) Embora a cura seja possível, também é

pouco frequente. Portanto, a terapia é fornecida com o objetivo de diminuir a dor e o sofrimento, melhorando o funcionamento físico e mental”.

Conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica (PCDT) de 2024, “o tratamento da dor crônica tem como objetivo reduzir o sofrimento do paciente e, ao mesmo tempo, promover melhorias na qualidade de vida e na funcionalidade do indivíduo” (BRASIL, 2024). Cita-se ainda neste protocolo a atividade física regular, exercícios terapêuticos, fisioterapia, exercícios aeróbicos e Práticas Integrativas e Complementares (PICS) como medidas para tratamento de indivíduos com dor crônica. (BRASIL, 2024). Cohen, Vase e Hooten (2021) incluem no tratamento não medicamentoso o controle de peso quando necessário, alimentação saudável, atividade física regular, sono de qualidade e cessação do tabagismo.

O mesmo PCDT de dor crônica, 2024, destaca a terapia comportamental e a educação em dor do paciente como “formas de ensinar o paciente a compreender que a dor não é apenas um fenômeno somático, mas também que é influenciada por fatores psicológicos como percepção, atenção, pensamentos e sentimentos”. (BRASIL, 2024).

Quanto ao tratamento medicamentoso, o PCDT, traz que os “tratamentos medicamentosos devem ser incluídos em abordagem multimodal, sendo que a escolha do medicamento deve considerar a natureza da dor podendo utilizar a associação de medicações para melhor controle algico a partir da atuação sinérgica deles”. (BRASIL, 2024), reforçando a afirmação de Cohen, Vase e Hooten (2021) que a caracterização da dor influencia o prognóstico, a investigação e o tratamento em todas as fases da dor crônica.

Na dor nociceptiva as principais medicações são os opioides e antiinflamatórios não esteroidais (AINEs). Na dor neuropática têm-se os anticonvulsivantes, antidepressivos tricíclicos (ADT) e os inibidores seletivos de recaptação de serotonina e norepinefrina (ISRSN) além dos opioides por curto período de tempo (4-12 semanas). Na dor nociplástica utiliza-se os ADT, os ISRSN; e os gabapentinoides. (BRASIL, 2024)

A dor mista pode ter seu tratamento baseado nos componentes da dor (neuropática, nociplástica, nociceptiva) sendo mais comum a associação medicamentosa. Já a dor oncológica “ resulta de lesão de sistema nervoso central ou periférico, decorrente de compressão de estrutura nervosa, infiltração do tumor

ou da toxicidade associada ao tratamento (...) adjuvantes e opioides constituem a primeira linha de tratamento”. (BRASIL, 2024)

Nos idosos, Dagnino e Campos (2022) no artigo *Chronic Pain in the Elderly: Mechanisms and Perspectives* relatam que "as principais queixas dolorosas nos idosos estão relacionadas a condições neurodegenerativas e musculoesqueléticas, doenças vasculares periféricas, artrite e osteoartrite, contribuindo para a má qualidade de vida, isolamento social, atividade física prejudicada e dependência para realizar atividades diárias". Os autores acrescentam, ainda, que "a dor crônica afeta tanto a autonomia quanto a independência dos idosos, comprometendo muito sua qualidade de vida geral quando as comorbidades estão presentes”.

Quadro 1 - Tipos de dor e características da dor⁵⁵⁻⁵⁷.

Tipo de dor	Característica da dor	Exemplos
Nociceptiva Acomete os nociceptores das estruturas lesionadas.	Dor profunda, em peso, pontada, aperto, latejamento, tensão, dolorimento, queimação.	Dores musculoesqueléticas em geral, como a dor lombar ou cervical mecânicas, tendinopatias, osteoartrite; dor miofascial; algumas cefaleias e dores viscerais; insuficiência vascular periférica, metástases ósseas, amputação, compressão tumoral e outras dores causadas por estímulo aos nociceptores.
Neuropática Acomete a área de inervação da estrutura nervosa atingida (nervo, tronco ou plexo).	Dor superficial, em queimação, sensação de frio doloroso, choque, formigamento, amortecimento, coceira, alfinetada e agulhada.	Neuropatia diabética, neuropatia herpética, neuropatia por hanseníase, neuralgia do trigêmio, doenças desmielinizantes, como a esclerose múltipla, trauma medular, dor pós acidente vascular cerebral (AVC), radiculopatia cervical ou lombar, trauma, compressão, amputação, síndrome de Guillain-Barre, doença de Parkinson, quimioterapia, compressão tumoral de um nervo.
Nociplástica Hipersensibilidade em tecido não lesionado.	Sensação de peso, tensão e dolorimento.	Dor crônica generalizada (por exemplo, fibromialgia), síndrome de dor regional complexa, síndrome do intestino irritável e outras desordens viscerais; dor musculoesquelética primária crônica, como a dor lombar não específica e crônica.

Fonte: BRASIL, 2024

Deste modo, todos os profissionais inseridos na saúde pública devem saber abordar e caracterizar adequadamente o tipo de dor bem como devem saber manejar os casos mais leves, evitando encaminhamentos desnecessários.

O primeiro passo é realizar uma boa anamnese buscando entender as características da dor, fatores desencadeantes e fatores atenuantes bem como o impacto causado pelo quadro na funcionalidade do indivíduo. Também é importante conhecer os hábitos de vida e os fatores psicossociais implicados no quadro e a própria percepção do paciente sobre sua dor. Para avaliar a intensidade da dor

pode-se usar escalas verbais, numéricas ou visuais - de acordo com a capacidade visual e cognitiva de cada pessoa.

