

SÔNIA REGINA PÉREZ EVANGELISTA DANTAS



UM OLHAR PARA A DOR

ANA PAULA MOURA DE LOURDES
SÔNIA REGINA PÉREZ EVANGELISTA DANTAS

ESTOMATERAPIA: UM OLHAR PARA A DOR

1ª EDIÇÃO

RIO DE JANEIRO | 2025

Copyright © 2025

Todos os direitos desta edição são reservados

à Ana Paula Moura de Lourdes e Sônia Regina Pérez Evangelista Dantas.

AUTORA

Ana Paula Moura de Lourdes

Sônia Regina Pérez Evangelista Dantas

DIAGRAMAÇÃO

Thays Silva Vasconcellos

CAPA

Thays Silva Vasconcellos

REVISÃO ESPECIALIZADA

Dr^a Sônia Dantas

COLABORADORES

Carolina Fernandes Santos

Eliete Lima Farias dos Santos

Felipe Gustavo Braga Castro

Giovanna Caixeta de Lima

Juliano Teixeira Moraes

Kátia Mendes

Kelly Cristina Della Rovere

Larissa Carvalho de Castro

Laura Oliveira Silva

Marcus Valadão

Marta Lira Goulart

Pamella Cerqueira da R. de Lucena Oliveira

Raphael de Lucena Oliveira

Silvia Angélica Jorge

Suzana Aparecida da Costa Ferreira

Talles Fernandes de Souza

Viviane de Mello Biar

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Lourdes, Ana Paula Moura de
Estomaterapia : um olhar para a dor / Ana Paula
Moura de Lourdes, Sônia Regina Pérez Evangelista
Dantas. -- Rio de Janeiro : Ed. das Autoras, 2025.

Bibliografia.

ISBN 978-65-01-71175-1

1. Enfermagem - Cuidados 2. Enterostomia -
Enfermagem 3. Estomizada - Cuidados e tratamento
I. Dantas, Sônia Regina Pérez Evangelista.
II. Título.

25-304406.0

CDD-610.73677

NLM-NLM WY 161

Índices para catálogo sistemático:

1. Estomaterapia : Assistência de enfermagem
610.73677
2. Ostomizados : Cuidados : Enfermagem : Ciências
médicas 610.73677

Cibele Maria Dias - Bibliotecária - CRB-8/9427

PREFÁCIO

Falar de dor é falar daquilo que não se vê, mas que habita intensamente o corpo e a alma. Na estomaterapia, esse olhar é indispensável: cada ferida, cada estomia, cada cicatriz traz consigo não apenas marcas físicas, mas também histórias de vida, de superação e, muitas vezes, de sofrimento.

É nesse contexto que nasce **ESTOMATERAPIA: um olhar para a dor**. Mais do que um livro, esta obra é um convite à reflexão e à sensibilidade. Não se limita a reunir saberes técnicos; vai além, oferecendo um olhar cuidadoso para a dor que acompanha muitos pacientes e que exige do profissional não apenas competência, mas também humanidade.

Ao percorrer estas páginas, o leitor encontrará conhecimento, mas também será tocado pela dimensão humana do cuidado. A estomaterapia, aqui, é revelada como uma prática que acolhe, compreende e respeita o ser humano em sua integralidade, lembrando-nos de que cuidar é, acima de tudo, estar presente diante da dor do outro.

ESTOMATERAPIA: um olhar para a dor é, portanto, mais do que um guia: é uma inspiração. Uma ponte entre ciência e sensibilidade, entre técnica e compaixão.

Silvia Angélica Jorge

APRESENTAÇÃO

Ana Paula Moura de Lourdes



- Enfermeira (Centro Universitário Celso Lisboa);
- Estomaterapeuta (UERJ); Membro: Comitê de Educação do World Council of Enterostomal Therapists - WCET;
- Membro Associação Brasileira de Estomaterapia - SOBEST e Membro Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor; Membro Conselho Fiscal - SOBEST;
- Professora convidada do Curso Expedito de Anestesiologia e Gástrica para Praças - GASANEP (Hospital Naval Marcílio Dias - Marinha do Brasil);
- Autora de do livro "avaliação do 5º sinal vital – dor informações básicas na sala de recuperação pós anestésica: informações básicas 1º edição 2016 e 2º edição em 2025;
- Autora do livro: SRPA 2020;
- Perita Judicial em Enfermagem e Estomaterapia.

Carolina Fernandes Santos



- Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro-Oeste;
- Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais; Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Estomatologia (NEPET);
- ORCID: 0000-0002-1508-4484.

Eliete Lima Farias dos Santos



- Enfermeira, Pós-graduada em Podiatria Clínica (UERJ) e em Estomatologia;
- Atua no Instituto Nacional de Câncer (INCA), com experiência em cirurgia oncológica, instrumentação e cirurgia robótica;
- Membro da ABENPO, SOBEST, SOBECC e SFIC.

Felipe Gustavo Braga Castro



- Idade: 40 anos;
- Médico, formado pela universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) em 2010;
- Título de especialista Anestesiologista, pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA/AMB), pelo Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD) em 2016;
- Capitão-Tenente (Md) da reserva da Marinha do Brasil / Médico perito isolado;
- Validação de diploma pela Universidade de Lisboa, Portugal, em 2016;
- Com área de atuação em Dor pela SBA/AMB em 2018, após cursos de dor na UERJ e no Singular Cursos, em Capinas, SP;
- Médico visitante da Clínica Aliviar, durante um ano, 2019/2020, com treinamento prático e teórico em medicina intervencionista da dor (Fellow);
- Certificação em Terapia por Ondas de Choque (XXII Curso);
- MBA Executivo em Administração - Gestão em Saúde / FGV em 2022;
- Hospitais que atua como equipe de Medicina da Dor: Hospital Pró-Cardíaco (Amil), Rio Barra, Barra D'Or e Rios D'Or (Rede D'Or);
- Membro da Sociedade Brasileira de Médicos Intervencionistas em Dor (SOBRAMID) e Sociedade Brasileira para Estudo da Dor (SBED);
- Professor em mais de uma pós graduação de dor;
- Participação no documentário "Dor", atualmente presente no MAX (HBO) e Home & Health.

Giovanna Caixeta de Lima



- Graduanda do curso de Medicina da Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro-Oeste;
- Aluna do Programa Institucional de Iniciação Científica (PIIC) e bolsista do Programa Reabilitar de Atenção à Saúde da Pessoa com Estomia;
- ORCID: 0009-0006-8314-9370

Juliano Teixeira Moraes



- Doutor em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto (UFMG);
- Mestre em Educação (Unincor);
- Especialista em Estomaterapia (UNITAU);
- Titulado pela Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST);
- Professor da Graduação e Pós Graduação da Universidade Federal de São João del-Rei;
- Membro do Conselho Científico da SOBEST;
- Membro do World Council of Enterostomal Therapists (WCET) Education Committee. Líder do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Estomaterapia (NEPET). Editor Chefe do Brazilian Journal of

Enterostomal Therapy – Revista Estima;

- ORCID: 0000-0002-1109-962X

Kátia Mendes



- Enfermeira desde 1992 pela UFPE;
- Mestre em Enfermagem pela UPE/UEPB, especializada Enfermagem Pediátrica (UFPE), Gestão Hospitalar (UFPE), Educação em Enfermagem (UPE), Neuroeducacao na 1ª Infância (UPE) e Estomaterapia (UPE);
- Atualmente, é Coordenadora de enfermagem em neonatologia do CISAM-UPE e coordenadora assistencial do Programa de Residência Multiprofissional NEONATAL - CISAM-UPE;
- Coordenadora de curso de pós-graduação na área de UTI Neonatal e Pediátrica;
- Consultora e Educadora em Cateter Central de Inserção Periférica Neonatal;
- Idealizadora do projeto **Casulinho Neonatal**, voltado para consultoria e atendimento especializado no cuidado neonatal.

Kelly Cristina Della Rovere



- Enfermeira pós graduada em Dermatologia, Terapia Intensiva e Estética;
- Título de especialista em Enfermagem em Dermatologia pela SOBENDE;
- Membro da Comissão Permanente de Integridade Cutânea do COREN São Paulo;
- Diretora do Departamento científico da Sociedade Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE);
- Responsável pelo Departamento de Estética da SOBENDE;
- Membro da Comissão de Ética e Pesquisadora científica na AACD;
- Participação na autoria dos livros: Enfermagem em Estética: Guia para Prática (vol 1); Úlcera e Feridas: Feridas tem Alma e Precisam de mãos solidárias (vol. 2); Guia de Cuidados em Feridas (vol. 1 e 2); Guia de Sutura para Enfermeiros.

Larissa Carvalho de Castro



- Mestre em enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro-Oeste (PGENF);

- Pós-graduada em Saúde da Família pelo Programa de Residência em Enfermagem na Atenção Básica / Saúde da Família (RESENF) da Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro-Oeste;
- Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Estomaterapia (NEPET);
- ORCID:<https://orcid.org/0000-0001-8676-1350>

Laura Oliveira Silva



- Graduanda do curso de Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei;
- Campus Centro-Oeste Dona Lindu;
- Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Estomaterapia (NEPET);
- Bolsista do Programa Reabilitar de Atenção à Saúde da Pessoa com Estomias;
- ORCID: 0009-0002-9156-0718.

Marcus Valadão



- Mestre em cirurgia pela UNIFESP;

- Doutor em Oncologia pelo INCA;
- Coordenador da comissão de câncer colorretal da Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO);
- Cirurgião Oncológico do INCA.

Marta Lira Goulart



- Enfermeira Estomaterapeuta e Acupunturista, Mestre em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP.
- Responsável pelo Serviço de Reabilitação Pélvica da Clínica Convacare. Membro do grupo de pesquisa em estomaterapia da EEUSP (GPET-EEUSP). Membro pleno da
- Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) e do World Council of Enterostomal Therapists (WCET) e integra o Conselho Científico Seccional da Associação Brasileira de Estomaterapia – SOBEST-SP

Pamella Cerqueira da R. de Lucena Oliveira



- Médica pela Universidade Estácio De Sá - IDOMED - Rio de Janeiro

- Pós - Graduação em Atenção Básica e Estratégia de Saúde pela UniBF;
- Gestora de projetos da Clínica Integrada de Saúde Vascular- CISV;
- Professora com Licenciatura e Bacharelado de Educação física pela UFRJ

Raphael de Lucena Oliveira



- Cirurgião Vascular pelo Hospital Federal da Lagoa
- Cirurgião Endovascular e Angioradiologista pelo Hospital Federal da Lagoa
- Cirurgião Geral pela Universidade Federal do Rio de Janeiro
- Mestre em Medicina pela Universidade de Lisboa
- Médico pela Universidade Federal do Rio de Janeiro
- Ex Membro das comissões de curativo dos hospitais Federal da Lagoa e Hospital Federal Cardoso Fontes.
- Médico Palestrante convidado de diversos congressos e simpósios Nacionais e Internacionais de Feridas

Sílvia Angélica Jorge



- Enfermeiro Estomaterapeuta TiSOBEST
- Vice-Presidente da SOBEST - Associação Brasileira de Estomaterapia - Gestão 2024-2026;
- Graduada e Licenciada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP;
- Mestre em Enfermagem, pela Escola de Enfermagem da USP de Ribeirão Preto;
- Especialização em Estomaterapia, pela Faculdade de Enfermagem / UNICAMP.

Sônia Regina Pérez Evangelista Dantas



- Enfermeira Estomaterapeuta TiSOBEST.
- Doutora em Clínica Médica, Área de Ciências Básicas pela Universidade Estadual de Campinas- Unicamp.
- Presidente SOBEST (2021-2023 e 2024-2026).
- Membro do Comitê de Educação do World Council of Enterostomal Therapists desde 2011.
- Membro da Comissão Permanente de Integridade Cutânea do Coren SP.

Suzana Aparecida da Costa Ferreira



- Doutoranda e Mestre em Saúde do Adulto pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP);
- Especialista em Estomaterapia pelo Centro Universitário São Camilo;
- Especialista em Enfermagem Oncológica pela Fundação Antonio Prudente - AC Camargo Cancer Center;
- Especialista em Docência pela Universidade Nove de Julho;
- Membro do Grupo de Pesquisa em Estomaterapia: estomas, feridas agudas e crônicas e incontinências urinária e anal da USP - GPET;
- Membro e Assessora de Marketing da Associação Brasileira de Estomaterapia. Estomias, Feridas e Incontinências - SOBEST.

Talles Fernandes de Souza



- Graduando do curso de Medicina da Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro-Oeste;
- Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Estomaterapia (NEPET), na função de bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) e do Programa de Extensão Re-

abilitador de Atenção à Saúde da Pessoa com Estomias. Membro Fundador da Liga Acadêmica de Técnica Cirúrgica (LATEC).

- ORCID: 0000-0003-3666-5920.

Viviane de Mello Biar



- Graduada em Medicina - Universidade Gama Filho
- Pós-graduada em Geriatria - PUC/RJ
- Pós-graduada em Neuropsiquiatria Geriátrica - UFRJ

Sumário

APRESENTAÇÃO DA OBRA	21
FUNDAMENTOS GERAIS DA DOR	23
• DEFINIÇÕES E CLASSIFICAÇÃO DA DOR	24
• FISIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA DA DOR	33
• DOR NAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DA ESTOMATERAPIA	42
LEGISLAÇÃO DE ENFERMAGEM SOBRE DOR	49
• TRATAMENTO DA DOR EM FERIDAS: AUTONOMIA E AMPARO LEGAL	50
DOR E CUIDADOS EM GRUPOS ESPECÍFICOS	57
• DOR EM POPULAÇÕES VULNERÁVEIS: NEONATAL E PEDIÁTRICO	58
• DEMÊNCIA E DOR	66
• CUIDADOS PALIATIVOS	73
EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO GERENCIAMENTO DA DOR	78
• IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR	79
• TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA DOR	86
• PERSPECTIVA DO CIRURGIÃO VASCULAR	100
• PERSPECTIVAS DO CIRURGIÃO PROCTOLOGISTA E ONCOLOGISTA	109
• MÉDICO DA DOR	115
GERENCIAMENTO DA DOR EM ESTOMATERAPIA	121
• DOR EM FERIDAS	122
• DOR EM ESTOMIAS	130

•	GERENCIAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO DA DOR EM ESTOMIAS	143
•	DOR PÉLVICA	155



APRESENTAÇÃO DA OBRA

APRESENTAÇÃO DA OBRA

A dor é parte do processo de assistência de enfermagem nas áreas de atuação da estomaterapia e deve ser gerenciada, prevenida e minimizada nos cuidados de pessoas com feridas, estomias, incontinências e outras disfunções do assoalho pélvico.

Considerando a importância da interdisciplinaridade nas áreas de abrangência da especialidade, essa obra engloba um olhar ampliado para a dor nos diferentes ciclos da vida, nas populações vulneráveis, nos cuidados paliativos e nas três áreas de atuação do estomaterapeuta, contando com a participação de especialistas que colaboram com o conhecimento sobre o gerenciamento da dor em diferentes contextos, desde a prevenção, tratamento e reabilitação, até as possibilidades de intervenções farmacológicas e não farmacológicas da dor.

Essa obra nasceu da minha experiência clínica como estomaterapeuta e inquietação sobre a necessidade desse olhar ampliado para a dor. O gerenciamento da dor contribui para uma assistência qualificada e segura no processo do cuidar da enfermagem.

Agradeço a todos os colaboradores e dedico essa obra a todas as pessoas que necessitam dos nossos cuidados.

Ana Paula Moura de Lourdes

The background of the entire page is composed of large, expressive, black brushstrokes on a white background. These strokes are diagonal, running from the top-left towards the bottom-right, and have a rough, textured appearance, resembling ink or paint applied with a brush. They are concentrated in the top and bottom corners, leaving a large white rectangular area in the center where the text is located.

FUNDAMENTOS GERAIS DA DOR



DEFINIÇÕES E CLASSIFICAÇÃO DA DOR

Ana Paula Moura de Lourdes

DEFINIÇÕES E CLASSIFICAÇÃO DA DOR

DEFINIÇÕES

A dor é entendida por muitos como “castigo divino” e até um “mal necessário” e por poucos como uma resposta do corpo à uma doença que lhe aflige.

No entanto, a dor é uma experiência emocional, com sensação desagradável, associada à presença de lesão tecidual, potencial ou descrita como, ocasionando uma cascata de sinais e sintomas no indivíduo acometido.

Ao considerar a abrangência da algia, sua capacidade de instabilidade psíquica e hemodinâmica (respectivamente, emocional e sensorial), a dor foi estudada e entendida como mais um importante sintoma que acomete o indivíduo, em 1996 foi reconhecida como o 5º sinal vital, citada por James Campbell.

A presença da dor reflete de forma significativamente negativa nos parâmetros dos sinais vitais. O profissional de saúde, ao realizar a avaliação dos sinais vitais: pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura axilar, deverá acrescentar a avaliação da dor, desta maneira assegurará o indivíduo de cuidados mais amplos e certamente poder prover controle e alívio do seu sofrimento.

O departamento de cirurgia da faculdade de medicina da USP, em seu livro “5º sinal vital no controle de dor aguda, pós cirúrgica e na assistência de Enfermagem ao paciente internado”, corrobora ao descrever:

“Fisiologicamente, a dor existe por estimulação e/ou sensibilização de terminações nervosas que transmitem o impulso doloroso e, como consequência, produzem

a sensação de dor... liberando catecolaminas e hormônios, ocasionando alterações fisiológicas e comportamentais”.

Neste contexto, a prática clínica do Enfermeiro Estomaterapeuta evidencia a experiência algica dos pacientes assistidos, principalmente nas áreas de feridas e estomias.

CLASSIFICAÇÃO DA DOR

Os nociceptores (transdutores de sinais algico, seja por fator endógenos ou exógenos) quando estimulados informam ao sistema nervoso central – SNC a presença da dor. A dor por se tratar de uma experiência emocional, sensorial e subjetiva é classificada como dor aguda e crônica, ainda subclassificada como: leve, moderada ou forte, por respostas nociceptiva, somática, visceral, neuropática e nociplástica.