A partir das características da dor, pode-se classificá-la em dor nociceptiva, que é a dor decorrente de estímulos reais e potencialmente danosas aos tecidos, sendo a forma mais comum de dor crônica (COHEN et al, 2021), apresenta-se tipicamente como uma dor profunda podendo ser descrita como uma sensação de peso, de aperto, ou de queimação (BRASIL, 2024); dor neuropática quando há lesões de estruturas nervosas, sendo comumente uma dor superficial e geralmente manifestada como uma sensação de frio/queimação, de choque ou formigamento, também podendo apresentar agulhadas e prurido como sintomatologia associada. (BRASIL, 2024); ou, ainda, dor nociplástica quando não existe lesão envolvida apenas uma hipersensibilidade local gerando uma sensação inespecífica de peso, de tensão e dolorimento (BRASIL, 2024).

O profissional de saúde deve realizar o exame físico e a investigação com exames complementares - quando indicados- para a correta classificação do quadro e manejo. No exame físico deve-se investigar o sistema músculo-esquelético em busca de assimetrias, contraturas musculares e pontos gatilho, alterações de marcha e uso de dispositivos de apoio. Deve-se realizar o exame articular em busca de sinais inflamatórios, deformidades articulares, restrições ao movimento ativo ou passivo e amplitude do movimento articular. Também deve-se fazer avaliação neurológica investigando força dos membros, sensibilidade - tátil, dolorosa, vibratória e térmica-, e os reflexos se estão presentes e simétricos. (BRASIL, 2024)

Como instrumentos complementares, as escalas de dor como o diagrama corporal (Apêndice A, figura 1A) e a escala de descritores verbais, além das escalas visuais numérica, analógica e de faces (Apêndice A, figura 1B) podem auxiliar a entender a intensidade da dor do paciente; já a escala DN4 (Apêndice A, figura 2A) e a escala LANSS (Apêndice A, figura 2B) podem ser utilizada nos casos de dor neuropática para melhor compreensão do quadro. Também é importante o uso de escala de incapacidade funcional como a ODI (owestry disability index) na avaliação do paciente para direcionamento terapêutico (BRASIL, 2024).

O tratamento não medicamentoso é o primeiro passo para o manejo das condições dolorosas. A educação do paciente, o autoconhecimento e o conhecimento sobre fatores atenuantes e agravantes são fundamentais no manejo do quadro. Dentre as abordagens inclui-se o incentivo da manutenção de atividades

diárias, reforço sobre o impacto da atividade física regular, terapia - especialmente a terapia cognitivo comportamental (TCC)-, técnicas de relaxamento, acupuntura e yoga.

A TCC é uma intervenção central no manejo da dor crônica pois demonstrou-se eficaz na redução da intensidade da dor, na melhora da funcionalidade física e social e no aumento da eficácia no auto manejo da dor, além de apresentar baixos efeitos adversos (DEBAR et al., 2025; ROSSER et al., 2023; GANDY et al., 2022). Além disso, a TCC ajuda na dissociação entre os pensamentos disfuncionais que se relacionam à dor e o impacto deles no sofrimento e na funcionalidade de forma que aumenta a resiliência individual e melhora a adaptação ao quadro doloroso. (GERHART et al., 2025).

A acupuntura vem sendo amplamente estudada no contexto da dor crônica devido aos efeitos analgésicos e do potencial em auxiliar nas comorbidades psicológicas associadas à dor crônica como ansiedade e depressão, isso porque consegue modular circuitos límbicos e sistemas neuroquímicos, além de apresentar poucos efeitos adversos - sendo os efeitos locais os mais comuns - (LIN et al., 2020). Entretanto, Cohen et al (2021) observa que apesar de tratamentos alternativos e complementares parecerem promissores, ainda faltam estudos com metodologia adequada para garantir que não seja efeito placebo.

A yoga, por sua vez, pode contribuir com a redução de sintomas psicológicos como a ansiedade e catastrofização bem como na diminuição de sintomas depressivos, no uso de analgésicos e na melhora do sono (WIELAND et al., 2022).

A atividade física é essencial como parte do tratamento. A indicação para adultos acima dos 18 anos é de pelo menos 150 minutos de atividade física moderada desde que não haja contraindicações; para os idosos acrescenta-se exercícios de equilíbrio com vistas à prevenção de quedas; e para a faixa etária de 6 a 17 anos deve-se ter 60 minutos de atividade de intensidade moderada a vigorosa. Idealmente estas atividades devem ser orientadas por profissional de educação física quando disponíveis. Quando a ideia é a reabilitação, os pacientes devem também ser encaminhados aos serviços de fisioterapia. (BRASIL, 2024).

O tratamento medicamentoso desses quadros é guiado pelo tipo de dor que acomete o paciente, reforçando, desta maneira, a importância de um diagnóstico adequado.

A dor nociceptiva que é representada principalmente pela dor

musculoesquelética tem como principais medicamentos os antiinflamatórios não esteroidais (AINEs) e os opioides. No entanto, sempre deve-se considerar as demais comorbidades do paciente na escolha medicamentosa bem como os potenciais eventos adversos destas classes, como eventos gastrintestinais, cardiovasculares, renais e hepáticos, especialmente quando usadas de forma recorrente ou por períodos prolongados. Analgésicos simples também podem ser utilizados de forma associada para potencializar os efeitos de analgesia. Por outro lado, antidepressivos e anticonvulsivantes não demonstraram uma boa eficácia no tratamento destas condições exceto quando existe componente neuropático associado. (BRASIL, 2024).