- **Dor Aguda:** Súbita, de curta duração (menos de 3 meses), manejo mais fácil para controle. Possui função protetora.
- **Dor Crônica:** Persiste por mais de 3 meses, sendo de difícil controle. A dor se torna uma doença em si.

Classificação por Mecanismo Fisiopatológico

- **Dor Nociceptiva:** Resulta da ativação normal dos nociceptores por uma lesão tecidual real ou potencial. É o tipo de dor mais comum e geralmente responde bem a analgésicos tradicionais. Exemplos incluem a dor de uma ferida cirúrgica, uma lesão por pressão ou uma queimadura.
- **Dor Neuropática:** Resulta de uma lesão ou doença que afeta o próprio sistema nervoso, seja ele central ou periférico. É um sintoma da disfunção ou lesão nervosa, e os pacientes frequentemente a descrevem com qualidades como queimação, choque elétrico, formigamento ou agulhadas. Os sintomas podem ser positivos (alodinia, hiperalgesia, disestesia, parestesia) ou nega-

tivos (hipoestesia, hipopalestesia, hipotermestesia). Exemplos incluem a neuropatia diabética, a dor pós-herpética ou a dor central após um AVC^[8].

- **Dor Nociplástica:** A dor que surge de uma alteração na nocicepção (sensibilização central), onde não há evidência de lesão tecidual ou nervosa para justificá-la. A fibromialgia é o exemplo clássico de dor nociplástica^[7].
 - **Somática** – Considera dor “superficial”, o paciente consegue relatar a localização com alta precisão⁽¹¹⁾.
 - **Visceral** – O paciente não consegue relatar a dor com exatidão, na presença de um cenário com múltiplas alterações simultâneas, como: Vertigem, taquicardia, bradicardia, hipotensão, náuseas, vômito ou outros sinais e sintomas. ⁽¹¹⁾

Classificação por Intensidade e Características:

- **Intensidade:** Leve, moderada ou forte.
- **Características:** A dor pode ser constante (persistente durante todo o tempo) ou intermitente (aparece e desaparece).

Ainda que a dor seja altamente subjetiva, deve ser mensurada e acreditada conforme relatada pelo paciente, considerando a experiência individual.⁽⁹⁾

Dor Total (Total Pain)

Introduzido pela enfermeira, médica e ativista social Dame Cicely Saunders (1918-2005), fundadora do movimento moderno de cuidados paliativos, o conceito de Dor Total ressalta que a dor não é apenas uma sensação física. Em 1967, ela cunhou o termo para descrever uma experiência multidimensional que abrange o sofrimento físico, emocional, social e espiritual do indivíduo^[6]. Compreender a dor total é essencial para a estomaterapia, pois direciona o cuidado para o paciente como

um todo, e não apenas para as feridas e lesões relacionadas com a especialidade, reconhecendo que a angústia, o medo e o isolamento social são tão reais quanto a dor física.

O tratamento da dor consiste em uma abordagem multiprofissional, considerando a necessidade de intervenções individualizadas e especializadas nos diferentes tipos de dor.

Segundo Ismar Lima⁽¹¹⁾, os diferentes tipos de dor podem estar associados a outros sintomas, como descritos a seguir:

- “A dor Respiratória – A algia eleva o tônus dos músculos torácicos e abdominais, comprometendo o funcionamento do diafragma, ocasionando em hipoxemia e hipercabia.
- A dor Cardiovascular – Envolve a liberação de neuro-hormônios adrenérgico e elevação da pressão arterial, aumento de débito cardíaco e taquicardia, sendo fatores determinantes pelo consumo de oxigênio maior que necessário, acrescido de estase venosa, agregação plaquetária e maior disposição a trombose venosa profunda.
- A dor Gastrointestinal – Outro fator preocupante por prevalência no retardo do esvaziamento gastrointestinal, podendo apresentar ílio paralítico, acarretando náuseas, vômitos e até sepse.
- A dor Urinária – A dor pode ocasionar hipomotilidade da uretra a bexiga.
- A dor Metabólica – A algia pode ocasionar alterações hormonais, com retenção de sódio e água, elevação da glicemia, corpos cetônicos e aumento no consumo de oxigênio, entre outro.
- A dor do Psicológico – A presença da dor conduz ao medo, exacerbando a ansiedade.”¹¹.

TIPO DE DOR	DEFINIÇÃO
LEVE GRAU 1	Relatada como incômodo suportável, e sobe verificação na escala analógica numérica (EAN) com intensidade de 1 á 2.
MODERADA GRAU 2	Sua intensidade oscila entre 3 e 6, limitando o paciente, evidenciado por sinais de: alteração na expressão facial e nos sinais vitais.
FORTE GRAU 3	Descrita com intensidade de 7 á 10 na EAN, limitando quase que por completo este indivíduo
INTENSA GRAU 4	Há literaturas que descrevem como intensidade relatada como 10 na EAN, limitando o indivíduo por completo. Uma analogia a pior dor que já vivenciada.

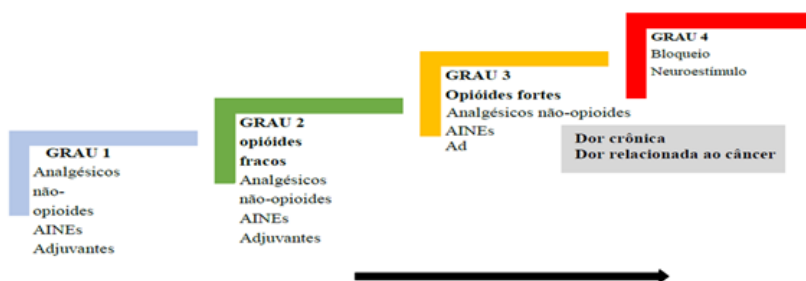
ESCALAS

As escalas para mensuração da intensidade algica são descritas como: Escala analógica numérica, escala analógica de faces e escala analógica de cor, abrangendo uma compreensão independente da condição atual do indivíduo, como por exemplo: verbalizando a intensidade, ao observar a expressão facial e ao apontar a cor que refere a dor sentida.



Escala visual / face analógica - Escala analógica de cor - Escala analógica numérica

Para o controle e alívio da dor, pode-se realizar com intervenções farmacológicas e não farmacológicas, a Organização Mundial de Saúde – OMS descreve a “escala analgésica”:



https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Ffigure%2Ffigura-1-Escala-analgésica-segundo-a-OMS_fig1_367110349&psig=AOvVaw2aGASv6BMvbBCAjKPtqMIG&ust=1755569562843000&source=images&cd=vfe&opi=89978449&ved=0CBgQjhxqFwoTCMjrtLekk48DFQAAAAAdAAAAABAE

As intervenções não farmacológicas devem ser realizadas pela equipe multiprofissional (enfermagem, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional e outros), enquanto as intervenções farmacológicas são de

responsabilidade da equipe médica. O Médico da Dor é o especialista crucial para condução da dor aguda ou crônica, estando presente nos centros cirúrgico, ambulatorial e em consultório exclusivo para o tratamento da algia, o que evidencia a importância e crescimento da especialidade.

A analgesia preemptiva tem a premissa de controlar a dor antes que ela aconteça. Um exemplo clássico é o cenário pré-operatório: antes que o estímulo algico aconteça, o sistema nervoso central (SNC) é sensibilizado por analgésicos que irão conduzir a informação analgésica precedendo a lesão tecidual. ⁽⁹⁾.

Ainda que intervenções não-farmacológicas e farmacológicas sejam cruciais, precisamos considerar a analgesia preemptiva. Esta, dá-se pela prevenção da algia e é importante para o planejamento terapêutico que compreende em orientação, educação e esclarecimento de dúvidas sobre o método escolhido para o tratamento da dor⁽⁹⁾.

Considerações

A enfermagem é responsável por realizar diagnósticos de enfermagem e tratar respostas humanas no que tange a saúde potencial ou real, é a união entre a ciência, a arte, questões físicas e psicológicas⁽¹²⁾.

O processo de enfermagem é essencial para a investigação, coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação integral do paciente e fornece diretrizes para condução dos cuidados. O processo de enfermagem permite o julgamento clínico, o raciocínio e o diagnóstico por meio dos sinais e sintomas⁽¹²⁾. A dor, por se tratar de uma experiência emocional ou lesão tecidual, exige que o profissional de enfermagem amplie o seu olhar para o reconhecimento da algia por meio do processo de enfermagem, com a finalidade de classificar e gerenciar a dor, refletindo nas necessidades do paciente⁽¹²⁾.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Depressão Mascarada e Dor* Dirce Maria Navas Perissinotti - Texto preparado para o 12º CONGRESSO DE CIRURGIA ESPINHAL realizado de 15 a 17 de março de 2012 Maksoud Plaza Hotel – São Paulo, SP – Fonte: SBED.
2. Avaliação do 5º Sinal Vital / Dor na sala de recuperação pós-anestésica: Informações Básicas, Ana Paula Moura de Lourdes, 1ª edição, 2016.
3. Avaliação do 5º Sinal Vital / Dor na sala de recuperação pós-anestésica: Informações Básicas, Ana Paula Moura de Lourdes, 2ª edição, 2025.
4. Resposta aos comentários sobre: “Avaliação da dor neuropática em feridas de membros inferiores usando diferentes instrumentos de avaliação: um estudo transversal”, Lubna Sabah, Finn Borgbjerg Moltke, Christine J. Moffatt, Simão Francisco Thomsen Primeira publicação: 27 de julho de 2025, <https://doi.org/10.1111/papr.70067>. The Faces Pain Scale – Revised (FPS-R) is a self-report measure of pain intensity developed for children. <https://www.iasp-pain.org/resources/faces-pain-scale-revised/>
5. Associação Internacional para o Estudo da Dor – IASP
6. Clark D, Saunders C. The management of pain. In: Saunders C, ed. The Management of Terminal Disease. 2nd ed. London, UK: Edward Arnold; 1984:64-88.
7. Kosek E, Clauw D, Nijs J, et al. Chronic nociplastic pain: a mechanism-based definition for use in scientific and clinical settings. *Eur J Pain*. 2021;25(5):1018-1025. doi:10.1002/ejp.1770.
8. Finnerup NB, Jensen TS. Mechanism-based classification of neuropathic pain. *Pain*. 2012;153(1):31-33. doi:10.1016/j.pain.2011.09.020.

9. Dor – 5º Sinal Vital no controle da Dor Aguda Pós-Operatória e na assistência de Enfermagem ao Paciente Internado, Departamento de Cirurgia da Faculdade de medicina da USP e Divisão de Enfermagem do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.
10. Escada Analgésica da OMS, Aabha A. Anekar ; Joseph Maxwell Hendrix ; Marco Cascella. Direitos autorais © 2025, StatPearls Publishing LLC. Estante de livros do NCBI. Um serviço da Biblioteca Nacional de Medicina dos Institutos Nacionais de Saúde.
11. Dor/ Ismar Lima Cavalcanti e Maria Luiza Maddalena; Editores. Rio de Janeiro: Sociedade de Anestesia do Estado do Rio de Janeiro, 2003.
12. Diagnóstico de enfermagem: intervenções, prioridade, fundamentos/ Marilyn E. Doenges, Mary Frances Moorhouse, Alice C. Murr: revisão técnica Sônia Regina de Souza: (tradução Carlos Henrique Cosendey). Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2012.



FISIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA DA DOR

Felipe Gustavo Braga Castro

FISIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA DA DOR

Para a estomaterapia, a compreensão da dor vai além do simples alívio; ela é um pilar fundamental para o sucesso do tratamento, a escolha de curativos adequados e, sobretudo, para a humanização do cuidado. Neste capítulo, exploraremos a complexa jornada da dor, desde o estímulo inicial na pele até a percepção no cérebro, e como essa via pode ser alterada.

Fisiologia da Dor: O Sistema de Alarme Corporal

A dor, em sua forma mais básica, é um mecanismo de defesa. O processo de nocicepção é a série de eventos fisiológicos que permite ao corpo detectar e alertar o cérebro sobre um perigo. Esse processo se desenrola em quatro etapas fundamentais⁽¹⁾:

- 1. Transdução (O Evento Inicial):** É a conversão de um estímulo nocivo (mecânico, térmico ou químico) em um impulso elétrico. Isso ocorre em terminações nervosas especializadas chamadas **nociceptores**, localizadas na pele, músculos e vísceras. Quando um tecido é lesionado, as células danificadas e as células inflamatórias liberam uma série de substâncias químicas que ativam esses nociceptores. Entre esses mediadores químicos estão a **bradicinina**, a **histamina** e as **prostaglandinas**. Além disso, os próprios nervos nociceptivos podem liberar neuropeptídeos como a **substância P** e o **peptídeo relacionado ao gene da calcitonina (CGRP)**, que intensificam a resposta inflamatória na área da lesão⁽²⁾.
- 2. Transmissão (O Caminho da Dor e o Arco Reflexo):** O impulso elétrico viaja por fibras nervosas específicas (aférentes primárias) até o **cornio dorsal da medula espinhal**, onde faz sinapse. As fibras **A-delta** são mielinizadas e rápidas, transmitindo a dor “agu-

da” e bem localizada, pontual, tipo picada ou corte. As fibras **C**, não mielinizadas, são mais lentas e transmitem a dor “lenta” ou tardia, difusa, com sensação de queimação, ardor ou latejamento. Do corno dorsal da medula, o estímulo doloroso é conduzido por vias ascendentes, como o **trato espinotalâmico**, que o leva até o cérebro⁽³⁾.

É nesse ponto que o **arco reflexo** demonstra a importância evolutiva da dor. Antes mesmo que o cérebro perceba o estímulo doloroso, o impulso, ao chegar no corno dorsal da medula espinhal, pode ativar um neurônio motor. Isso resulta em uma resposta motora rápida e involuntária, como o ato de afastar a mão de uma superfície quente. Essa resposta é praticamente instantânea porque as fibras motoras são mais grossas e mielinizadas, conduzindo o impulso muito mais rapidamente do que as fibras finas e lentas que levam a informação da dor ao cérebro. Esse mecanismo, evolutivamente, garante a nossa sobrevivência ao nos proteger de danos maiores.

3. Modulação (O Portão da Dor e as Vias Descendentes): O corno dorsal da medula espinhal não é apenas uma “ponte” para o estímulo doloroso; é um centro de controle. A **Teoria do Portão (Gate Control Theory)**, de Melzack e Wall (1965), explica como o estímulo da dor pode ser atenuado. Essa teoria sugere que a estimulação de fibras nervosas de tato e pressão (**fibras A-beta**) pode “fechar o portão” na medula, inibindo a passagem do estímulo de dor. Embora as fibras A-beta sejam responsáveis por sensações de toque e pressão em condições normais, elas também podem veicular informações nociceptivas após uma lesão tecidual ou em quadros de sensibilização central, contribuindo para fenômenos como a **alodinia**^(4, 11).

O cérebro também possui um sistema poderoso de controle da dor: as **vias descendentes inibitórias**. Esses neurônios, localizados no tronco cerebral, enviam impulsos para o corno dorsal da medula es-

pinhal para atenuar o estímulo da dor. Eles liberam neurotransmissores como **serotonina** e **noradrenalina**, que atuam como analgésicos endógenos. Essa via é crucial para entender a dor crônica, pois sua disfunção pode contribuir para a persistência da dor. Além disso, o próprio corpo produz substâncias analgésicas naturais, os **opioides endógenos** (como as endorfinas e encefalinas) e os **endocanabinoides**, que atuam em receptores específicos, promovendo a analgesia e regulando a percepção da dor⁽⁵⁾.

4. **Percepção (A Consciência da Dor):** O estímulo doloroso chega ao tálamo e é projetado para diversas áreas cerebrais. A dor é percebida no córtex somatossensorial (onde é localizada), no sistema límbico (responsável pelo componente emocional) e no córtex préfrontal (envolvido na cognição). É na percepção que a dor se torna uma experiência subjetiva e consciente⁽¹⁾.

Fisiopatologia da Dor e a Plasticidade Neuronal: Quando o Alar-me se Torna Crônico

A dor crônica não é apenas a persistência da dor aguda; ela é uma doença em si, impulsionada por profundas alterações no sistema nervoso, um processo conhecido como **plasticidade neuronal**. A fisiopatologia da dor crônica se manifesta tanto na periferia quanto no sistema nervoso central.

- **Sensibilização Periférica:** Inicia-se na área da lesão. Mediadores inflamatórios, como os citados anteriormente, diminuem o limiar de ativação dos nociceptores, fazendo com que estímulos leves sejam suficientes para desencadear um impulso doloroso. Essa sensibilização é a resposta do sistema nervoso periférico ao dano tecidual, mas se o processo inflamatório se perpetua, essa hiperexcitabilidade se mantém.
- **Sensibilização Central:** É o mecanismo mais crítico na transição

da dor aguda para a dor crônica. Se os nociceptores periféricos continuam a enviar estímulos intensos e persistentes para a medula espinhal, os neurônios do **cornu dorsal** sofrem modificações significativas. Ocorre um aumento da excitabilidade neuronal (potenciação de longa duração) e uma diminuição na sua capacidade de inibição. Isso faz com que os neurônios “disparem” com mais facilidade e por mais tempo.

- **Ativação de Células da Glia:** Além dos neurônios, as células da glia (astrócitos, micróglia, oligodendrócitos) desempenham um papel crucial no Sistema Nervoso Central. Elas são células de suporte que **não transmitem impulsos elétricos** como os neurônios, mas são vitais para a homeostase neuronal e a resposta imune no sistema nervoso. Em quadros de dor persistente, essas células se ativam (um processo chamado neuroinflamação), liberando substâncias pró-inflamatórias que podem exacerbar a sensibilização central e manter o estado de dor crônica⁽¹²⁾.
- **Reorganização Cortical:** A plasticidade não se limita à medula. No cérebro, a representação da área dolorosa no córtex somatossensorial pode se expandir, ou o “mapa” neural da parte afetada do corpo pode se tornar distorcido. Isso pode explicar por que, mesmo após a cicatrização da lesão, o cérebro continua “processando” a dor.
- **O Papel do Sistema Nervoso Simpático na Dor:** A disfunção do sistema nervoso simpático é uma característica importante de várias síndromes de dor crônica, atuando na perpetuação e amplificação da dor. Em condições normais, o sistema simpático e o sistema nervoso periférico atuam praticamente de forma independente. No entanto, em estados de lesão tecidual ou sensibilização, ocorre uma “conexão” patológica, onde as fibras nervosas simpáticas passam a ativar nociceptores aferentes⁽¹⁴⁾.