Os AINEs tópicos são recomendados na dor musculoesquelética localizada pois apresentam menor risco de eventos adversos quando comparados com o AINEs orais (BUSSE et al., 2020; SOKOL; GROSSMAN; BOURGERY, 2025; DOWELL et al., 2022). No entanto, quando a dor envolve múltiplos sítios ou quando não responde ao tratamento tópico a melhor escolha se torna o AINE oral (SOKOL; GROSSMAN; BOURGERY, 2025; DOWELL et al., 2022).

Os opioides, por sua vez, devem ser usados com cautela na dor nociceptiva devido ao potencial de dependência. São medicamentos que devem ser reservados, preferencialmente, para casos de dor refratária às demais medidas ou para os casos de dor intensa (DOWELL et al., 2022; STEINMAN, 2025), não devendo ser prescrita levemente e de forma rotineira.

Deve-se ainda considerar os principais eventos adversos de cada classe medicamentosa antes de prescrevê-la. Os AINEs têm como eventos mais comuns náusea, dor abdominal, diarreia ou constipação além do risco de sangramento gastrointestinal; também apresentam risco de eventos cardiovasculares e reações de hipersensibilidade, e de forma menos frequente efeitos renais e hepáticos; geralmente os efeitos são dose dependente e apresentam maior risco em idosos e pacientes com comorbidades (BUSSE et al., 2020; DOWELL et al., 2022; FINNERUP, 2019).

Os opioides, por sua vez, apresentam principalmente constipação, náuseas, vômitos, sonolência, fraqueza e boca seca como principais eventos adversos. Eventos como sedação, confusão mental e depressão respiratória relacionam-se principalmente com doses elevadas, potência do opioide utilizado e com o uso prolongado das medicações, especialmente em pacientes idosos (BUSSE et al.,

2020; DAOUST et al., 2020; MERCADANTE, 2019).

A dor neuropática como é o caso da neuropatia diabética e a neuralgia pós-herpética, por exemplo, demanda o uso de medicamentos contínuos além da analgesia simples. Para esses quadros, têm-se como opção terapêutica os inibidores seletivos da recaptação de serotonina e noradrenalina (ISRSN) e os antidepressivos tricíclicos (ADT) além dos anticonvulsivantes como a gabapentina - para neuropatia diabética e neuralgia pós herpética e a carbamazepina para neuralgia do trigêmeo e demais dores neuropáticas. (BRASIL, 2024).

Não há evidências atualmente de superioridade entre as classes anteriormente citadas para o controle de dor crônica desde que estejam em doses alvo. No entanto, a Duloxetina mostrou benefício superior em paciente com bom controle glicêmico, enquanto a pregabalina e a gabapentina são preferíveis em paciente com perfil glicêmico elevado e intolerância aos IRSN.(AHN et al., 2025; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2025)

Ao escolher a classe medicamentosa deve-se estar atento aos efeitos adversos potenciais, desta forma todo tratamento deve ser individualizado. Dentre os gabapentinoides, como a pregabalina e a gabapentina, os principais efeitos adversos são tontura, sonolência, edema, aumento de peso, podendo também apresentar alterações visuais e desorientação. Na população idosa pode ocorrer ataxia e distúrbios de marcha. Deve-se atentar para a necessidade de ajuste conforme função renal (FINNERUP, 2019; MOORE; DERRY; WIFFEN, 2018).

Os antidepressivos tricíclicos, como a amitriptilina e a nortriptilina, costumam apresentar constipação, sonolência, boca seca e aumento de peso como principais efeitos adversos. Podem, ainda, ocasionar hipotensão ortostática, taquicardia e efeitos anticolinérgicos - o que é um fator de atenção especialmente em idosos. Já em pacientes mais jovens pode levar a pensamentos suicidas. Os ISRSN, como a duloxetina e a venlafaxina, por sua vez, costumam apresentar náusea, cefaleia, tontura, sonolência, aumento da pressão arterial e boca seca, podendo aumentar os pensamentos suicidas (FINNERUP, 2019; BAROHN et al., 2021). O uso de opioides pode reduzir a dor em curto prazo no período de 4 a 12 semanas mas não se tem boas evidências para seu uso a longo prazo. Desta forma, se for necessário o uso deles, deve-se usar a menor dose efetiva considerando os riscos e benefícios da prescrição. (BRASIL, 2024).

Na dor nociplástica as evidências também apontam boa resposta aos ADTs,

aos ISRSN e aos gabapentinoides. Isso porque atuam no sistema nervoso central onde modulam a sensibilização aos estímulos. Já os analgésicos simples e os AINEs não apresentam bom perfil de efeito - exceto em casos de estímulos álgicos contínuos como na osteoartrose- não sendo recomendados com primeira linha. Os opioides são desencorajados devido aos efeitos adversos potenciais e pela possibilidade de piorar a hiperalgesia apresentada por este perfil de pacientes. (BRASIL, 2024, CLAUW, 2024; FITZCHARLES et al., 2021; COHEN et al., 2021; MUELLER et al., 2025; SOKOL et al., 2025).