- **Na Dor Neuropática:** A hiperatividade simpática pode ser vista em dores neuropáticas, como a **neuralgia pós-herpética**. Acredita-se que o surgimento de neuropáticas, como a neuralgia pós-herpética. Acredita-se que o surgimento de axônios simpáticos adrenérgicos no gânglio da raiz dorsal cria uma conexão anormal, ativando as fibras sensitivas e causando dor. Neste caso, o uso de **bloqueios da cadeia simpática torácica** em pacientes com neuralgia pós-herpética demonstra a eficácia em interromper essa via e aliviar a dor^(14, 15).

- **Na Dor Visceral:** As fibras aferentes viscerais (sensitivas) levam as informações de dor das vísceras para a medula espinhal, em sua maioria acompanhando o trajeto das fibras simpáticas. Por esse motivo, Intervenções que visam modular essa atividade simpática, como os bloqueios da cadeia simpática, são por vezes utilizadas para o controle algico em síndromes de dor visceral de difícil controle⁽¹⁶⁾. Por exemplo, em casos de dor relacionada ao câncer de pâncreas, é possível realizar, um procedimento com alvo nos nervos esplâncnicos ou no plexo celíaco, que são plexos nervosos simpáticos a esta víscera. Além disso, ainda existe mais uma confusão ao se interpretar a dor visceral, que é a dor referida. Isso acontece porque ao chegarem no SNC estas fibras convergem para as mesmas áreas e neurônios que recebem informações somáticas (da pele ou músculos). Com isso, o cérebro interpreta informações viscerais como vindas da pele ou músculo. A pancreatite, por exemplo, além de apresentar dor abdominal, pode se manifestar somente como uma dorsalgia (“dor em barra”); o infarto agudo do miocárdio pode ser sentido como uma dor no membro superior esquerdo, cervical e na mandíbula.

- **Na Dor Nociplástica:** Em condições como a **fibromialgia**, que é um exemplo clássico de dor nociplástica, a hipere-

xcitabilidade central e a sensibilização são mantidas por uma variedade de mecanismos, incluindo a disfunção autonômica. A ativação simpática aumentada, associada a estados de estresse ou ansiedade, pode contribuir para a piora da dor, demonstrando a interconexão entre o estado emocional e a modulação da dor através das vias simpáticas⁽¹⁷⁾.

- **Sintomas da Dor Neuropática:** A dor neuropática é um dos resultados diretos da plasticidade neuronal e da disfunção do sistema nervoso. Ela se manifesta através de uma variedade de sintomas, que podem ser classificados como:

- **Sintomas Positivos:** Sensações anormais que surgem devido à hiperexcitabilidade das vias nervosas. Incluem a **alodinia** (percepção de dor a um estímulo que normalmente não causaria dor, como o toque de uma gaze), **hiperalgesia** (resposta dolorosa exagerada a um estímulo normalmente doloroso), **disestesia** (sensação anormal desagradável, espontânea ou provocada, frequentemente descrita como queimação ou choque elétrico), e **parestesia** (sensação anormal não desagradável, como formigamento ou agulhadas).

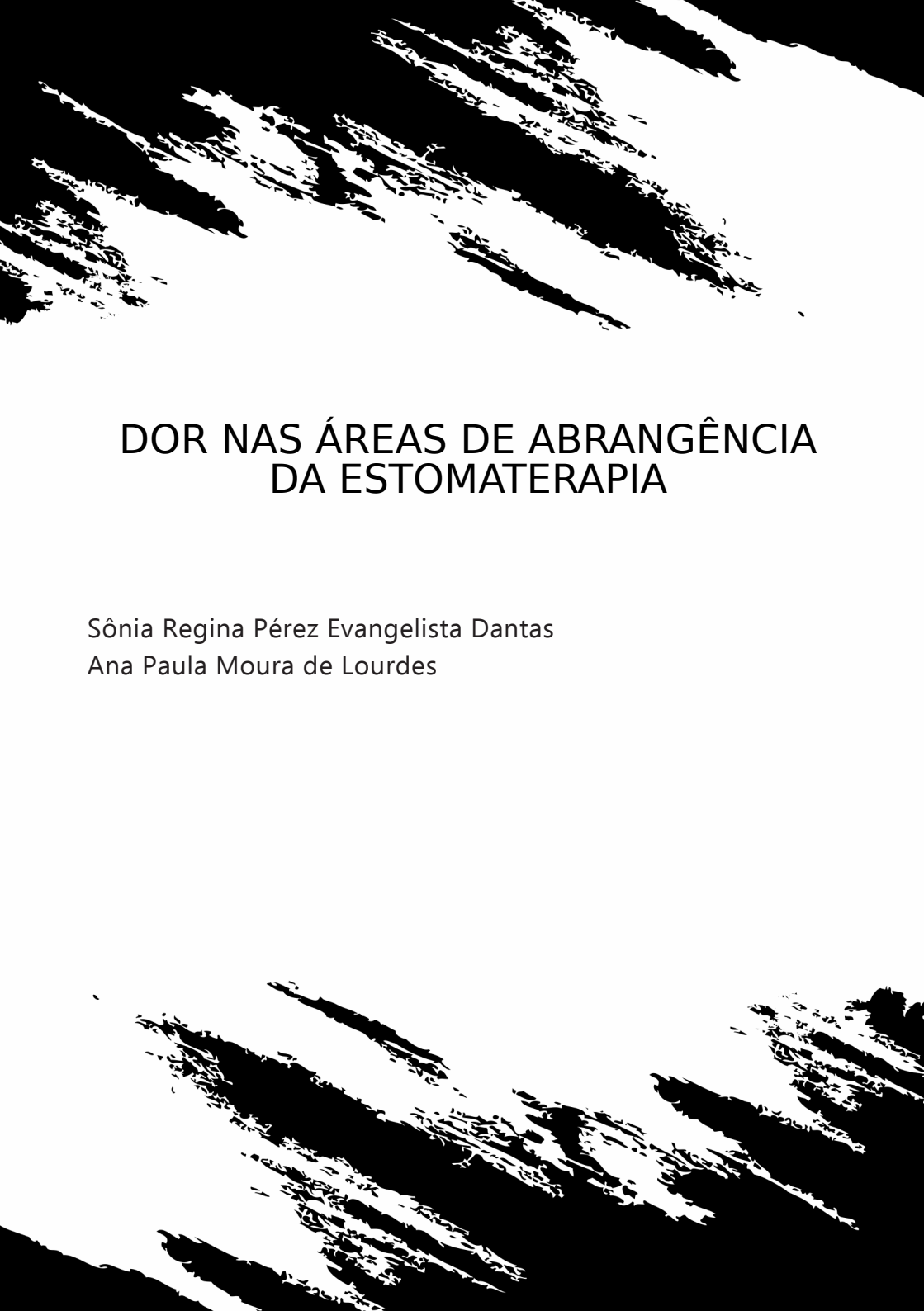
- **Sintomas Negativos:** Redução ou ausência de sensibilidade. Incluem **hipoestesia** (diminuição da sensibilidade a estímulos em geral, como tato, pressão, temperatura e dor), **hipopalestesia** (diminuição da sensibilidade vibratória), **hipo-termostesia** (diminuição da sensibilidade à temperatura) e, em casos mais graves, **anestesia dolorosa** (ocorrência de dor em uma área que está completamente insensível).

Esses mecanismos fisiopatológicos complexos são a razão pela qual a dor crônica requer uma abordagem terapêutica mais abrangente, muitas vezes combinando tratamentos farmacológicos e não farmacológicos que visam reverter (ou atenuar) a plasticidade neuronal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Basbaum AI, Bautista DM, Julius D, et al. Pain. Cell. 2009;139(2):267-284. doi:10.1016/j.cell.2009.09.011.
2. Treede RD. The role of different nociceptive pathways in pain and hyperalgesia. Handb Clin Neurol.2011;100:159-174. doi:10.1016/B978-0-444-52136-1.00010-0.
3. Dickenson AH. A cure for chronic pain: just a question of blocking the spinothalamic tract? Pain. 1995;61(1):151-152. doi:10.1016/0304-3959(94)00241-I.
4. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. Science. 1965;150(3699):971-979. doi:10.1126/science.150.3699.971.
5. Fields HL. State-dependent opioid control of pain. Pain. 1999;6(2):467-474. doi:10.1016/S0304-3959(99)00021-8.
6. Woolf CJ. Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain. Pain. 2011;152(3 Suppl):S2-S15. doi:10.1016/j.pain.2010.09.030.
7. Raja SN, Carr DB, Cohen M, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain. 2020;161(9):1976-1982. doi:10.1097/j.pain.0000000000001939.
8. Treede RD, Rief W, Barke A, et al. A consensus classification of pain: from symptoms to syndromes and diseases. Pain. 2015;156(6):1003-1007. doi:10.1097/j.pain.000000000000160.
9. Finnerup NB, Jensen TS. Mechanism-based classification of neuropathic pain. Pain. 2012;153(1):31-33. doi:10.1016/j.pain.2011.09.020.
10. Kosek E, Clauw D, Nijs J, et al. Chronic nociplastic pain: a mechanism-based definition for use in scientific and clinical settings. Eur J Pain. 2021;25(5):1018-1025. doi:10.1002/ejp.1770.

11. Posso IP, et al. Fisiologia da Dor. In: Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED). Tratado de Dor da SBED: Fisiologia e Semiologia da Dor. Vol. 1. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017:157.
12. Milligan ED, Watkins LR. Pathological and protective roles of glia in chronic pain. *Nat Rev Neurosci*.2009;10(1):23-36. doi:10.1038/nrn2533.
13. Clark D, Saunders C. The management of pain. In: Saunders C, ed. *The Management of Terminal Disease*. 2nd ed. London, UK: Edward Arnold; 1984:64-88.
14. Finnerup NB, Jensen TS. Mechanism-based classification of neuropathic pain. *Pain*. 2012;153(1):31-33. doi:10.1016/j.pain.2011.09.020.
15. Raja SN, et al. Post-herpetic neuralgia. *Rev Bras Anesthesiol*. 2010;60(1):63-71.
16. Sanarmed. Entendendo a dor. Sanar. 2021.
17. Kosek E, Clauw D, Nijs J, et al. Chronic nociplastic pain: a mechanism-based definition for use in scientific and clinical settings. *Eur J Pain*. 2021;25(5):1018-1025. doi:10.1002/ejp.1770.



DOR NAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DA ESTOMATERAPIA

Sônia Regina Pérez Evangelista Dantas
Ana Paula Moura de Lourdes

DOR NAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DA ESTOMATERAPIA

A Estomaterapia é uma especialidade mundialmente reconhecida como exclusiva do enfermeiro(a), que abrange o cuidado de pessoas com estomias de eliminação, respiratórias e de alimentação; feridas agudas, crônicas, complexas e de difícil cicatrização; incontinências anal, urinária e outras disfunções do assoalho pélvico; e cuidados com fístulas, drenos e cateteres. A dor é uma realidade associada a vários procedimentos realizados durante os cuidados nas áreas de abrangência da estomaterapia e estão relacionadas a própria doença, complicações ou eventos adversos durante o tratamento. É um evento muitas vezes negligenciado na prática clínica e que pode ser evitado ou minimizado em diversos momentos do cuidado^(1,5,7,9).

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define que a dor está relacionada a uma "experiência sensitiva e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial"⁽⁸⁾. Nas áreas de atuação da estomaterapia, especialmente no cuidado de pessoas com feridas em suas diferentes modalidades, é essencial a distinção da dor nociceptiva ou neuropática, com associação ou não da dor psicogênica, associada a memórias de dor, ansiedade, estresse, medo ou receio do procedimento doloroso^(5,7,9).

Na classificação das diferentes etiologias de feridas e lesões da pele (Quadro1), as feridas agudas (cirúrgicas ou traumáticas) e as não traumáticas, dependendo da gravidade, condutas terapêuticas e complicações ou eventos adversos associados, podem se tornar feridas crônicas ou complexas de difícil cicatrização. A dor aguda é de curta duração (no momento da lesão e com duração de dias ou semanas) e está associada a lesões ocasionadas por agentes externos como incisão cirúrgica, lesões traumáticas, lesões por umidade, forças mecânicas

ou queimaduras. As síndromes dolorosas crônicas estão associadas às doenças de base como fator causal ou a complicações da ferida e podem permanecer por meses ou anos. É importante ressaltar que as dores agudas podem se tornar crônicas^(2,3,4,6).

Quadro 1. Classificação das lesões e úlceras por agente causador e tipo de ferida ou lesão

Agente Causador	Tipo de Ferida/Lesão
Trauma / Cirurgia	Incisão cirúrgica; Traumas com solução de continuidade
Umidade	Dermatite associada à incontinência (DAI); Intertrigo; Dermatite peri-ferida; Dermatite peri-estomia
Forças mecânicas (pressão, cisalhamento e/ou fricção)	Lesão por pressão; Lesão por dispositivos; Lesão por adesivos; Lesão por fricção
Queimaduras	Térmica; Radiação; Química; Compostos orgânicos (derivados de petróleo e fenol); Elétrica
Doenças vasculares	Úlcera venosa; Úlcera arterial; Úlcera mista; Úlcera linfática
Doenças neurotróficas	Úlcera por hanseníase; Úlcera por diabetes; Úlcera por etilismo
Doenças atípicas	Úlcera de Martorell; Úlceras por artrite reumatóide; Por anemia falciforme; Por lúpus eritematoso sistêmico; Por esclerodermia e doenças dos tecidos conectivos; Pioderma gangrenoso; Vasculite associada a ANCA (Anticorpo Anti-Citoplasma de Neutrófilos); Por tromboangeíte obliterante; Úlcera por calcifilaxia

A dor é um desafio na prática clínica de cuidados com pessoas com feridas, tanto para os clientes quanto para os profissionais, especialmente nos casos em que há necessidade de limpeza e desbridamento terapêutico, na remoção da cobertura, edema e necessidade da terapia compressiva e estímulo à mobilidade em diferentes situações. As dermatites peri-feridas são eventos preveníveis com o conhecimento e utilização de práticas baseadas em evidências por etiologia e o uso correto das tecnologias^(2,6).

Nas áreas de cuidados de pessoas com estomias, fístulas, drenos

e incontinências, as lesões por umidade, especialmente a dermatite associada a incontinência e as dermatites peri-estomias são eventos adversos preveníveis e que devem ser gerenciados por meio de avaliação e gestão de risco. É recomendado a construção de protocolos, realização de auditorias e construção de indicadores específicos para cada um dos tipos de evento adverso para tomada de decisões^(11,12,13).

Os demais tipos de lesão por forças mecânicas (lesão por pressão, dispositivos, adesivos ou fricção) e o intertrigo por umidade, são lesões de risco para todas as pessoas vulneráveis e causam dor. A avaliação dos parâmetros de dor é essencial tanto para o diagnóstico etiológico de problemas de saúde, quanto para o diagnóstico de complicações, auxiliando para condutas terapêuticas precoces⁽¹⁰⁻¹³⁾.

A infecção da ferida ou de qualquer outra lesão é definida como sinais e sintomas de inflamação causada pela invasão de microrganismos nos tecidos e é um fator associado ao aparecimento ou aumento da dor. Avaliação da dor (localização, duração, intensidade e descrição), estratégias preventivas e de tratamento devem ser parte do processo de enfermagem^(3,5).

Todas as áreas de cuidados de pessoas em estomaterapia estão associadas direta ou indiretamente com a dor. A avaliação da dor deve considerar o tipo de dor e os fatores relacionados, e o enfermeiro deve ter conhecimento e habilidade para prever e minimizar as situações que causam dor. O gerenciamento deve ser multidisciplinar e o enfermeiro deve ter conhecimento e habilidade para utilizar as tecnologias disponíveis para a prevenção ou tratamento de pessoas com feridas, estomias ou incontinências, com o objetivo minimizar o risco de lesões e consequentemente de dor^(10,11).

Outro fator essencial é a participação e orientações ao paciente ou responsáveis pelos cuidados, fazendo com que compreendam o significado da dor e suas possíveis causas e fazê-los protagonistas dos cuidados necessários para preveni-la ou minimizá-la.

Considerações finais

O enfermeiro(a) é o profissional mais próximo para receber as queixas algícas dos pacientes e deve estar atento às necessidades de avaliação e condutas referentes às necessidades do manejo farmacológico e não farmacológico da dor. Nas áreas de referência da estomaterapia, especialmente em situações de dor crônica associada a doença de base, por exemplo na insuficiência venosa crônica, é essencial que o paciente compreenda que a terapia compressiva é o padrão ouro e obrigatório tanto para o tratamento como para minimizar a dor relacionada ao edema. O uso das tecnologias também requer um processo educativo como o uso correto das coberturas para feridas e lesões, remoção de adesivos, adequação, recorte e uso de dos equipamentos coletores para estomias e todas as demais medidas com evidências para prevenção de eventos adversos associados aos riscos. Outras medidas como a socialização, exercícios, relaxamento e as práticas integrativas e complementares de saúde são estratégias que devem ser utilizadas para o alívio da dor com um olhar ampliado e integral para as necessidades dos pacientes.

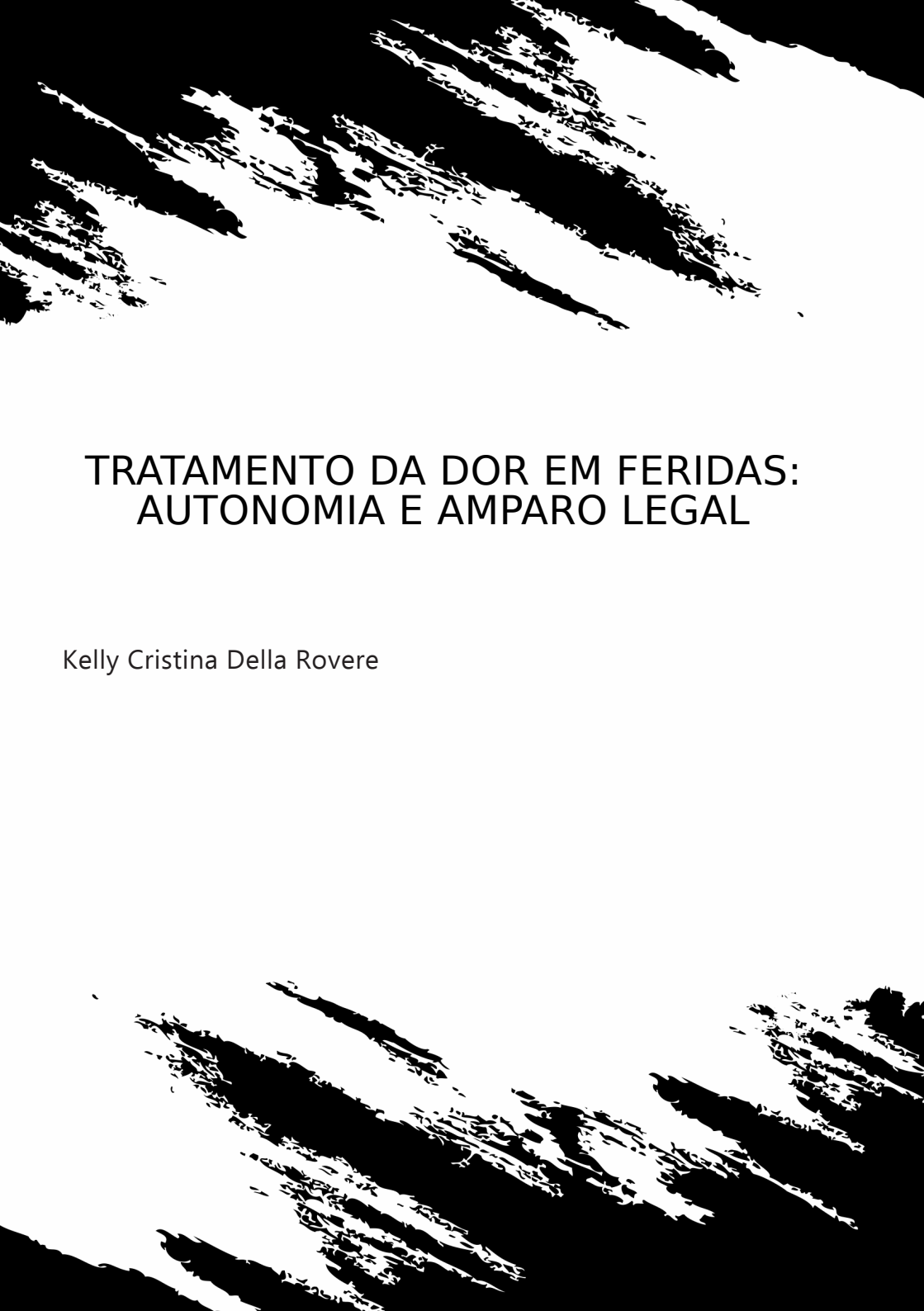
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bechert K, Abraham SE. Pain management and wound care. *J Am Coll Certif Wound Spec.* 2009;1(2):65-71.
2. European Wound Management Association (EWMA). Position document: pain at wound dressing changes. London: MEP Ltd; 2002 [cited 2025 Aug 25]. Available from: <https://www.ewma.org>
3. Frescos N. What causes wound pain? *J Foot Ankle Res.* 2011;4(Suppl 1):P22. doi:10.1186/1757-1146-4-S1-P22.
4. Lee K, Lee S, Kim J. Wound pain management: the present and the future. *J Wound Manag Res.* 2024 Oct;20(3):199-211. doi:10.22467/jwmr.2024.03153.
5. Mudge E, Orsted H. Wound infection & pain management. *Wounds Int* [Internet]. 2010 May;1(3). Available from: <http://www.woundsinternational.com>
6. Oliveira PFT, Tatagiba BSF, Martins MA, Tipple AFV, Pereira LV. Avaliação da dor durante a troca de curativo de úlceras de perna. *Texto Contexto Enferm.* 2012 Oct-Dec;21(4):862-9.
7. Probst S, Apelqvist J, Bjarnsholt T, Lipsky BA, Ousey K, Peters EJG. Antimicrobials and non-healing wounds: an update. *J Wound Manag.* 2022;23(3 Suppl 1):S1-S33. doi:10.35279/jowm2022.23.03.sup01.
8. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain.* 2020;23. doi:10.1097/j.pain.0000000000001939.
9. Reddy M, Kohr R, Queen D, Keast D, Sibbald G. Practical treatment of wound pain and trauma: a patient-centred approach. *Ostomy Wound Manage.* 2003;49(4A Suppl):2-15.

10. Silva IFJ. Tratamento da dor em feridas crónicas: revisão sistemática de literatura [dissertação]. Lisboa: Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal; 2012.
11. Siqueira JTT, Henriques AA, Kraychete DC. 100 perguntas-chave em dor. São Paulo: Permanyer Brasil Publicações; 2014. 76 p. Sociedade Brasileira para Estudo da Dor.
12. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Best practice: minimizing pain at wound dressing changes. Summary of the proceedings of a meeting of key opinion leaders; 2003 Sep 23–24; Amsterdam, Netherlands.
13. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Principles of best practice: minimizing pain at wound dressing-related procedures. A consensus document. London: MEP Ltd; 2004.



LEGISLAÇÃO DE ENFERMAGEM SOBRE DOR



TRATAMENTO DA DOR EM FERIDAS: AUTONOMIA E AMPARO LEGAL

Kelly Cristina Della Rovere

TRATAMENTO DA DOR EM FERIDAS: AUTONOMIA E AMPARO LEGAL

Introdução

A dor é um componente frequentemente negligenciado no tratamento de feridas, podendo dificultar a manutenção dos curativos⁽¹⁾. Quando mal manejada, compromete a adesão ao tratamento, interfere no bem estar da pessoa e retarda a regeneração tecidual, comprometendo a eficácia do cuidado.

Nesse cenário, o enfermeiro assume um papel central no gerenciamento da dor, especialmente nos cuidados de pessoas com feridas, devendo aplicar intervenções baseadas em uma abordagem holística, cientificamente fundamentada e legalmente respaldada.

Autonomia do Enfermeiro no Manejo da Dor

A Lei nº 7.498/1986⁽²⁾, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem, garante ao enfermeiro a autonomia para prescrever a assistência por meio do Processo de Enfermagem, o que inclui a aplicação de medidas não farmacológicas para o controle da dor. Tais medidas podem envolver técnicas como crioterapia, compressas, entre outras.

Contudo, no contexto do tratamento de feridas, especialmente em procedimentos mais complexos, essas medidas nem sempre são suficientes, pois o limiar de dor e a resposta ao tratamento variam significativamente entre os indivíduos, tornando muitas vezes necessário o uso de estratégias complementares e personalizadas para um manejo mais eficaz da dor.

Prescrição de Medicamentos: Respaldo Legal

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Resolução nº 567/2018⁽³⁾ assegura ao enfermeiro a prescrição de medicamentos e coberturas voltadas à prevenção e ao tratamento de feridas, desde que sua prática esteja amparada por protocolos institucionais e programas de saúde pública.

Entretanto, o enfermeiro também atua como profissional liberal, em clínicas e consultórios. Neste contexto, o Parecer COFEN nº 232/2022⁽⁴⁾ reconhece sua competência para prescrição ou indicação de formulações manipuladas de uso tópico no tratamento de lesões de pele. Um exemplo é o uso do extrato de camomila, que tem demonstrado eficácia no alívio da dor em alguns casos de eritemas cutâneos.

Farmácias de manipulação estão autorizadas a produzir fitoterápicos, desde que suas fórmulas estejam listadas em compêndios oficiais, como a Farmacopeia Brasileira e o Formulário de Fitoterápicos.

Uso de Anestésicos Locais pelo Enfermeiro

Embora a administração de anestésicos injetáveis não constitua uma prática rotineira no âmbito da enfermagem no manejo de feridas, o COFEN tem emitido pareceres técnicos que reconhecem e regulamentam essa atividade quando realizada por enfermeiros devidamente capacitados e em situações específicas, desde que respaldada por protocolos institucionais.

Um exemplo é o Parecer Técnico nº 016/2017/CTLN/COFEN⁽⁵⁾, que autoriza o uso de lidocaína sem vasoconstritor durante a realização de curativos em pacientes acometidos por Leishmaniose Tegumentar, ampliando as possibilidades terapêuticas para o controle da dor nesses procedimentos. Essa orientação foi reiterada pelo Parecer de Câmara Técnica nº 056/2020/COFEN/CTAS⁽⁶⁾, reforçando sua aplicabilidade.

Outro documento relevante é o Parecer Técnico nº 032/2018/CTLN/COFEN⁽⁷⁾, que reconhece a competência do enfermeiro para administrar anestésicos locais em feridas decorrentes de acidentes com animais peçonhentos, desde que a prática esteja prevista em protocolo institucional validado pela instituição de saúde.

Mais recentemente, o Parecer Técnico nº 094/2021/CTLN/COFEN⁽⁸⁾ regulamentou a administração de anestesia local injetável por enfermeiros especialistas nas áreas de estomaterapia, dermatologia e podiatria, em procedimento de espiculectomia, também condicionada à existência de protocolo institucional.

Práticas Integrativas e Complementares (PICs)

Nos últimos anos, as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) têm sido incorporadas de forma crescente na enfermagem como estratégias eficazes de alívio da dor e promoção da saúde.

A Resolução COFEN nº 739/2024⁽⁹⁾ reconhece as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) como especialidade da enfermagem, fundamentada em um cuidado humanizado que estimula os mecanismos naturais de cura. Muitas dessas práticas, como aromaterapia, fitoterapia, homeopatia, massoterapia, auriculoterapia, reflexologia, imposição das mãos, terapia floral, cromoterapia, meditação e yoga têm se mostrado eficazes no alívio da dor, especialmente em casos de feridas. Elas promovem um cuidado personalizado, menos invasivo e mais centrado no paciente, contribuindo para o bem-estar físico, emocional e espiritual. Essa regulamentação está alinhada com os princípios do cuidado humanizado, enfatizando a importância de práticas que respeitam a integridade do ser humano e estimulam seus mecanismos naturais de cura.

A Terapia Neural, reconhecida pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) por meio do Parecer Técnico nº 053/2021/CTLN/DGEP/COFEN⁽¹⁰⁾, constitui uma abordagem terapêutica que, embora não seja voltada especificamente ao tratamento de feridas, pode ser empregada como recurso complementar no controle da dor, especialmente antes da realização de curativos. Fundamenta-se na aplicação de anestésicos

locais em baixas concentrações em áreas como cicatrizes, músculos ou pontos de acupuntura, com o objetivo de modular o sistema nervoso autônomo e restaurar o equilíbrio neurovegetativo. Indicada para o manejo de dores crônicas, tensões musculares e distúrbios emocionais relacionados à dor, a Terapia Neural apresenta-se como uma prática promissora no contexto do cuidado integral em enfermagem, desde que conduzida por profissionais devidamente capacitados e em conformidade com os preceitos legais e éticos da profissão.

Considerações Finais

O controle da dor no tratamento de feridas requer do enfermeiro uma atuação ética, técnica e legalmente fundamentada, que combine recursos tradicionais, farmacológicos e integrativos. Tais avanços devem estar alinhados à prática baseada em evidências e à atuação dentro dos limites legais vigentes. Ressalta-se que muitas das terapias empregadas demandam especialização específica, enquanto outras podem ser implementadas por meio de cursos de extensão ou capacitação complementar.

A evolução das normativas do COFEN evidencia a progressiva consolidação da atuação da enfermagem no manejo da dor. Contudo, as ações farmacológicas voltadas ao controle da dor, até o momento só são habilitadas ao enfermeiro quando vinculadas a protocolos institucionais. Ainda assim, observa-se à ampliação da autonomia profissional. Nesse cenário, é possível vislumbrar, no futuro, uma maior legitimidade do enfermeiro para atuar na analgesia no tratamento de feridas, fortalecendo seu papel no cuidado integral e na promoção da qualidade de vida dos pacientes.

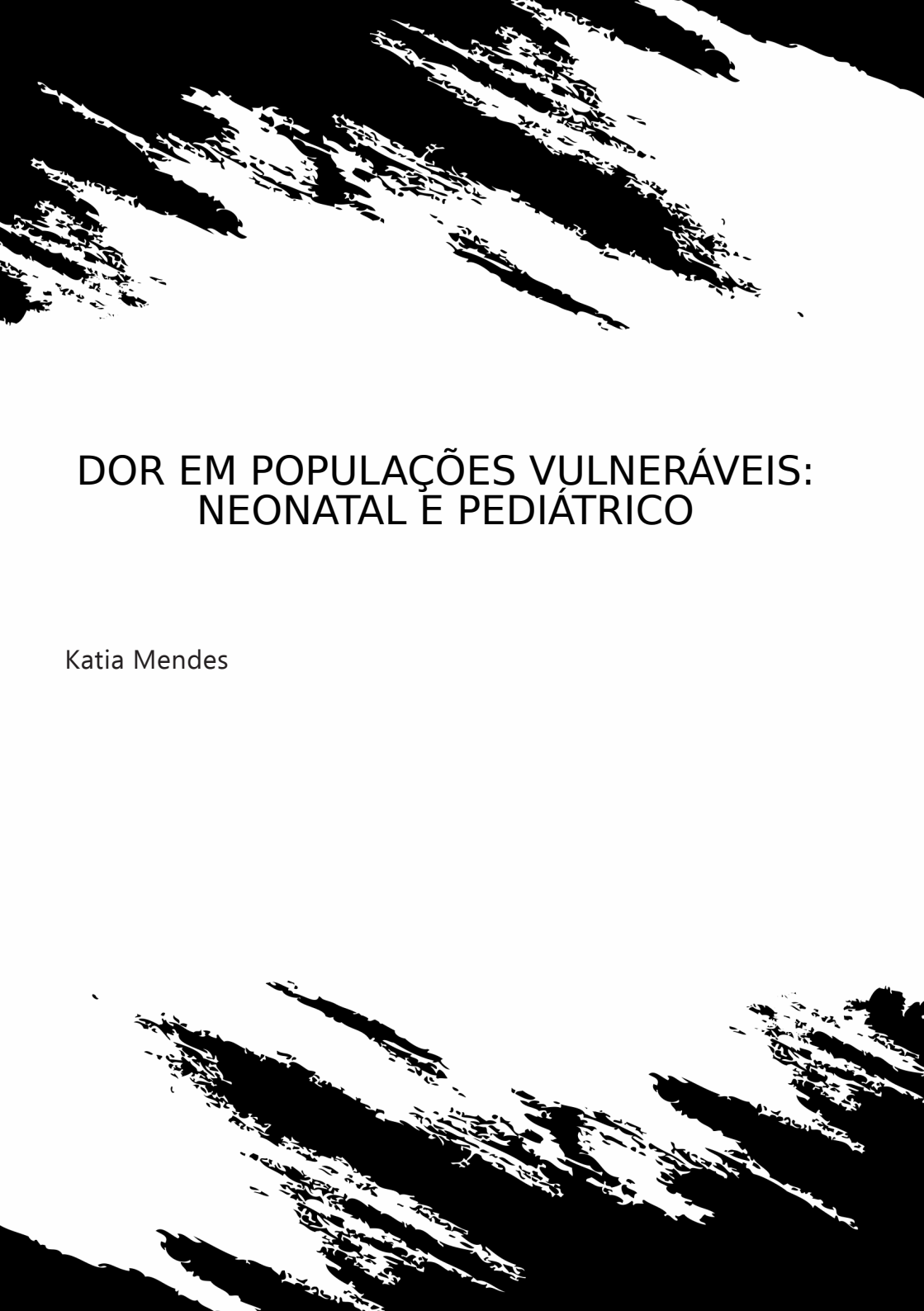
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguiar DP, Souza CPDQ, Barbosa WJM, Santos-Júnior FFU, Oliveira ASD Prevalência de dor crônica no Brasil: revisão sistemática. BrJP 2021;4: 257-267. [cited: 2025, ago 10]. Available from: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/Ycrw5pYxP JnwzmkKyBvjzDC/?lang=pt>
2. Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Regulamenta o exercício da Enfermagem e dá outras providências. [cited: 2025, ago 8]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm
3. Cofen. Resolução nº 567/2018. Regulamenta a atuação da equipe de enfermagem no cuidado de feridas. [cited: 2025, ago 8]. Available from: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-567-2018/>
4. Cofen. Parecer nº 232/2022/COFEN. Dispõe sobre Enfermeiro Especialista em Estomaterapia, Dermatologia ou Podiatria. Prescrição ou Indicação formal na confecção de formulações em farmácia com manipulação para utilização tópica em tratamento e lesões de pele. [cited: 2025, ago 8]. Available from: <https://www.cofen.gov.br/parecer-de-conselheiro-federal-no-232-2022-cofen/>
5. Cofen. Parecer Técnico nº 016/2017/CTLN/COFEN. Legalidade da atribuição do enfermeiro na realização de anestesia local, bem como na aplicação intralesional da medicação para Leishmaniose Tegumentar. [cited: 2025, ago 8]. Available from: <https://www.cofen.gov.br/parecer-n-162017cofenctlN/>
6. Cofen. Parecer de Câmara Técnica nº 056/2020/COFEN/CTAS. Dispõe sobre a atuação do enfermeiro no tratamento da Leishmaniose. [cited: 2025, ago 8]. Available from: <https://www.cofen.gov.br/parecer-de-camara-tecnica-no-056-2020-cofen-ctas/>
7. Cofen. Parecer Técnico nº 032/2018/CTLN/COFEN. Uso de anes-

- tésico em pacientes com picadas de animais peçonhentos. [cited: 2025, ago 11]. Available from: <https://www.cofen.gov.br/parecer-n-32-2018-cofen-ctlm/>
8. Cofen. Parecer Técnico nº 094/2021/CTLN/COFEN. Dispõe sobre Realização de procedimento de anestesia local injetável pelo enfermeiro especialista em podiatria, estomaterapia ou dermatologia. [cited: 2025, ago 9]. Available from: <https://www.cofen.gov.br/parecer-de-camara-tecnica-no-0094-2021-ctlm-cofen/>
 9. Cofen. Resolução nº 739/2024. Normatiza a atuação da enfermagem nas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. [cited: 2025, ago 8]. Available from: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-739-de-05-de-fevereiro-de-2024/>
 10. Cofen. Parecer Técnico nº 053/2021/CTLN/DGEP/COFEN. Atuação do enfermeiro em terapia neural. [cited: 2025, ago 6]. Available from: <https://www.cofen.gov.br/parecer-de-camara-tecnica-no-0053-2021-ctlm-dgep-cofen/>

The background of the page is decorated with large, expressive, black brushstrokes on a white background. These strokes are primarily located in the top-left and bottom-right corners, creating a sense of movement and artistic texture. The central text is contained within a solid black rectangular box.