Para os casos de dor mista - aquelas que envolvem mais de um mecanismo de dor - não há evidência de tratamento mais efetivo. No caso de dor oncológica, a dor pode ter tanto componente nociplástico quanto componente neuropático secundário à compressão de estruturas, infiltrações nervosas ou toxicidade do tratamento. Nestes casos, segue-se a escala analgésica da dor conforme as recomendações da OMS. Em caso de dor leve deve-se usar analgésicos não opioides como dipirona e paracetamol ou AINEs com ou sem adjuvantes - anticonvulsivantes ou antidepressivos - associados. Em um quadro moderado pode-se usar opioides leves como a codeína podendo estar associado às medicações anteriormente citadas ou em monoterapia. Já em casos de dor forte, pode-se usar morfina ou metadona também podendo estar em monoterapia ou associados às medicações do primeiro degrau do tratamento. A analgesia deve ser prescrita em horários fixos com doses de resgate para dores agudas. (BRASIL, 2024).

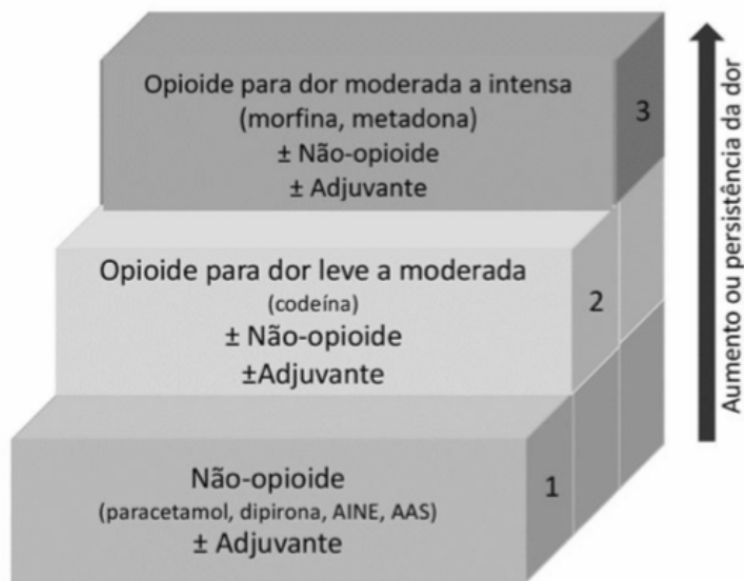


Figura 1 - Escada analgésica da dor adaptada. Fonte: Adaptada de OMS, 1987.

A dor associada ao envelhecimento, por sua vez, relaciona-se com mecanismos biológicos, neurofisiológicos e psicossociais. A incapacidade causada pela dor crônica nessa população frequentemente relaciona-se com distúrbios do sono, ansiedade e depressão (TINNIRELLO; MAZZOLENI; SANTI, 2021). Dentre os mecanismos da dor destacam-se: diminuição do fluxo sanguíneo local, degeneração nervosa, variações na composição da fibra e alterações nos canais iônicos e receptores, que levam à hiperativação do sistema nervoso periférico. No sistema nervoso central, a dor crônica está fortemente associada à sensibilização central e aumento da percepção da dor (DAGNINO; CAMPOS, 2022). Além das intervenções não farmacológicas, nas opções farmacológicas destacam-se os antiinflamatórios não esteroidais, os antidepressivos inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina, os gabapentinóides e analgésicos simples. Pode-se lançar mão de opioides conforme risco-benefício e agentes tópicos como capsaicina e lidocaína. A escolha do tratamento deve ser individualizada, considerando comorbidades, polifarmácia e perfil de risco do paciente idoso. O uso de tricíclicos e relaxantes musculares deve ser evitado devido ao risco aumentado de efeitos adversos e queda, conforme orienta a American Geriatrics Society (STEINMAN, 2025).

Quadro 2 - Tipos de dor e classes medicamentosas relacionadas

Tipo de dor	Classe medicamentosa	Exemplos
Nociceptiva	Anti-inflamatórios não esteroidais; opióides; analgésicos simples	Ibuprofeno, naproxeno; Codeína, tramadol, morfina; Paracetamol, dipirona.
Neuropática	Analgésicos simples; anti-inflamatórios não esteroidais; opióides; inibidores da recaptação de serotonina/noradrenalina; antidepressivos tricíclicos; anticonvulsivantes	Paracetamol, dipirona, ibuprofeno, codeína, morfina; Duloxetina, venlafaxina; Amitriptilina, nortriptilina; Gabapentina, carbamazepina.
Nociplástica	Antidepressivos tricíclicos; inibidores da recaptação de serotonina/noradrenalina; gabapentinoides	Amitriptilina, nortriptilina; Duloxetina, venlafaxina; Gabapentina, pregabalina.
Mista	Analgésicos; opióides; anticonvulsivantes; antidepressivos	Paracetamol, dipirona, morfina, metadona; Gabapentina, carbamazepina; Duloxetina, amitriptilina.
Relacionada ao envelhecimento	Anti-inflamatórios não esteroidais; antidepressivos inibidores da recaptação de serotonina/noradrenalina; gabapentinoides; analgésicos simples	Ibuprofeno, naproxeno; Codeína, tramadol; Duloxetina, venlafaxina; Gabapentina, pregabalina; Paracetamol, dipirona. <i>Evitar tricíclicos e relaxantes musculares.</i>

Fonte: autora

Por fim, este perfil de paciente deve estar em constante reavaliação. Conforme o PCDT (2024), inicialmente deve-se realizar uma avaliação do paciente a cada 3 meses até controle do quadro álgico e, posteriormente, de acordo com sua necessidade. Também é de extrema importância o envolvimento da equipe multidisciplinar no cuidado do indivíduo com dor crônica para a adequada abordagem biopsicossocial, para a definição de metas realistas e para constantes reavaliações e adaptações do tratamento visando a melhor qualidade de vida e menor incapacidade pelo quadro.