DOR E CUIDADOS EM GRUPOS ESPECÍFICOS



DOR EM POPULAÇÕES VULNERÁVEIS: NEONATAL E PEDIÁTRICO

Katia Mendes

DOR EM POPULAÇÕES VULNERÁVEIS: NEONATAL E PEDIÁTRICA

A dor em recém-nascidos é uma realidade silenciosa. Durante anos, acreditou-se que bebês, especialmente prematuros, não sentiam dor como os adultos. Esse mito levou à omissão de medidas de alívio e prevenção. Hoje, evidências neurocientíficas comprovam que, a partir da 23ª semana de gestação, o sistema nervoso já possui vias nociceptivas organizadas, capazes de transmitir estímulos dolorosos ao cérebro, mesmo ainda no útero. Estímulos repetidos impactam negativamente o desenvolvimento neuropsicomotor.⁽¹⁻³⁾

O bebê pode sentir dor por múltiplas causas: condições congênitas, procedimentos invasivos, uso de dispositivos que exercem pressão ou tração, fricção cutânea ou mesmo pela ausência de práticas humanizadas. A fisiologia varia com a idade: prematuros têm respostas amplificadas devido à imaturidade das vias inibitórias. A dor pode ser localizada, sistêmica ou cronicada, afetando diversas funções orgânicas. Em casos extremos, contribui para hemorragias intracranianas, disfunções hemodinâmicas e prolongamento da internação.^(4, 6, 7)

Sua manifestação ocorre por alterações fisiológicas e comportamentais: choro inconsolável, gemência, mudanças em frequência cardíaca e respiratória, queda da saturação, expressão facial e movimentos corporais. Mesmo com dor evidente, muitos bebês não choram, devido à fadiga, uso de sedativos ou imaturidade neurológica.^(6, 7)

Na assistência em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), vivenciei situações que demonstram a eficácia das medidas não farmacológicas. Em uma delas, antes de iniciar uma punção venosa, percebi que o bebê cessava o choro ao ouvir a voz da mãe. Ela cantou durante todo o procedimento, que ocorreu sem estresse para o bebê. A presença regular da mãe ou do pai estabiliza sinais fisiológicos como frequência cardíaca, saturação e respiração. O contato pele a pele, recomendado pelo Método Canguru, possui respaldo em estudos multi-

cêntricos de alta evidência.^(7, 8, 10)

A verbalização direta também se mostra eficaz. Explicar ao bebê cada passo, com voz suave, promove acolhimento. O toque leve influencia positivamente a percepção da dor. O ambiente emocional tem papel relevante na forma como o estímulo doloroso é processado.^(7, 11, 12)

A sucção não nutritiva, com ou sem glicose, é outra estratégia eficaz. O ato de sugar estimula a liberação de opioides endógenos, gerando conforto. Associada à glicose, potencializa-se o efeito analgésico, sendo uma intervenção de baixo custo e alto impacto, recomendada por diretrizes internacionais.^(7, 12, 13)

O envelopamento com tecidos suaves proporciona reorganização sensorial. Colocar as mãos sobre a cabeça e os pés do bebê, reunindo o corpo, reduz o choro. Quando combinado à sucção, potencializa o alívio. Essas condutas alinham-se à Política Nacional de Humanização, promovendo dignidade e conforto.^(7, 8-10, 14)

Agrupar procedimentos e garantir momentos de repouso, como a “hora do soninho”, favorece a regulação do sistema nervoso autônomo. Estudos mostram que recém-nascidos são manipulados diversas vezes em 24h. Reduzir manipulações desnecessárias devem ser evitadas como medida fundamental.^(7, 11, 12)

Diversos fatores ambientais causam dor: temperatura, pressão, tração e fricção. A escolha e remoção de dispositivos exige conhecimento sobre a maturidade cutânea. A pele deve ser protegida com película antes da fixação, e a retirada feita com agentes adequados, como óleo mineral ou soro fisiológico. A fricção antisséptica deve ser leve, com uso moderado de solução e preferência por algodão.^(7, 12)

A dor não tratada pode gerar repercussões duradouras, como alterações cerebrais, distúrbios do sono, alimentação e vínculo afetivo. Por isso, a prevenção deve ser prioridade. Cada escolha profissional pode provocar dor ou alívio. Humanizar o cuidado é reconhecer que o bebê sente, reage e merece proteção.^(4, 5, 8, 12, 15)

A avaliação sistemática da dor deve ser rotina. Escalas validadas como: Neonatal infant Pain Scale – NIPS e a Premature Infant Pain Profile - PIPP, permitem identificação precisa, inclusive em bebês sedados. A dor deve ser incluída como um sinal vital nos prontuários, com reavaliação após cada intervenção.^(7, 12, 16)

Apesar do foco no manejo não farmacológico, casos de dor intensa ou prolongada exigem uso criterioso de analgésicos, como opioides ou sedativos, sob protocolo e monitoramento rigoroso. A escada terapêutica neonatal inicia-se na prevenção, segue pelas intervenções não farmacológicas e avança, quando necessário, para abordagens farmacológicas.^(7, 12)

Ambientes acolhedores também são parte da prevenção: adequação de luz, som e temperatura contribui para o conforto e autorregulação do recém-nascido. A música, embora não comprovadamente analgésica, auxilia na redução do estresse.^(7, 11, 12)

Indicadores institucionais ajudam a qualificar o cuidado. Monitorar a analgesia em intubações, avaliar falhas e promover melhorias são medidas eficazes. A equipe de enfermagem, por sua proximidade com o bebê, desempenha papel central como defensora da dor.^(7, 12, 16)

Estudos históricos como o de Anand et al. (1987) mudaram a visão sobre a dor neonatal. Demonstrou-se que bebês submetidos a cirurgias sem analgesia apresentavam maior estresse hormonal e complicações. A analgesia adequada, mesmo em prematuros extremos, melhora a estabilidade clínica e reduz riscos.^(1, 4, 5)

Estudos mais recentes reforçam que bebês expostos a estímulos dolorosos e agitação contínua podem apresentar prejuízos no desenvolvimento neurobiológico. O uso de ferramentas para mensurar dor crônica e agitação ainda é limitado. O manejo da dor é fundamental para proteger o cérebro imaturo.^(4, 5, 7, 17)

Tratar a dor neonatal é uma questão ética. Reconhecer e tratar adequadamente a dor é imperativo bioético. A equipe deve promover cuidado digno, sensível e humanizado. A escuta atenta, o toque terapêu-

tico e o respeito fortalecem o vínculo e favorecem o prognóstico.^(8-12, 14, 18-20)

Estudos de neuroimagem, comprovam ativação cortical frente a estímulos dolorosos em recém-nascidos, reforçando a percepção consciente da dor. O Método Canguru e outras práticas de cuidado sensível são recomendadas pelas diretrizes.^(7-9, 11)

Portanto, o manejo da dor neonatal deve ser baseado em evidências, sensibilidade clínica e compromisso ético. Aliviar a dor é proteger o desenvolvimento, fortalecer vínculos e garantir dignidade ao início da vida.^(2, 4, 18-20)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anand KJS. Discovering pain in newborn infants. *Anesthesiology*. 2019;131(2):392-5.
2. Bartocci M, et al. Pain activates cortical areas in the preterm newborn brain. *Pediatrics*. 2006;118(2):703-8.
3. Okada M, Teixeira MJ, Tengan SK, Moraes LO. Desenvolvimento do sistema nociceptivo e supressor da dor. *Revista de Medicina*. 2001;80(spe1):78-93.
4. Bromberg MH, et al. Neonatal pain and long-term neurodevelopmental outcomes: a systematic review. *Pediatric Research*. 2023.
5. McPherson C, Miller SP, El-Dib M, et al. The influence of pain, agitation, and their management on the immature brain. *Pediatric Research*. 2020;88:168-75.
6. Pillai Riddell R, Racine N, et al. Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain. *Pain Research & Management*. [Dados de publicação ausentes na sua fonte. Recomendo buscar ano, volume e páginas.]
7. Witt N, Coynor S, Edwards C, et al. A Guide to Pain Assessment and Management in the Neonate. *Current Emergency Hospital Medicine Reports*. 2016;4:1-10.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru. 3a ed. Brasília: MS; 2017.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Método Canguru: atenção humanizada ao recém-nascido. Manual técnico. Brasília: MS; 2022.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Método Canguru: diretrizes do cuidado. 1a ed. revisada. Brasília: MS; 2018.
11. Santos MM, et al. Cuidados centrados no recém-nascido e prevenção da dor em UTINs: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*. [Dados de publicação ausentes na sua fonte.]

Recomendo buscar ano, volume e páginas.

12. Junqueira-Marinheiro MF, Cunha PV. (org.). Diretriz para Prevenção e Manejo da Dor Aguda por Procedimentos Dolorosos no Período Neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2022.
13. Stevens B, et al. Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Dados de publicação ausentes na sua fonte. Recomendo buscar ano, volume e páginas.]
14. Brasil. Ministério da Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC. Brasília: MS; 2023.
15. Kulkamp IC, Barbosa CG, Bianchini KC. Percepção de profissionais da saúde sobre aspectos relacionados à dor e utilização de opióides: um estudo qualitativo. Ciência & Saúde Coletiva. 2008;13:721-31.
16. Ling R, Wang Y, Zheng W, et al. Effects of different types of neonatal pain on somatosensory and cognitive development in male juvenile rats. Brain and Behavior. 2023;13:e3309.
17. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: Abordagem Farmacológica da Dor no Neonato e Lactente. Rio de Janeiro, 16 ago. 2025. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/abordagem-farmacologica-da-dor-no-neonato-e-lactente/>.
18. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: Principais Questões sobre a Diretriz para Prevenção e Manejo da Dor Neonatal. Rio de Janeiro, 6 fev. 2025. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/principais-questoes-sobre-a-diretriz-para-prevencao-e-manejo-da-dor-neonatal/>.

19. Brasil. Ministério da Saúde; Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. Projeto PIPAS 2022: indicadores de desenvolvimento infantil integral nas capitais brasileiras [Internet]. Brasília: MS; 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>.
20. Cardoso S, Oliveira DRA, Batista MA. Dor no recém-nascido: evidências científicas e implicações éticas. In: Dor e Cuidado no Início da Vida. São Paulo: Editora Ciências Médicas; 2023. p. 78-93.
21. Oliveira CF, Ribeiro AÁV, et al. Barreiras à implementação de recomendações para assistência ao parto normal: revisão rápida de evidências. Revista Panamericana de Salud Pública. 2020;44:e132.



DEMÊNCIA E DOR

Viviane de Mello Biar

DEMÊNCIAS E DOR

Impacto das Demências na Percepção e Expressão da Dor

As síndromes demenciais (ou transtornos cognitivos maiores) caracterizam-se por declínio cognitivo associado à perda funcional na realização de atividades cotidianas. Nos estágios moderado e avançado, em que a compreensão e a expressão verbal estão comprometidas, a percepção e a comunicação da dor tornam-se significativamente prejudicadas⁽¹⁾.

Embora a fisiologia nociceptiva possa permanecer preservada, a capacidade de identificar, interpretar e relatar a dor é progressivamente reduzida. Com a evolução da doença, sinais não verbais — como alterações na expressão facial, vocalizações atípicas, agitação ou retraimento — assumem papel central na avaliação clínica⁽¹⁾.

A dor não reconhecida ou inadequadamente tratada pode manifestar-se como sintomas comportamentais e psicológicos da demência, tais como agitação, agressividade, embotamento e delírio. Evidências demonstram que o tratamento estruturado da dor reduz a agitação e melhora o bem-estar global⁽²⁾. Além disso, a dor é fator importante na precipitação ou agravamento do delirium (estado confusional agudo), sobretudo em pacientes com demência prévia⁽³⁾. Alterações perceptivas, incluindo alucinações, também podem estar relacionadas a quadros de delirium desencadeados pela dor⁽³⁾.

Diante de mudanças súbitas no comportamento ou no estado mental, é fundamental considerar a dor como hipótese diagnóstica antes da introdução de fármacos voltados ao controle de sintomas neuropsiquiátricos⁽⁴⁾.

Avaliação da Dor em Pacientes com Demência

O uso de escalas validadas para pacientes não comunicantes é essencial. As principais são:

PACSLAC (Pain Assessment Checklist for Seniors With Limited Ability to Communicate)

O PACSLAC é um checklist desenvolvido para auxiliar na avaliação da dor em idosos com limitações importantes de comunicação⁽⁵⁾. É a ferramenta mais utilizada na Holanda por profissionais de enfermagem, sendo considerada uma das mais promissoras para avaliação da dor em pessoas com comprometimento cognitivo^(6,7).

Tabela 3 – PACSLAC – Checklist de Indicadores de Dor em Idosos com Limitação de Comunicação

Categoria	Indicadores
1. Expressões Faciais	Caretas / Olhar triste / Cara amarrada / Olhar de reprovação / Mudança nos olhos (sem vida, brilhantes, movimentos aumentados, semicerrados) / Carrancudo / Expressão de dor / Cara de bravo / Dentes cerrados / Estremecimento / Boca aberta / Enrugando a testa / Torcendo o nariz
2. Social / Personalidade / Humor	Agressão física (empurrar, arranhar, bater, atacar, chutar) / Agressão verbal / Não quer ser tocado / Não permite pessoas por perto / Zangado / Furioso / Atirando coisas / Aumento da confusão mental / Ansioso / Preocupado / Tenso / Agitado / Mal-humorado / Irritado / Frustrado
3. Atividade / Movimento Corporal	Inquieto / Afastando-se / Hesitante / Impaciente / Andando de lá pra cá / Perambulando / Tentando ir embora / Recusando-se a se mover / Movendo-se violentamente / Atividade diminuída / Recusando medicações / Movendo-se lentamente / Comportamento impulsivo (movimentos repetitivos) / Não cooperativo / Resistente a cuidados / Protegendo área dolorida / Tocando ou segurando área dolorosa / Mancando / Punhos cerrados / Ficar na posição fetal / Corpo duro / Rígido
4. Outros	Pálido / Ruborizado / Olhos lacrimejantes / Suando / Sacudindo / Tremendo / Frio e pegajoso / Mudanças no sono / Sono diminuído / Sono aumentado durante o dia / Mudanças no apetite / Apetite diminuído / Apetite aumentado / Gritando / Berrando / Chamando (ex.: pedindo ajuda) / Chorando / Vocalizações específicas ('ai', 'ui') / Gemendo / Suspirando / Murmurando / Resmungando

PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia)

A escala PAINAID-Br foi desenvolvida com o objetivo de avaliar dor em idosos com comprometimento cognitivo⁽⁸⁾. Ela é composta por cinco domínios: respiração, vocalização, expressão facial, postura/ movimentos corporais e consolabilidade. Cada um desses itens recebe pontuação de 0 a 2 pontos, sendo que valores mais altos indicam maior intensidade de dor⁽⁹⁾.

Tabela 2 – Escala PAINAID-Br

Comportamento	0	1	2
Respiração	Normal / independente	Respiração levemente dificultada ou curta, podendo apresentar hiperventilação	Respiração ruidosa, difícil, com pausas prolongadas ou padrão Cheyne-Stokes
Vocalização negativa	Nenhuma	Sons ocasionais de desconforto, resmungos baixos ou queixas esporádicas	Gritos, choro persistente, gemidos altos, pedidos frequentes de ajuda
Expressão facial	Sorriso / expressão neutra	Fisionomia triste ou assustada	Caretas, expressão de dor evidente
Postura / movimento corporal	Relaxado, postura normal	Tensão leve, movimentos inquietos, resistência leve ao toque	Rigidez, movimentos bruscos, resistência acentuada aos cuidados
Consolabilidade	Confortável, tranquilo	Distrai-se com palavras ou toques ocasionais	Difícilmente consolado, permanece agitado ou choroso

Estratégias de Manejo

Medidas farmacológicas:

- Seguir protocolos analgésicos escalonados, adaptando a dose à condição clínica do idoso e considerando a fragilidade fisiológica e o risco de interações medicamentosas.
- Alinhar previamente com o médico a prescrição de analgesia preventiva antes de procedimentos potencialmente dolorosos (ex.: troca de curativos, aspirações, mobilizações intensas), garantindo maior conforto e redução do sofrimento durante o cuidado.

Medidas não farmacológicas

- Garantir posicionamento adequado no leito ou na cadeira, favorecendo conforto e prevenindo complicações musculoesqueléticas.
- Promover medidas de alívio de pressão e manutenção da pele íntegra, especialmente em idosos acamados.
- Utilizar estímulos sensoriais agradáveis (toque, música, aromaterapia suave) e manter um ambiente tranquilo e seguro.

Comunicação adaptada

- Utilizar linguagem simples, pausada e objetiva.
- Manter contato visual e postura acolhedora, transmitindo calma e segurança.
- Respeitar o tempo de resposta do idoso, considerando suas limitações cognitivas.