Quadro 4 - Frequência de acompanhamento de indivíduos com dor crônica.

Acompanhamento	Frequência
Consultas	
Equipe multidisciplinar (médico de família e comunidade, enfermeira, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional).	A cada três meses e de acordo com a necessidade.
Médico especialista (ortopedista, fisiatra, reumatologista, paliativista, entre outros).	De acordo com a necessidade.
Outros membros da equipe multidisciplinar (enfermeiro, farmacêutico, psicólogo, profissional de educação física, entre outros).	
Exames laboratoriais e de imagem	
Hemograma, exames para avaliar função renal, função hepática, sódio, potássio, colesterol total e frações, triglicérides.	Anual e de acordo com a necessidade.

Acompanhamento	Frequência
Velocidade de hemossedimentação (VHS), proteína C reativa (PCR), magnésio, cálcio total, fósforo, vitamina D, paratormônio (PTH), fator antinúcleo (FAN), fator reumatoide, eletroforese de proteínas, T4 livre, TSH, dosagem de creatinofosfoquinase (CPK) e aldolase, sorologias para hepatite B e hepatite C, HIV e sífilis, dosagem de ferro, ferritina, ácido fólico e vitaminas B12.	Para diagnóstico diferencial e de acordo com a necessidade.
Exames de imagem - raios x, ultrassonografias, tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, cintilografias.	

Fonte: BRASIL, 2024

4. CONCLUSÃO

A dor crônica apesar de amplamente estudada ainda se mostra um desafio na atenção primária à saúde, muitas vezes por parte das medicações não serem amplamente distribuídas pelo Sistema Único de Saúde, limitando o acesso dos pacientes que não apresentam boas condições financeiras. Mas, também, pelo desafio em ter nas unidades de saúde equipes multidisciplinares - compostas por fisioterapeutas, educadores físicos, psicólogos - capacitadas para o acompanhamento longitudinal e a prestação de serviços e planejamento de intervenções necessárias a cada indivíduo.

Apesar destes contratempos, encontra-se na literatura múltiplas abordagens para o manejo dos quadros de dor crônica, observando-se atentamente que quanto antes o quadro for identificado e mais precocemente seja instituída a intervenção menor será o risco de incapacidade futura, de forma a melhorar a qualidade de vida dos indivíduos. Então, o aprofundamento nas características de cada tipo de dor e as particularidades em seus tratamentos, bem como a execução primorosa de uma anamnese e do exame físico - para a captação dos sutis detalhes que diferenciam

cada condição dolorosa-, são indispensáveis para a garantia e manutenção da qualidade de vida e autonomia de cada paciente que sofre, cronicamente, com dor.

Por fim, a carência de estudos sobre dor crônica especificamente na Atenção Primária à Saúde, a principal porta de entrada dos pacientes no Sistema Único de Saúde que proporciona a longitudinalidade do cuidado, traz à tona a necessidade de investir em pesquisas neste âmbito com vistas a aprimorar o cuidado integral preconizado pelos princípios do Sistema Único de Saúde.

5. REFERÊNCIAS

1. AHN, J.; SHAHRIARIRAD, R.; KWON, K.; et al. ***Comparative analysis of the therapeutic effects of pregabalin, gabapentin, and duloxetine in diabetic peripheral neuropathy: a retrospective study***. Journal of Diabetes and Its Complications, v. 39, n. 4, p. 109001, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2025.109001>.
2. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. ***Retinopathy, neuropathy, and foot care: standards of care in diabetes—2025***. Diabetes Care, v. 48, supl. 1, p. S252–S265, 2025. DOI: <https://doi.org/10.2337/dc25-S012>.
3. ASHBURN, M. A.; STAATS, P. S. ***Management of chronic pain***. The Lancet, London, v. 353, n. 9167, p. 1865-1869, 1999. DOI: 10.1016/S0140-6736(99)04088-X.
4. BAROHN, R. J.; GAJEWSKI, B.; PASNOOR, M.; et al. ***Patient assisted intervention for neuropathy: comparison of treatment in real life situations (PAIN-CONTROLS): Bayesian adaptive comparative effectiveness randomized trial***. JAMA Neurology, v. 78, n. 1, p. 68–76, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2020.2590>.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. ***Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: dor crônica***. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 89 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/d/dor-cronica>. Acesso em: 12 out. 2025.
6. BUSSE, J. W. et al. ***Management of acute pain from non-low back, musculoskeletal injuries: a systematic review and network meta-analysis***

- of randomized trials.** Annals of Internal Medicine, [S.l.], v. 173, n. 9, p. 730-738, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/M19-3601>. Acesso em: 04 out. 2025.
7. CLAUW, D. J. **From fibrositis to fibromyalgia to nociplastic pain: how rheumatology helped get us here and where do we go from here?** Annals of the Rheumatic Diseases, v. 83, n. 11, p. 1421–1427, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1136/ard-2023-225327>.
 8. COHEN, S. P.; VASE, L.; HOOTEN, W. M. **Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances.** The Lancet (London, England), v. 397, n. 10289, p. 2082–2097, 2021. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00393-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00393-7).
 9. DAOUST, R. et al. **Side effects from opioids used for acute pain after emergency department discharge.** The American Journal of Emergency Medicine, v. 38, n. 4, p. 695-701, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2019.06.001>. Acesso em: 04 out. 2025.
 10. DEBAR, L. L. et al. **Telehealth and online cognitive behavioral therapy–based treatments for high-impact chronic pain.** JAMA, [S.l.], 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2025.11178>. Acesso em: 04 out. 2025.
 11. DAGNINO, A. P. A.; CAMPOS, M. M. **Chronic Pain in the Elderly: Mechanisms and Perspectives.** Frontiers in Human Neuroscience, v. 16, p. 736688, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3389/fnhum.2022.736688>.
 12. DOWELL, D. et al. CDC clinical practice guideline for prescribing opioids for pain – United States, 2022. **MMWR. Recommendations and Reports: Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 71, n. 3, p. 1-95, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.15585/mmwr.rr7103a1>. Acesso em: 04 out. 2025.
 13. FINNERUP, N. B. **Nonnarcotic methods of pain management.** The New England Journal of Medicine, v. 380, n. 25, p. 2440–2448, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMra1807061>.
 14. FITZCHARLES, M. A.; COHEN, S. P.; CLAUW, D. J.; et al. **Nociplastic pain: towards an understanding of prevalent pain conditions.** The Lancet (London, England), v. 397, n. 10289, p. 2098–2110, 2021. DOI:

- [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00392-](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00392-).
15. GANDY, M. et al. ***Internet-delivered cognitive and behavioural based interventions for adults with chronic pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials***. Pain, v. 163, n. 10, p. e1041–e1053, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002606>. Acesso em: 04 out. 2025.
 16. GERHART, J. et al. ***Treatment mechanism and outcome decoupling effects in cognitive therapy, mindfulness-based stress reduction, and behavior therapy for chronic pain***. Pain, v. 166, n. 2, p. 408-419, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003374>. Acesso em: 04 out. 2025.
 17. HARTVIGSEN, J.; HANCOCK, M. J.; KONGSTED, A.; et al. ***What low back pain is and why we need to pay attention***. The Lancet, London, v. 391, n. 10137, p. 2356-2367, 2018. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)30480-X.
 18. LAWN, J. E.; ROHDE, J.; RIFKIN, S.; et al. ***Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise***. The Lancet, v. 372, n. 9642, p. 917–927, 2008. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61402-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61402-6)
 19. LIN, L. L. et al. ***Acupuncture for psychological disorders caused by chronic pain: a review and future directions***. Frontiers in Neuroscience, v. 14, p. 626497, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3389/fnins.2020.626497>. Acesso em: 04 out. 2025.
 20. MERCADANTE, S. ***Opioid analgesics adverse effects: the other side of the coin***. Current Pharmaceutical Design, v. 25, n. 30, p. 3197-3202, 2019. DOI: <https://doi.org/10.2174/1381612825666190717152226>. Acesso em: 04 out. 2025.
 21. MOORE, A.; DERRY, S.; WIFFEN, P. ***Gabapentin for chronic neuropathic pain***. JAMA, v. 319, n. 8, p. 818–819, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2017.21547>.
 22. MUELLER, B. R.; CLAUW, D. J.; DE LOTT, L. B. ***Advances in our understanding and treatment of nociplastic pain***. Neurologic Clinics, v. 43, n. 3, p. 549–560, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2025.04.005>.
 23. ROSSER, B. A. et al. ***Psychological therapies delivered remotely for the management of chronic pain (excluding headache) in adults***. The Cochrane Database of Systematic Reviews, v. 2023, n. 8, p. CD013863, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013863.pub2>. Acesso em: 04 out.

- 2025.
24. SOKOL, R.; GROSSMAN, E.; BOURGERY, R. ***Nonopioid pharmacologic management of chronic noncancer pain***. American Family Physician, v. 112, n. 2, p. 187–196, 2025.
 25. TINNIRELLO, A.; MAZZOLENI, S.; SANTI, C. ***Chronic Pain in the Elderly: Mechanisms and Distinctive Features***. Biomolecules, v. 11, n. 8, p. 1256, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/biom11081256>.
 26. STEINMAN, M. A. ***Alternative treatments to selected medications in the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria®***. Journal of the American Geriatrics Society, v. 73, n. 9, p. 2657-2677, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1111/jgs.19500>. Acesso em: 04 out. 2025.
 27. WIELAND, L. S. et al. ***Yoga for chronic non-specific low back pain***. The Cochrane Database of Systematic Reviews, v. 2022, n. 11, p. CD010671, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010671.pub3>. Acesso em: 04 out. 2025.