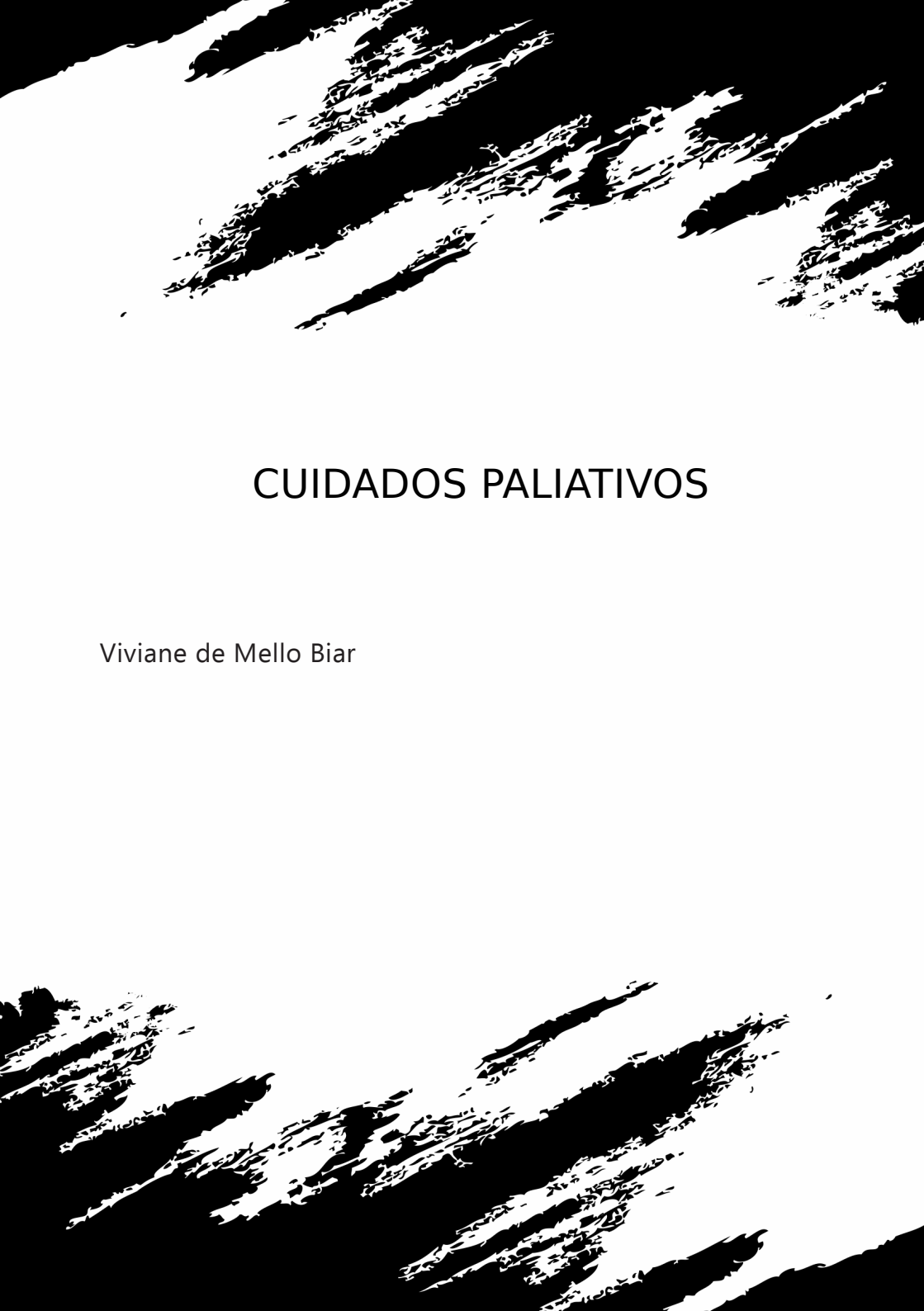
Atuação multiprofissional

- O fisioterapeuta desempenha papel fundamental ao auxiliar na mobilidade, estimular exercícios respiratórios, orientar posicionamentos corretos e prevenir contraturas, reduzindo o risco de dor crônica e complicações secundárias.
- A integração entre médico, enfermagem, fisioterapia e demais áreas garante abordagem abrangente, com intervenções coordenadas e mais efetivas para o alívio da dor⁽⁴⁾.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Felton N, et al. Pain assessment for individuals with advanced dementia: a systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2021
2. Husebø BS, Ballard C, Sandvik R, Nilsen OB, Aarsland D. Pain treatment of agitation in patients with dementia: cluster randomized clinical trial. *BMJ*. 2011;343:d4065.
3. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Delirium: prevention, diagnosis and management [CG103]. London: NICE; 2010 [updated 2023 Jan 18; cited 2025 Sep 8]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>
4. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Dor: o quinto sinal vital – abordagem prática do idoso. 2ª ed. Rio de Janeiro: Comissão da Dor da SBGG; 2018.
5. Fuchs-Lacelle S, Hadjistavropoulos T. Development and preliminary validation of the Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC). *Pain Res Manag*. 2004;9(4):197-206.
6. Lorenzet IC, Santos FC, Souza PMR, et al. Avaliação da dor em idosos com demência: tradução e adaptação transcultural do instrumento PACSLAC para a língua portuguesa. *Rev Bras Med*. 2011;68(4):129-33.
7. Thé KB, Gazoni FM, Cherpak GL, Silva AMR, Dantas RAS, Oliveira DBD, et al. Pain assessment in elderly with dementia: Brazilian validation of the PACSLAC scale. *Einstein (Sao Paulo)*. 2016;14(2):158-63.
8. Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAI-NAD) scale. *J Am Med Dir Assoc*. 2003;4(1):9-15.
9. Pinto MCM, Minson FP, Lopes ACL, Laselva CR. Cultural adaptation and reproducibility validation of the Brazilian Portuguese

version of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD-Brazil) scale in non-communicative adult patients. Einstein (Sao Paulo). 2015;13(1):14-9.



CUIDADOS PALIATIVOS

Viviane de Mello Biar

CUIDADOS PALIATIVOS

Definições

A Organização Mundial da Saúde (OMS) descreve os cuidados paliativos como uma abordagem destinada a melhorar a qualidade de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam doenças com risco de morte⁽¹⁾. O termo “paliativo” tem origem no latim *pallium*, que significa “manto” ou “cobertura”, ilustrando a ideia de cuidado que protege e conforta mesmo na ausência de cura.

Um instrumento amplamente utilizado nessa área é a Palliative Performance Scale (PPS), desenvolvido em 1996 como uma adaptação da Karnofsky Performance Scale⁽²⁾. O PPS avalia cinco domínios — deambulação, atividade, autocuidado, ingestão e consciência — e é útil tanto na comunicação entre equipes quanto na prognosticação clínica, correlacionando o desempenho funcional do paciente com sua sobrevida potencial⁽³⁾.

A Dor na Perspectiva dos Cuidados Paliativos

A enfermeira, médica e assistente social Cicely Saunders (1918–2005) foi pioneira do movimento moderno dos cuidados paliativos e introduziu o conceito de “dor total” (*total pain*)⁽⁴⁾. Para Saunders, a dor não se restringe às manifestações físicas, mas também abrange dimensões emocionais, sociais e espirituais, exigindo uma abordagem integral do sofrimento^(5,8).

O cerne do cuidado paliativo é ouvir com empatia e adaptar o tratamento às necessidades individuais de cada paciente e seu contexto familiar.

- Exemplo 1: Em uma situação em que o paciente é incomodado mais pelo odor da lesão tumoral do que pela dor, as intervenções devem priorizar o controle de odores, ainda que isso não afete diretamente o tumor em si.

- Exemplo 2: Um paciente com lesão tumoral que teme morrer sangrando pode ter alívio de sua dor emocional com medidas paliativas como uso de pó hemostático local e a troca da roupa de cama por tecidos escuros para minimizar percepção visual do sangue.

Peculiaridades da Estomaterapia em Cuidados Paliativos

Pacientes assistidos em Estomaterapia nessa etapa frequentemente enfrentam dor de múltiplas origens — somática, visceral, neuropática ou mista — associada a feridas malignas, infiltração tumoral, úlceras de evolução avançada e complicações estomais. Isso requer uma abordagem interdisciplinar, centrada no bem-estar, com intervenções adaptadas à singularidade de cada caso.

Estratégias de Manejo no Contexto da Estomaterapia

- Feridas malignas: escolha cuidadosa de curativos e barreiras protetoras para minimizar o desconforto durante os cuidados.
- Estomias complexas: adaptação de dispositivos estomais e prevenção de extravasamentos dolorosos.
- Medidas não farmacológicas: calor local, técnicas de relaxamento, posicionamento confortável e ambiente acolhedor.
- Tratamento farmacológico: seguir a Escada Analgésica da OMS⁽¹⁾, ajustando dose, tipo de medicamento e via conforme a condição clínica e prognóstico do paciente.

Papel da Enfermagem e do Estomaterapeuta

O enfermeiro estomaterapeuta desempenha um papel essencial, atuando como coordenador e facilitador do cuidado paliativo:

- Avalia persistentemente a presença e intensidade da dor.
- Executa intervenções seguras, individualizadas e centradas no conforto.

- Capacita cuidadores para a continuidade dos cuidados em ambiente domiciliar.
- Serve de elo entre paciente, família e equipe multiprofissional, promovendo comunicação clara, decisões compartilhadas e cuidado humanizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. WHO definition of palliative care. Geneva: WHO; 2002.
2. Anderson F, Downing GM, Hill J, et al. Palliative performance scale (PPS): a new tool. *J Palliat Care*. 1996;12(1):5–11.
3. Wilner LS, Arnold RM. The Palliative Performance Scale (PPS). *Fast Fact*; 2025 Mar 5.
4. Clark D. 'Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958–1967. *Soc Sci Med*. 1999;49(6):727–736.
5. Mehta A, Chan LS. Understanding of the Concept of "Total Pain": A Prerequisite for Pain Control. *J Hosp Palliat Nurs*. 2008;10(1):26–32.
6. Wood J. Cicely Saunders, 'Total Pain' and emotional evidence at the end of life. *Med Humanit*. 2022;48(4):411–420.

The background of the entire page is composed of large, expressive, black brushstrokes on a white background. These strokes are diagonal, running from the top-left towards the bottom-right, and have a rough, textured appearance, resembling paint or charcoal. They are concentrated in the top and bottom corners, leaving a large white rectangular area in the center where the text is located.

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO GERENCIAMENTO DA DOR



IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR

Ana Paula Moura de Lourdes

Eliete Lima Farias dos Santos

Sônia Regina Pérez Evangelista Dantas

IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR

Introdução

A proposta do trabalho interdisciplinar começou na França e na Itália, em meados dos anos 60⁽¹⁾. Quando chegou ao Brasil, no final da década de 60, foi com a intenção de integrar diferentes áreas de conhecimentos profissionais, para realizar cuidados de forma integral e individual, respeitando a necessidade e complexidade de cada paciente⁽²⁾.

Complexidade e integração do cuidado

A complexidade do processo saúde e doença deve considerar que cada pessoa precisa de um cuidado personalizado que considere suas necessidades e particularidades, envolvendo várias especialidades⁽³⁾. Uma equipe que trabalha de forma interdisciplinar melhora o comprometimento de todos por meio do trabalho conjunto e integrado, visando melhores resultados⁽⁴⁾.

O objetivo de uma equipe é oferecer um cuidado de qualidade, integral, com foco nas necessidades de cada pessoa, visualizando o quadro de forma ampla⁽³⁾. A interdisciplinaridade permite a superação de uma atuação fragmentada e parcelar do cuidado, permitindo a junção cooperativa dos saberes profissionais e facilitando uma compreensão integral da complexidade e necessidades do paciente^(1, 4).

A interdisciplinaridade na estomaterapia

Na área de estomaterapia, trabalhar de forma interdisciplinar com outras áreas profissionais é fundamental para oferecer um cuidado verdadeiramente integral^(2,5). O estomaterapeuta atua nos cuidados de pessoas com feridas, estomias ou incontinências com conhecimento baseado em evidências e habilidade técnica como membro da equipe interdisciplinar e desempenha papel importante na prevenção, tratamen-

to e alívio da dor, como uma experiência complexa que envolve fatores físicos, emocionais e sociais⁽⁵⁾.

O estomaterapeuta deve utilizar recursos fundamentados para controle da dor nas áreas de cuidados da especialidade e utilizar o processo de enfermagem para avaliação (coleta de dados), diagnóstico, planejamento, implementação e evolução (avaliação dos resultados terapêuticos)^(2,5). Nesse âmbito, a parceria com outros profissionais, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, terapeuta ocupacional, farmacêuticos, dentistas e outros, reforça o plano de cuidado e aumenta as chances de sucesso^(4, 5).

Impacto da equipe interdisciplinar na Estomaterapia

A parceira do estomaterapeuta com a equipe multiprofissional propicia entender a patologia de base, estabelecer metas e condutas compartilhadas para melhora clínica e alívio da dor, respeitando a vontade e condições gerais do paciente e facilitando as intervenções de toda a equipe.

A comunicação e parceria com outros estomaterapeutas facilita a troca de experiências na assistência clínica, administrativa e burocrática, considerando as expertises nas diferentes áreas de atuação clínica e pesquisa, ou no encaminhamento no processo de transição do cuidado do paciente na rede de assistência à saúde.

Os cuidados de stomaterapia estão diretamente relacionados com as especialidades médicas clínicas e cirúrgicas. Pessoas com feridas e lesões de pele relacionadas aos cuidados de saúde, como as lesões por pressão e dispositivos médicos, lesões por umidade ou por adesivos, dermatites relacionadas ao uso das tecnologias, incontinências e outras disfunções do assoalho pélvico, estomias de eliminação, respiratórias ou de alimentação, encontram-se em praticamente todas as áreas da assistência médica e podem estar associadas a eventos dolorosos. Cabe ao médico a abordagem clínica e diagnóstico das síndromes dolorosas agudas e crônicas, o tratamento farmacológico ou procedimentos inter-

vencionistas para o alívio da dor⁽⁸⁾.

Outros profissionais da equipe também podem intervir e colaborar com estratégias específicas da profissão. O psicólogo por exemplo, além de auxiliar os pacientes e familiares a enfrentarem o processo de adoecimento e enfrentamento de diagnósticos e tratamentos difíceis, pode prepará-los psicologicamente para minimizar as repercussões psicológicas, facilitar a reintegração após a alta ou auxiliar na compreensão das dificuldades nos cuidados paliativos. Ele também atua na equipe multiprofissional, prestando suporte emocional, acolhimento e compreensão dos aspectos psicológicos da equipe. No tratamento da dor, atua na dimensão emocional e comportamental da experiência dolorosa, ajudando o paciente a lidar com o sofrimento, desenvolver estratégias de enfrentamento e adaptar-se às limitações impostas pela dor⁽⁹⁾.

O fisioterapeuta tem um papel essencial para otimizar a mobilidade, cuidar de questões cardiorrespiratórias, auxiliar na ventilação mecânica e reabilitação física; áreas interrelacionadas com a estomaterapia nos cuidados hospitalar, ambulatorial e domiciliar. Intervenções compartilhadas e encaminhamento para tratamentos específicos de fisioterapia são essenciais para a reabilitação e readaptação dos pacientes com dor e necessidade de reduzir desconforto, melhorar a mobilidade, função e força física, auxiliando para a independência e autonomia do paciente⁽⁹⁾.

Diversas tecnologias adjuvantes e complementares de uso pelo estomaterapeuta para os cuidados de pessoas nas áreas de estomias, feridas e incontinências, como o laser, ultrassom, eletroterapia, terapia compressiva, drenagem linfática, medidas de fortalecimento do assoalho pélvico e outros, também são de uso pelos fisioterapeutas nas suas áreas específicas de atuação.

O nutricionista por sua vez é o profissional responsável pela avaliação do estado nutricional, instituição do plano alimentar e educação nutricional para pacientes e familiares nos diferentes ambientes do cuidado. Pessoas com estomias de eliminação, alimentação ou respiratórias, feridas crônicas, complexas e de difícil cicatrização, incontinências anal e

urinária e fistulas, necessitam do diagnóstico e intervenções do nutricionista para o tratamento, reabilitação, readaptação e prevenção de eventos adversos e complicações em colaboração com a equipe multidisciplinar. No controle da dor, os nutricionistas podem contribuir com planos alimentares e dietas com ação anti-inflamatória, no estímulo ao sistema imunológico, na modulação da percepção de dor e na correção de carências nutricionais que podem agravar a dor⁽⁵⁾.

O terapeuta ocupacional auxilia o paciente a gerenciar a dor por meio da reabilitação funcional e adaptação às suas atividades diárias por meio de orientações de postura, técnicas de relaxamento e outras atividades específicas da especialidade. O farmacêutico contribui na manipulação de produtos e fármacos de uso tópico e sistêmico para controle da dor e na educação do paciente sobre o uso correto, contribuindo para a eficácia e segurança da farmacoterapia.

O olhar interdisciplinar para a dor contribui para que o tratamento não tenha por objetivo exclusivo aliviar o sintoma, mas contemple as necessidades de vida do paciente nas esferas fisiológicas, de segurança, sociais, de estima e de autorrealização, apoiando uma abordagem que favoreça a recuperação, o tratamento e a reinserção social^(3,5).