APÊNDICE A

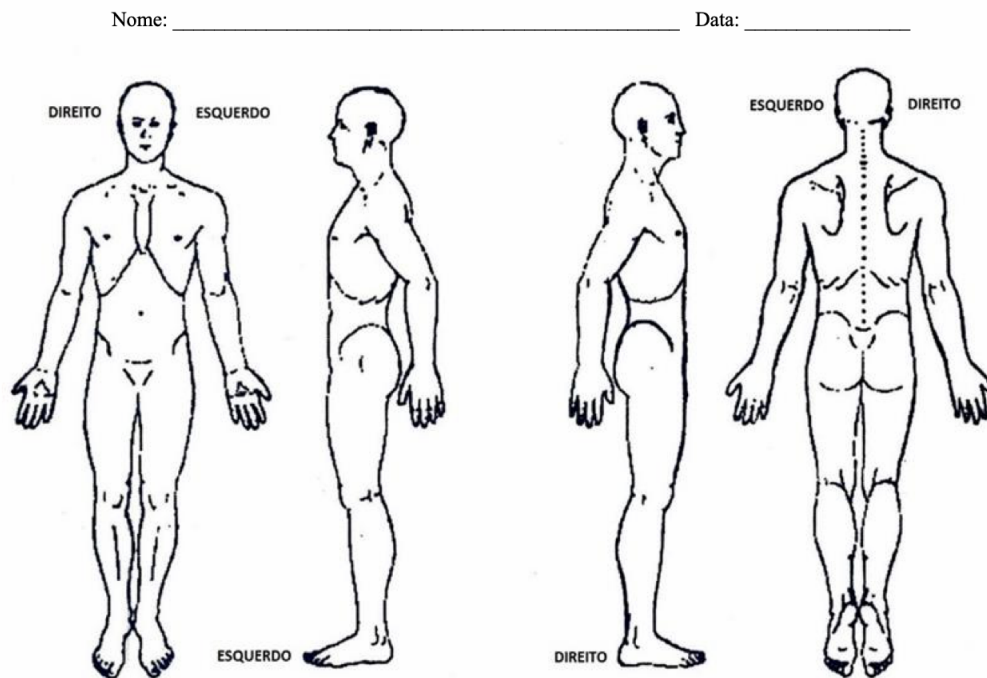
ESCALAS, QUESTIONÁRIOS E CLASSIFICAÇÃO DA DOR

1. ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR

A. LOCALIZAÇÃO DA DOR

Diagrama corporal^{1,2}

O diagrama corporal permite a avaliação da localização da dor e, por vezes, de sua intensidade. O profissional de saúde deve apresentar o diagrama corporal ao paciente solicitando que ele marque com um X o(s) local(is) em que sente dor e onde a dor é mais intensa.



B. INTENSIDADE DA DOR

Escala de descritores verbais da dor³

A escala de descritores verbais permite a avaliação da intensidade da dor. O profissional de saúde deve solicitar ao paciente que ele indique, na figura, qual das cinco categorias melhor representa a intensidade da dor que ele sente.

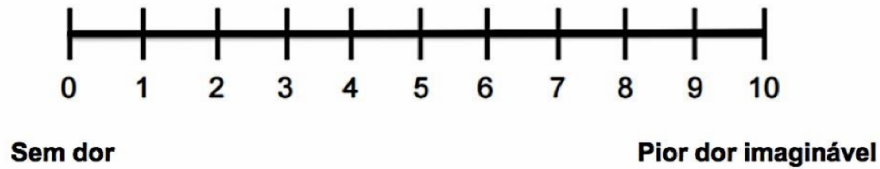
Nome: _____ Data: _____

Nenhuma Dor	Dor Leve	Dor Moderada	Dor Forte	Pior Dor
-------------	----------	--------------	-----------	----------

Escala visual numérica^{1,4}

O profissional de saúde deve orientar o paciente a indicar, na escala abaixo, qual o número corresponde à dor que ele está sentindo ou que ele sentiu em determinado período, sendo 0 sem dor e 10 a pior dor imaginável.

Nome: _____ Data: _____

**Escala visual analógica^{4,5}**

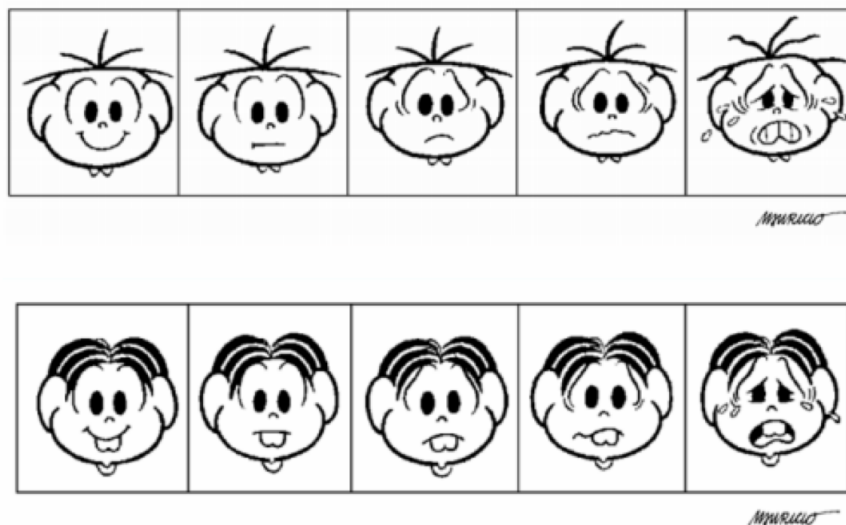
Para a escala visual analógica, o profissional de saúde deve solicitar ao paciente que indique, em uma linha horizontal de 100 mm (10 cm) a intensidade da dor, sendo da esquerda para a direita uma intensidade ascendente.

Nome: _____ Data: _____

**Escala de Faces^{6,7}**

O profissional de saúde deve explicar ao paciente que cada face corresponde a uma sensação de dor. Assim, as faces, da esquerda para a direita, correspondem à ausência de dor; à dor leve; à dor moderada; à dor forte; e à dor insuportável.