Como aponta uma coletânea organizada por Sousa et al.⁽⁷⁾, a prática de estomaterapia exige decisões éticas, técnicas e críticas, que precisam estar conectadas a outras áreas do conhecimento, reforçando a importância de uma abordagem multidisciplinar^(2, 4). Assim, ao interagir com diferentes saberes, a estomaterapia reforça o valor do trabalho interdisciplinar, combinando conhecimento, técnicas e empatia para oferecer um cuidado atento e centrado na pessoa, que reconhece suas necessidades e respeita suas particularidades^(2, 5).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Thiesen J da S. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. *Rev Bras Educ* [Internet]. 2008 Sep;13(39):545–54. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782008000300010>
2. Paula MAB de. Estomaterapia no Brasil: Sua História e Perspectivas. *Rev Feridas*. 2025 Jun 11;12(64):2381. Disponível em: <https://revistaferidas.com.br/index.php/revistaferidas/article/view/3100>
3. Revista Brasileira de Enfermagem – SciELO. Decisões em equipe multiprofissional no processo de cicatrização com enfoque multidisciplinar. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/nL3Ws-v5LbQN9V7QYwtkc5yh/>
4. Costa ARG, Silva P, Souza L, et al. Abordagem interdisciplinar no cuidado às pessoas com feridas: uma revisão integrativa. *Int J Dev Res*. 2022;12:25241. Disponível em: <https://journalijdr.com/abordagem-interdisciplinar-no-cuidado-%C3%A0s-pessoas-com-feridas-uma-revis%C3%A3o-integrativa>
5. Grilo Miranda LS, Neves Amado JD, Pereira Alves PJ. Importância da nutrição na cicatrização de feridas: uma scoping review. *Rev Feridas*. 2023;11(61):2248–52. Disponível em: <https://www.revistaferidas.com.br/index.php/revistaferidas/article/view/3062>
6. Silveira P, Ferreira PB, Barros EJS, et al. Assistência da(o) enfermeira(o) estomaterapeuta na perspectiva da pessoa com estomia. *Anais do Congresso Brasileiro de Estomaterapia*. 2023. Disponível em: <https://anais.sobest.com.br/cbe/article/view/507>
7. Sousa BS, Silva AA, Gonçalves MC, Lino AIA. Coletânea de práticas em estomaterapia e cuidados interdisciplinares. *Rev Enferm Atual In Derme*. 2025;98(2):e024296. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/read-2024-v.98-n.2-art.1942>

8. Bastos Z. Multidisciplinaridade e Organização das Unidades de dor crônica. Disponível em: www.aped-dor.org/images/biblioteca_dor/pdf/Multidisciplinaridade_e_Organizacao_das_Unidades_de_Dor_Cronica.pdf.
9. Mendonça , J. C. de, Martins , V. de S., Rodrigues , M. P. D., Fernandes , C. H. F., & Fernandes, I. F. (2023). Abordagens Multidisciplinares para o Tratamento da Dor Crônica: Uma revisão das terapias integrativas e estratégias de manejo da dor crônica, incluindo medicamentos, fisioterapia e terapias alternativas. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 5(5), 129–144. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n5p129-144>.



TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA DOR

Felipe Gustavo Braga Castro

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA DOR

O tratamento da dor é um componente fundamental na estomaterapia, pois a dor impacta diretamente a qualidade de vida do paciente e o sucesso do tratamento da ferida ou do estoma. Compreender as diferentes classes de medicamentos e seus mecanismos de ação é crucial para a enfermeira, permitindo a colaboração com a equipe médica na otimização do manejo da dor. Neste capítulo, exploramos as principais abordagens farmacológicas, desde os analgésicos mais comuns até terapias mais avançadas.

Analgésicos Simples e Anti-inflamatórios

Estas são as medicações de primeira linha para o controle da dor aguda, ou seja, a dor nociceptiva, como a que ocorre em uma ferida recente, um pós-operatório ou durante a troca de um curativo. Elas atuam principalmente inibindo a produção de mediadores da inflamação.

- **Paracetamol (Acetaminofeno) e Dipirona:** Atuam no Sistema Nervoso Central (SNC) e têm efeitos analgésicos e antipiréticos (abaixam a febre). Doses usuais das medicações variam de 500mg a 1000mg a cada 6 ou 8 horas para adultos. Em idosos as doses de paracetamol podem ser menores e nos hepatopatas esta medicação deve ser evitada.
- **Anti-inflamatórios Não Esteroides (AINEs):** Incluem medicamentos como ibuprofeno, diclofenaco e naproxeno. Seu principal mecanismo de ação é a inibição da enzima ciclooxigenase (COX), que é responsável pela produção de **prostaglandinas** no local da lesão. As prostaglandinas sensibilizam os nociceptores, e a inibição delas reduz a dor e a inflamação. É importante notar a diferença entre os AINEs:

- Os inibidores **não seletivos** da COX (como o ibuprofeno) atuam em ambas as isoformas da enzima (COX-1 e COX-2), o que pode aumentar o risco de efeitos colaterais gastrointestinais (como úlceras gástricas e sangramentos) e renais, podendo levar à insuficiência renal, especialmente em pacientes idosos ou com comorbidades.
- Já os inibidores **seletivos** da COX-2 (como o celecoxib) foram desenvolvidos para inibir preferencialmente a COX-2, que é a enzima mais envolvida na inflamação, reduzindo assim os efeitos colaterais no estômago^(1, 2).

Medicações para Dores Crônicas, Neuropáticas e Sensibilização Central

Para a dor crônica, neuropática e nociplástica, os analgésicos simples frequentemente são ineficazes. Nesses casos, utilizamos medicamentos que atuam nos mecanismos da dor crônica, como a sensibilização central e a disfunção neural. As doses a seguir são apenas exemplos e devem ser sempre ajustadas individualmente por um médico.

- **Antidepressivos:** Certas classes, como os tricíclicos (Ex: **amitriptilina e nortriptilina**) e os inibidores seletivos da recaptação de serotonina e noradrenalina (Ex: **duloxetina e venlafaxina**), são muito eficazes para a dor crônica. Seu mecanismo de ação na dor se dá pelo aumento da disponibilidade de **serotonina e noradrenalina** no SNC, o que fortalece as **vias descendentes inibitórias da dor**. As doses para dor geralmente são menores que as usadas para depressão:
 - **Amitriptilina/Nortriptilina:** Início com 10mg a 25mg à noite, podendo ser ajustado gradualmente.
 - **Duloxetina:** A dose inicial é de 30mg por dia, podendo ser aumentada para 60mg.
 - **Venlafaxina:** Doses de 75mg a 225mg por dia são usa-

das para o tratamento da dor.

- **Anticonvulsivantes:** Medicamentos como **gabapentina** e **pregabalina** (gabapentinoides) são amplamente usados para tratar a dor neuropática. Eles atuam em canais de cálcio dependentes de voltagem, reduzindo a liberação de neurotransmissores excitatórios dos neurônios. Isso **modula a hiperexcitabilidade neuronal**, característica da dor neuropática e da sensibilização central, diminuindo sensações como queimação, choque e formigamento.
 - **Gabapentina:** A dose inicial usual é de 300mg a noite, com o ajuste gradual até chegar a posologia de 8 em 8 horas e atingir o efeito terapêutico. Normalmente, com uma dose até 1800mg por dia, dividida em três tomadas, já temos o efeito desejado. Mas a literatura aponta a dose máxima como 3600mg por dia.
 - **Pregabalina:** Doses iniciais de 75mg, duas vezes ao dia, também com ajuste gradual. A dose máxima é de 600mg por dia, dividida em duas ou três tomadas.

Opioides

Os opioides são medicamentos potentes para o tratamento da dor, atuando principalmente em receptores opioides no cérebro e na medula espinhal. Os principais receptores são o **mu** (μ), o **kappa** (κ) e o **delta** (δ). A ativação do receptor mu é a principal responsável pela analgesia, mas também por efeitos colaterais como depressão respiratória e constipação⁽¹⁴⁾.

- **Opioides Fracos (para dores leves a moderadas):** **Codeína** e **Tramadol** são exemplos. A **codeína** é uma pró-droga, o que significa que precisa ser convertida pelo fígado em morfina para ter seu efeito analgésico. Cerca de 10% dos caucasianos têm uma variação genética que impede essa conversão,

tornando a medicação ineficaz para eles. Já o **tramadol** é um opioide de baixa potência que atua em receptores opioides mu (μ) e também age como um inibidor da recaptação de noradrenalina e serotonina, fortalecendo as vias inibitórias descendentes. Por essa ação dual, o tramadol é frequentemente o opioide de escolha para dores neuropáticas leves a moderadas.

- **Tramadol:** Dose inicial de 50mg a 100mg a cada 6 ou 8 horas. A dose máxima recomendada é de 400mg por dia.
- **Codeína:** Dose inicial de 30mg a 60mg a cada 4 ou 6 horas. A dose máxima é de 360mg por dia.
- **Opioides Fortes (para dores moderadas a fortes):** Morfina, fentanil, oxicodona, metadona e tapentadol, que são agonistas potentes do receptor mu (μ). Para essa classe de medicamentos, **não existe uma dose máxima fixa**. O conceito é de **titulação da dose**, onde a quantidade é ajustada progressivamente com base na eficácia do alívio da dor e na tolerância aos efeitos colaterais.
 - **Opções para Dor Neuropática:** A **metadona** e o mais moderno **tapentadol** (que também atua como um inibidor da recaptação de noradrenalina, similar ao tramadol) são opções recomendadas para dores neuropáticas mais intensas e refratárias a outros tratamentos.
 - **Atenção em Disfunção Hepática:** O **fentanil** é a droga de escolha para pacientes com disfunção hepática, pois sua metabolização é menos dependente do fígado. Outros opioides fortes, como a **morfina**, a **metadona** e a **oxicodona**, devem ser usados com muita cautela e com ajuste de dose nesses pacientes, devido ao risco de acúmulo da medicação e aumento da toxicidade.

- **Buprenorfina Transdérmica:** A buprenorfina é um agonista parcial do receptor μ , e sua formulação em adesivo transdérmico pode ser uma opção para o tratamento da dor crônica, com um perfil de segurança e espectro de efeitos colaterais mais favorável em comparação com os opioides agonistas totais. A **buprenorfina é considerada segura para uso em pacientes com disfunção renal**, pois sua eliminação não é significativamente afetada pela função renal.
- **Atenção com Nalbufina:** É um opioide com mecanismo de ação misto agonista-antagonista. Seu uso é contraindicado em pacientes que já utilizam opioides de alta potência para dor crônica, pois ela pode se ligar aos receptores opioides e bloquear os efeitos de outros opioides mais potentes, precipitando uma síndrome de abstinência. Ela também não é indicada para dores fortes, agudas ou crônicas, que necessitem de opioides fortes^[14].

Efeitos Colaterais dos Opioides e Manejo

Os opioides são eficazes, mas a prescrição deve sempre considerar o manejo dos efeitos colaterais, sendo a **constipação** o mais comum e persistente.

- **Depressão Respiratória:** É o efeito colateral mais perigoso dos opioides, podendo ser fatal. Ocorre principalmente com o uso de doses elevadas de opioides fortes ou em pacientes com sensibilidade aumentada. O monitoramento rigoroso da frequência respiratória é essencial.
- **Constipação:** Ocorre em praticamente todos os pacientes. Por isso, a **prescrição de um laxativo profilático** é fundamental e deve ser feita junto com a prescrição do opioide.
- **Náuseas e Vômitos:** Podem ocorrer no início do tratamento. A prescrição de **antieméticos** (como a metoclopramida ou ondansetrona) é recomendada.

trona) é frequentemente necessária para o conforto do paciente.

Relaxantes Musculares

Quando a dor tem um forte componente de espasmo ou tensão muscular, os relaxantes musculares podem ser úteis.

- **Agentes de Ação Central (Ciclobenzaprina e Tizanidina):** Atuam no Sistema Nervoso Central para reduzir a tensão muscular e os espasmos. São úteis para dores musculoesqueléticas agudas e crônicas. Têm como efeito colateral a sonolência.
- **Agentes com Ação Anti-espástica (Baclofeno):** O **baclofeno** é um relaxante muscular com um efeito anti-espástico específico. Ele age como um agonista do receptor GABA-B, inibindo a transmissão nervosa na medula espinhal. É usado para o tratamento de espasticidade grave, como a causada por esclerose múltipla ou lesões na medula espinhal, e também pode ser administrado por bomba intratecal.

Medicações de Uso Tópico

A terapia tópica é uma opção valiosa, especialmente para dores localizadas. Ela permite que a medicação atue diretamente no local, com menos efeitos colaterais sistêmicos.

- **Adesivos e Cremes de Anestésicos Locais:** Contêm um anestésico local, como a lidocaína, que bloqueia a condução do impulso nervoso na pele. Adesivos de lidocaína são particularmente úteis para o tratamento da dor neuropática localizada, como a neuralgia pós-herpética. Além disso, cremes que combinam lidocaína e prilocaína (anestésico local comumente usado em cremes) são eficazes no controle da dor em feridas e no preparo de pele para procedimentos dolorosos, como a remoção de tecidos. Estudos têm demonstrado a eficácia de cremes de lidocaína no controle da dor associada a feridas oncológicas,

facilitando o manejo do paciente^(6, 18, 19).

- **Capsaicina Tópica:** É derivada da pimenta e atua sobre os nociceptores, inicialmente ativando-os e, com o uso contínuo, dessensibilizando-os e exaurindo a substância P, um neurotransmissor da dor. **É importante notar que a aplicação da capsaicina pode causar uma sensação de queimação, especialmente nas concentrações mais elevadas, devido à liberação da substância P. Por esse motivo, em alguns casos, a aplicação sob sedação é recomendada⁽⁶⁾.**
- **Opioides de Uso Tópico:** Pesquisas recentes sugerem um papel promissor para opioides tópicos, como a morfina e o fentanil, no tratamento da dor em feridas. Receptores opioides estão presentes nas células da pele e podem atuar diretamente no local da lesão para promover analgesia, além de ter um papel na cicatrização de feridas⁽²⁰⁾.
- **Sevoflurano Tópico:** Em procedimentos de desbridamento de feridas, que podem ser extremamente dolorosos, o uso tópico do anestésico inalatório **sevoflurano** tem se mostrado eficaz como analgésico. Aplicado diretamente na ferida, ele proporciona um alívio da dor significativo para a realização do desbridamento. O sevoflurano, assim como outros agentes halogenados, também demonstrou ter um efeito antibacteriano in vitro contra uma variedade de patógenos, o que pode ser um benefício adicional em feridas infectadas^(21, 22).
- **Fórmulas Tópicas Manipuladas:** Podem ser preparadas em farmácias de manipulação, combinando diferentes classes de medicamentos (como antidepressivos, anticonvulsivantes, anestésicos locais e outros) em creme ou gel. Essas fórmulas podem ser aplicadas em áreas de dor localizada, incluindo regiões sensíveis como a vaginal e a anal, permitindo uma abordagem terapêutica personalizada e com menos efeitos sistêmicos.

Dor Irruptiva (Breakthrough Pain)

A dor irruptiva é um episódio de dor de alta intensidade que “rompe” o controle da dor basal de um paciente. É comum em pacientes oncológicos. Para o seu tratamento, são usados analgésicos de ação rápida, como os opioides.

- **Morfina de Resgate:** Opióide de ação rápida, administrado por via oral ou injetável, para controlar o episódio de dor intensa.
- **Fentanil Sublingual:** Opióide de ação ultrarrápida, frequentemente usado para dor irruptiva em pacientes oncológicos. O fentanil sublingual tem uma absorção rápida pela mucosa oral, proporcionando alívio em poucos minutos, o que é crucial para uma dor tão intensa e repentina⁽⁷⁾.

Terapias Farmacológicas Avançadas

Em casos de dor crônica refratária, onde os tratamentos convencionais não são eficazes, podem ser utilizadas terapias mais invasivas.

- **Infusão Venosa de Lidocaína e Cetamina:** A infusão venosa de **lidocaína** pode ser usada como um bloqueio simpático venoso para aliviar dores neuropáticas e nociplásticas. A lidocaína também é utilizada para tratar a **sensibilização central**, pois atua como um anestésico local e um modulador dos canais de sódio no sistema nervoso central. Já a infusão de **cetamina**, que atua como um antagonista dos receptores NMDA, pode interromper o ciclo da sensibilização central, sendo utilizada em quadros de dor crônica severa⁽⁸⁾. Também podem ser usados no período perioperatório para poupar o uso de opioides.
- **Bomba de Infusão Intratecal:** Dispositivo implantado cirurgicamente que infunde pequenas doses de medicamentos (opióides, anestésicos locais, ou **baclofeno**), que ficam num reservatório, diretamente no líquido cefalorraquidiano. Essa abordagem

permite um controle álgico potente com doses muito menores do que as vias sistêmicas.

- **Toxina Botulínica (Botox):** A toxina botulínica é um neuromodulador que bloqueia a liberação de neurotransmissores. A ação da toxina não se limita apenas à placa motora, bloqueando a liberação de acetilcolina. Pesquisas recentes têm demonstrado que ela atua em múltiplos níveis na fisiopatologia da dor.

- **Mecanismo de Ação Ampliado:** A toxina botulínica inibe a liberação de diversos outros neurotransmissores importantes para a transmissão e modulação da dor, como o **glutamato**, a **Substância P**, o **CGRP (Peptídeo Relacionado ao Gene da Calcitonina)**, a **serotonina** e a **noradrenalina**.

- **Atuação na Sensibilização Periférica e Central:** A toxina botulínica tem a capacidade de ser transportada de forma retrógrada (migrando da periferia para o centro) até o **Sistema Nervoso Central (SNC)**, podendo modular a plasticidade neuronal na medula espinhal e no cérebro. Ela também atua na **sensibilização periférica**, reduzindo a liberação de mediadores inflamatórios e citocinas (como IL-1 β e TNF α).

- **Modulação de Células da Glia:** A toxina pode influenciar a atividade de células da glia (micróglias e astrócitos), inibindo a sua ativação e a liberação de citocinas pró-inflamatórias, o que ajuda a reduzir a sensibilização central.

- **Regeneração Neural:** Há evidências de que a toxina pode ter um efeito positivo na regeneração nervosa, agindo nas células de Schwann. Aprovada para o tratamento da **enxaqueca crônica** (protocolo PREEMPT) e usada para tratar **dores neuropáticas localizadas**, como na **neuralgia pós-herpética**, a toxina botulínica oferece um alívio sintomático duradouro e um potencial para modificar a fisiopatologia subjacente da dor crônica^(9, 10, 23).