Nome: _____ Data: _____



2. QUESTIONÁRIOS PARA DIAGNÓSTICO DE DOR NEUROPÁTICA

A. Questionário para diagnóstico de dor neuropática – DN4 (*Douleur Neuropathique 4*)^{8,9}

Nome: _____ Data: _____

Por favor, nas quatro perguntas abaixo, complete o questionário marcando uma resposta para cada número:

Entrevista com o paciente		
Questão 1: A sua dor tem uma ou mais das seguintes características?		
• Queimação	() Sim	() Não
• Sensação de frio dolorosa	() Sim	() Não
• Choque elétrico	() Sim	() Não
Questão 2: Há presença de um ou mais dos seguintes sintomas na mesma área da sua dor?		
• Formigamento	() Sim	() Não
• Alfinetada e agulhada	() Sim	() Não
• Adormecimento	() Sim	() Não
• Coceira	() Sim	() Não
Exame do paciente		
Questão 3: A dor está localizada numa área onde o exame físico pode revelar uma ou mais das seguintes características?		
• Hipoestesia ao toque	() Sim	() Não
• Hipoestesia à picada de agulha	() Sim	() Não
Questão 4: Na área dolorosa, a dor pode ser causada ou aumentada por:		
• Escovação	() Sim	() Não

Pontuação
0 para cada item negativo
1 para cada item positivo
Dor neuropática: escore total a partir de 4/10

Escore: ____/ 10

Dor nociceptiva (< 4) ☐

Dor neuropática (≥ 4) ☐

Fonte: BRASIL, 2024

B. Escala de dor LANSS (*Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs*)^{10,11}

Nome: _____ Data: _____

Esta escala de dor ajuda a determinar como os nervos que carregam a informação de dor estão funcionando. É importante obter este tipo de informação, pois ela pode ajudá-lo na escolha de um tratamento específico para o seu tipo de dor.

A. QUESTIONÁRIO DE DOR

- Pense na dor que você vem sentindo na última semana.

- Por favor, diga se qualquer uma das características abaixo se aplica à sua dor. Responda apenas SIM ou NÃO.

1) A sua dor se parece com uma sensação estranha e desagradável na pele? Palavras como “agulhadas”, “choques elétricos” e “formigamento” são as que melhor descrevem estas sensações.

a) NÃO – Minha dor não se parece com isso [0]

b) SIM – Eu tenho este tipo de sensação com frequência [5]

2) A sua dor faz com que a cor da pele dolorida mude de cor? Palavras como “manchada” ou “avermelhada ou rosada” descrevem a aparência da sua pele.

a) NÃO – Minha dor não afeta a cor da minha pele [0]

b) SIM – Eu percebi que a dor faz com que minha pele mude de cor [5]

3) A sua dor faz com a pele afetada fique sensível ao toque? [A ocorrência de] Sensações desagradáveis ou dolorosas ao toque leve ou mesmo ao toque da roupa ao vestir-se descrevem esta sensibilidade anormal.

a) NÃO – Minha dor não faz com que minha pele fique mais sensível [0]

b) SIM – Minha pele é mais sensível ao toque nesta área [3]

4) A sua dor inicia de repente ou em crises, sem nenhuma razão aparente, quando você está parado, sem fazer nenhum movimento? Palavras como “choques elétricos”, “dor em pontada” ou “dor explosiva” descrevem estas sensações.

a) NÃO – Minha dor não se comporta desta forma [0]

b) SIM – Eu tenho estas sensações com muita frequência [2]

5) A sua dor faz com que a temperatura da sua pele na área dolorida mude? Palavras como “calor” e “queimação” descrevem estas sensações.

a) NÃO – Eu não tenho este tipo de sensação [0]

b) SIM – Eu tenho estas sensações com frequência [1]

B. EXAME DA SENSIBILIDADE (preenchido pelo médico)

A sensibilidade da pele pode ser examinada comparando-se a área dolorida com a área contralateral ou nas áreas adjacentes não doloridas avaliando a presença de alodinia e alteração do limiar de sensação ao estímulo da agulha (LSA).

6) ALODINIA

Examine a resposta ao toque leve com algodão sobre a área não dolorida e, a seguir, ao toque da área dolorida. Caso sensações normais forem percebidas no lado não dolorido e, ao contrário, se dor ou sensações desagradáveis (sensação tipo “picada” ou “latejante”) forem percebidas na área afetada, então a alodinia está presente.

a) NÃO – Sensação normal em ambas as áreas [0]

b) SIM – Alodinia somente na área dolorida [5]

7) ALTERAÇÃO DO LIMIAR POR ESTÍMULO DE AGULHA

a) Determine o limiar por estímulo de agulha pela comparação da resposta a uma agulha de espessura 23 (cor azul) conectada a uma seringa de 2 mL – sem a parte interna – suavemente colocada nas áreas doloridas da pele e depois nas não doloridas.

b) Caso uma sensação de agulhada normal for sentida na área da pele não dolorida, mas uma sensação diferente for sentida na área dolorida como, por exemplo, “nenhuma sensação” ou “somente sensação de toque” (LSA aumentado) ou “dor muito intensa” (LSA diminuído), isso significa que há um LSA alterado.

c) Caso a sensação de agulhada não for percebida em nenhuma área, conecte a parte interna da seringa à agulha para aumentar o peso e repita a manobra.

a) NÃO – Sensação igual em ambas as áreas [0]

b) SIM – Limiar por estímulo de agulha alterado no lado dolorido [3]

Some os valores entre parênteses nos achados descritivos e de exame da sensibilidade para obter um escore global.
Se o escore for inferior a 12, [são improváveis que] estejam contribuindo para a dor do paciente.
Se o escore for igual ou superior a 12, provavelmente mecanismos neuropáticos estejam contribuindo para a dor do paciente.

Escore: _____ / 24	
Mecanismos neuropáticos improváveis (< 12)	☐
Mecanismos neuropáticos prováveis (≥ 12)	☐

Fonte: BRASIL, 2024