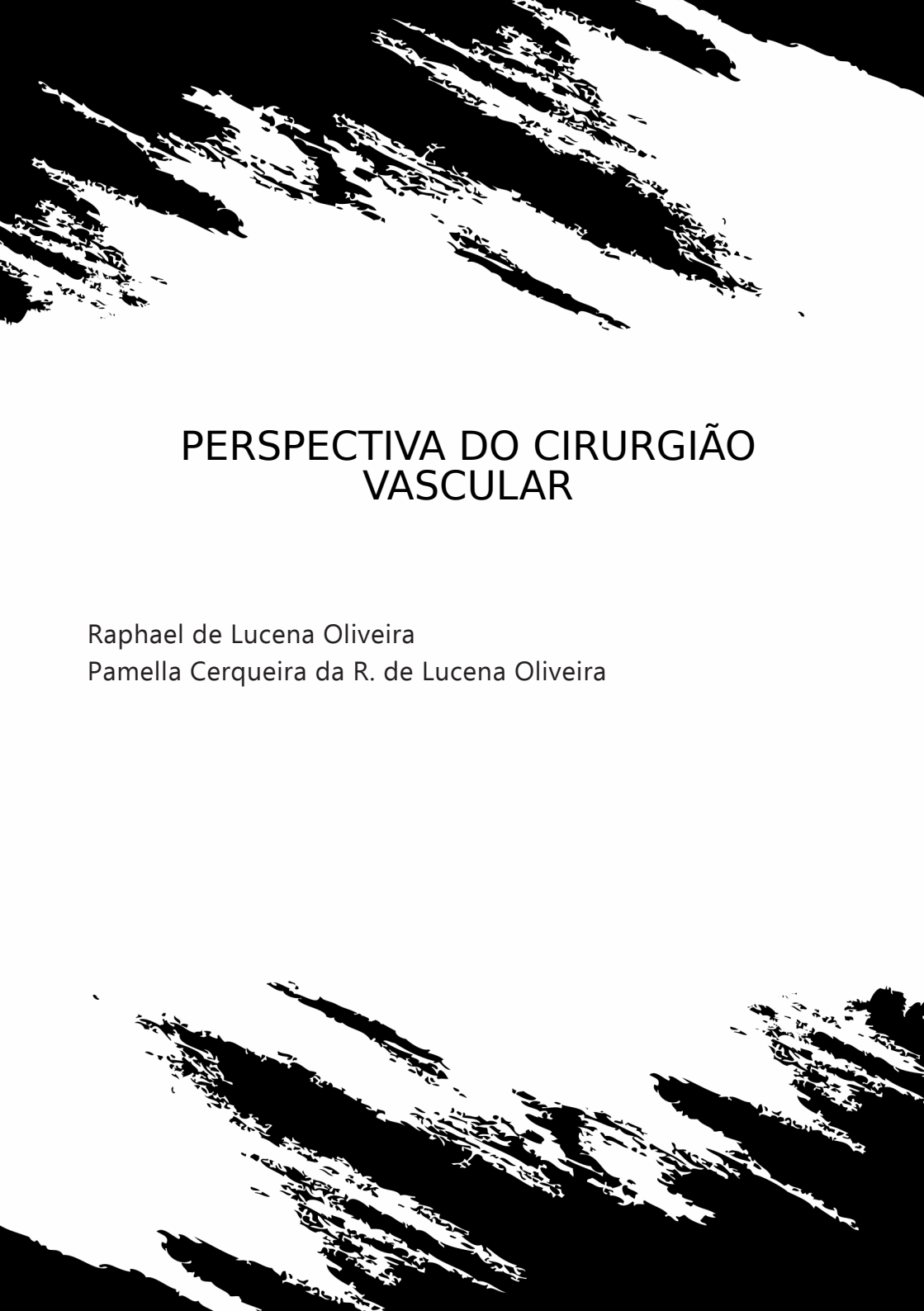
A estomaterapia, com sua abordagem holística, beneficia-se enormemente da compreensão desses tratamentos, pois a enfermeira está na linha de frente do cuidado e pode identificar a necessidade de uma intervenção farmacológica mais específica, colaborando de forma ativa na melhoria do bem-estar do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bjarnason I, Hayllar J, Macpherson A, et al. Side effects of nonsteroidal anti-inflammatory drugs on the small and large intestine in humans. *Gastroenterology*. 1993;104(6):1832-1847. doi:10.1016/0016-5085(93)90426-3.
2. Moore RA, Derry S, McQuay HJ. Acetaminophen, Paracetamol, and Dipyrone as simple analgesics. *The Cochrane Library*. 2005; (3): CD004664.
3. Finnerup NB, Jensen TS. Mechanism-based classification of neuropathic pain. *Pain*. 2012;153(1):31-33. doi:10.1016/j.pain.2011.09.020.
4. Attal N. Pharmacological treatment of neuropathic pain: the past, present and future. *Brain*. 2019;142(8):2131-2139. doi:10.1093/brain/awz145.
5. See S, Ginzburg R. Skeletal muscle relaxants. *Pharmacotherapy*. 2008;28(8):1018-1029. doi:10.1592/phco.28.8.1018.
6. Derry S, Moore RA. Topical capsaicin (high concentration) for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(2):CD007393. doi:10.1002/14651858.CD007393.pub3.
7. Zeppetella G. An overview of fentanyl sublingual for breakthrough cancer pain. *Ther Clin Risk Manag*. 2011;7:311-319. doi:10.2147/TCRM.S21535.
8. Siniscalchi A, et al. Ketamine: A review of its role in pain management. *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2011;49(12):803-810. doi:10.5414/cpp49803.
9. Diener HC, et al. Botulinum toxin type A in the treatment of chronic migraine: the PREEMPT 1 and 2 randomized, double-blind, placebo-controlled trials. *Cephalalgia*. 2010;30(10):1173-1182.
10. Gazerani P. The Role of Botulinum Neurotoxin in the Treatment

- of Neuropathic Pain: An Update. *Toxins* (Basel).2019;11(11):617. doi:10.3390/toxins11110617.
11. Posso IP, et al. Fisiologia da Dor. In: Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED). *Tratado de Dor da SBED: Fisiologia e Semiologia da Dor*. Vol. 1. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017:157.
 12. Milligan ED, Watkins LR. Pathological and protective roles of glia in chronic pain. *Nat Rev Neurosci*.2009;10(1):23-36. doi:10.1038/nrn2533.
 13. Clark D, Saunders C. The management of pain. In: Saunders C, ed. *The Management of Terminal Disease*. 2nd ed. London, UK: Edward Arnold; 1984:64-88.
 14. Finnerup NB, Jensen TS. Mechanism-based classification of neuropathic pain. *Pain*. 2012;153(1):31-33. doi:10.1016/j.pain.2011.09.020.
 15. Raja SN, et al. Post-herpetic neuralgia. *Rev Bras Anesthesiol*. 2010;60(1):63-71.
 16. Sanarmed. Entendendo a dor. Sanar. 2021.
 17. Kosek E, Clauw D, Nijs J, et al. Chronic nociplastic pain: a mechanism-based definition for use in scientific and clinical settings. *Eur J Pain*. 2021;25(5):1018-1025. doi:10.1002/ejp.1770.
 18. Peng L, et al. Local dermal application of a compound lidocaine cream in pain management of cancer wounds. *Am J Hosp Palliat Care*. 2019;36(12):1075-1079.
 19. AstraZeneca. EMLA® Creme. AstraZeneca; 2014.
 20. Qi MB, Bigliardi P. The Roles of Opioid Receptors in Cutaneous Wound Healing. *J Clin Med*. 2018;7(4):71.
 21. Monsalve AM, et al. Analgesic effectiveness of topical sevoflurane to perform sharp debridement of painful wounds. *Wounds*. 2019;31(1):27-30.
 22. Serrano MM, et al. Antibacterial effect of sevoflurane and isoflurane. *J Clin Anesth*. 2017;37:11-14.

23. Moreau N, et al. Peripheral and central neurobiological effects of botulinum toxin A (BoNT/A) in neuropathic pain: a systematic review. *Pain*. 2024;165(8):1674-1688. doi:10.1097/j.pain.0000000000003204.



PERSPECTIVA DO CIRURGIÃO VASCULAR

Raphael de Lucena Oliveira

Pamella Cerqueira da R. de Lucena Oliveira

PERSPECTIVA DO CIRURGIÃO VASCULAR

Introdução

A abordagem multidisciplinar no tratamento de feridas vasculares é ponto chave na otimização do cuidado, dos recursos e na redução do tempo estimado de cicatrização de feridas, e se inicia em uma belíssima jornada, que contraria totalmente a jornada individual do ego e favorece múltiplos saberes, em detrimentos de exclusivamente os nossos.

Notadamente, comissões multidisciplinares de curativos e cuidados de feridas complexas, publicam suas experiências anualmente, a partir das instituições públicas e privadas de saúde do Brasil e do mundo.

A dor de origem vascular é vasta, complexa e por vezes desafiadora. Conhecer os princípios da hemodinâmica vascular, do fluxo das artérias, das veias e dos linfáticos é primordial para a correção diagnóstica e para o planejamento dos cuidados. Na busca pela cicatrização das feridas vasculares, o controle da dor é etapa fundamental e permite que o grupo de profissionais na assistência tenham tempo para avaliar suas condutas e otimizar seus cuidados. Tenho, por vezes, na minha prática clínica, que negociar com meus pacientes suas expectativas e frustrações, e, tenho por hábito, informar que nossa primeira etapa do tratamento deverá incluir o controle da dor, para que assim, ele possa ter a paciência necessária para “esperar” sua ferida cicatrizar. Convenhamos, que poucas coisas na vida são mais desesperadoras que uma dor constante, lancinante, alimentada por uma desesperança na equipe assistente. Não é infrequente que os pacientes tenham passados por vários grupos assistenciais até encontrar aquele que satisfaça suas aspirações. Muitas vezes, não é a falta de qualidade técnica que desagrada os pacientes, e sim, a per-

cepção de falta de empatia com o seu sofrimento.

A experiência consolidada mostra que o acompanhamento conjunto de pacientes com feridas vasculares por cirurgiões vasculares, cardiologistas, endocrinologistas, enfermeiros especialistas em estomaterapia, nutricionistas e fisioterapeutas culminam em resultados mais amplos e duradouros. Mostrando que a integração das múltiplas atuações, dos profissionais, tem efeito sinérgico e complementar, resultando no único objetivo: cicatrizar a ferida.

Tipos de feridas vasculares, aspectos da dor e tratamento

Para fins didáticos, a maioria dos tratados de cirurgia vascular, separam as patologias vasculares, em três grandes grupos: Arterial, venoso e linfático. Acredito, que podemos usar essa mesma categorização para exemplificar os tipos de feridas e seus padrões álgicos associados⁽¹⁾.

Cabe ressaltar, que no Brasil, grande parte das feridas relacionadas a alterações no pé diabético, mesmo se tratando de patologia eminentemente osteoarticular, são tratadas de forma clínica e cirúrgica, por cirurgiões vasculares, e por tanto, também falaremos sobre elas.

Feridas arteriais

Tendo como premissa básica que o fluxo arterial é um fluxo perfusional, levando oxigênio e nutrientes para as periferias do nosso corpo, permitindo que as demandas metabólicas sejam atendidas, em homeostase, mantendo controle da temperatura corporal. Fica fácil compreender que qualquer distúrbio na perfusão arterial gerará nas extremidades: isquemia, com consequente palidez e cianose, redução da temperatura (frieza), dor e necrose de tecidos⁽¹⁾.

Feridas arteriais decorrem das obstruções arteriais crônicas, produzidas pelo processo aterosclerótico de longa data, do eixo vascular da ar-

téria aorta abdominal, das artérias ilíacas, das artérias femorais e poplíteas e das artérias infra-patelares (tibiais anterior e posterior e fibular)⁽¹⁾.

Na forma ulcerosa, tendem a ser pequenas, normalmente puntiformes, mas se destacam pela dor lancinante e pelo aspecto de palidez e sofrimento tecidual de bordas.

Necroses mais extensas como pododáctilos e a região do antepé, geram dor de grande intensidade até que a necrose tecidual se complete, onde pode haver um abrandamento da dor, em decorrência da destruição da inervação distal responsável pela sensibilidade do pé⁽¹⁾.

O tratamento da dor inclui propostas cirúrgicas de desobstrução das artérias, como angioplastias e implante de stents, e cirurgias convencionais como endarterectomias e pontes distais com veia safena, assim como, propostas cirúrgicas mutiladoras, como a amputação de membro, caso a revascularização seja impossível de ser realizada⁽¹⁾.

Não há controle de dor viável, para esses pacientes, sem que haja intervenção cirúrgica. Todo tratamento analgésico é paliativo, sendo escalonado de analgésicos simples (dipirona e paracetamol), para anti-inflamatórios não esteroidais (diclofenaco, ibuprofeno e nimesulida) seguindo para opióides (codeína, tramadol e morfina), anticonvulsivantes (pregabalina e gabapentina) e antidepressivos (amitriptilina).

Nessa fase necrótica, as coberturas dessas feridas não tem a intenção de promover cicatrização, apenas buscam manter um controle biológico que não favoreça a infecção local.

Feridas Venosas

Diferentemente do fluxo arterial, o fluxo venoso é um fluxo de retorno. O sangue venoso apresenta baixa concentração de oxigênio, alta de gás carbônico e diversos detritos do metabolismo celular à serem excretados pelo corpo⁽¹⁾.

O sistema venoso é um sistema valvulado de baixa pressão. Esse sistema é responsável pelo fluxo venoso ter a capacidade de ascender,

contrariando a força da gravidade, indo das periferias corporais para o centro do corpo^(1,2).

Feridas venosas decorrem da alteração da dinâmica vascular, e existem diversas teorias para explicar isso, no entanto, o que é consenso é que o “adoecimento” da parede da veia e das válvulas intravenosas, geram aumento da pressão no sistema venoso, gerando o surgimento de varizes e consequente hipertensão venosa ao nível das extremidades (pés e tornozelos). Essa hipertensão venosa, ao longo dos anos, produz alterações estruturais ao nível da pele e subcutâneo, como dermatite de estase, dermatite ocre, esclerose cutânea alba e atrofia cutânea, permitindo que a pele perca sua capacidade auto-regenerativa. E assim, pequenos traumas que favoreçam a ruptura da barreira da epiderme produzirão feridas com alta probabilidade de cronificação se não tratadas prontamente.

Normalmente, úlceras venosas são maiores, quando comparadas às úlceras arteriais.

Geralmente, menos dolorosas, com granulação exuberante, podendo ser bastante exsudativas. No entanto, as crises de dor tendem a ocorrer na fase inicial da ulceração, com a ruptura e expansão sobre a epiderme. Pelo mesmo motivo, a dor está presente, nas fases de crescimento de diâmetros bordas e, também, quando há infecção recente na ferida. Apesar de não ser uma regra, não é incomum na nossa prática, encontrarmos feridas profundas e diâmetros aumentados completamente indolores, em repouso⁽¹⁾.

O tratamento inicia-se com o controle da dor com analgésicos simples, seguidos de anti-inflamatórios não-esteroidais, escalonando para opioides, se necessário. Associa-se a analgesia ao uso de flebotônicos orais, visando o aumento do tônus vascular venoso, com consequente redução do edema e da permeabilidade capilar. Dos diversos flebotônicos disponíveis, a escolha inicial, normalmente, ainda possui características muito subjetivas e dependentes da experiência clínica do vascular, visto que até o momento não existe estudo disponível que comprove

a superioridade entre os tipos de flebotônicos. No mercado brasileiro, temos as Diosminas puras, as diosminas conjugadas com hesperidina, a hidrosmina, dobesilato de cálcio, aminaftona, cumarina associada a troxerutina, entre outros^(1,2,3).

Tratamentos de intervenção como endolaser, escleroterapia com espuma densa e cirurgias de varizes convencionais, visam melhorar o fluxo venoso promovendo a cicatrização de feridas^(1,3,4).

Existem diversas coberturas a disposição e com muita qualidade para esse tipo de ferida. A equipe de enfermeiras estomaterapeutas traçará a melhor conduta de curativos a depender de aspectos como: umidade da ferida, quantidade de exsudato, característica do biofilme, presença de necrose e esfacelo, assim como colonização ou infecção local por bactérias e fungos^(3,4).

Feridas Linfáticas

O fluxo linfático assim como o fluxo venoso é um fluxo de retorno. As cadeias linfáticas, compostas de capilares e vasos linfáticos drenam o excesso de fluido e resíduos celulares que não são removidos pelo sistema sanguíneo, devolvendo-os à circulação⁽¹⁾.

Obstruções na drenagem linfática causam ingurgitação das cadeias linfáticas, edema, dor e risco aumentado de infecções.

As erisipelas e celulites são exemplos muito presentes na prática clínica de infecções no sistema linfático, causando, dor, rubor e edema locais, sendo necessário a utilização de antibióticos orais para bactérias gram positivas de pele. A depender, da virulência do germe causador da infecção, as lesões podem evoluir para necroses de pele e subcutâneo, com necessidade de debridamento cirúrgico e utilização de coberturas que estimulem a granulação⁽¹⁾.

Infecções recorrentes são responsáveis por edema crônico, endurecido e de difícil resolução. Na fase de edema crônico, normalmente cursam com pouca dor, sendo tratados com flebotônicos e compressão elástica⁽⁵⁾.

Feridas Neuropáticas no pé de pessoas com diabetes

A vasculo-neuropatia do diabetes e suas repercussões, ao nível dos pés do paciente diabético, é vastíssima. Uma busca inicial no PubMed ou na Cochrane Library resulta em diversas revisões sistemáticas e guidelines publicados sobre o assunto⁽⁶⁾.

De forma resumida, a glicosilação ao nível do endotélio vascular produzirá a microangiopatia do diabetes, com oclusão de microcapilares e arteríolas da microcirculação periférica, do glomérulo renal e das retinas. Também produzirá a macroangiopatia diabética, com estímulo à formação de placas ateromatosas luminais e à calcificação da camada média das artérias, reduzindo sua pulsatilidade e compressibilidade (calcificações de Monckeberg). Ao nível das fibras nervosas dos sistemas simpático e parassimpático, nos pés, a glicosilação produzirá lesões na camada de mielina das fibras mielinizadas e destruição das fibras amielínicas, promovendo alterações sensoriais e motoras, o que é descrito como neuropatia diabética. Por si só, é fator determinante para a formação de mal perfurantes plantares e ulcerações crônicas no pé diabético⁽⁶⁾.

O tratamento inicial inclui medidas sobre o estilo de vida como: alimentação saudável, redução da ingestão de carboidratos e a realização de atividades físicas regulares. A redução e normalização da glicemia capilar é primordial para redução de lesões de órgãos alvo a longo prazo. As intervenções do endocrinologista e do nutricionista, no que tange o controle glicêmico, são fundamentais em qualquer etapa do tratamento do diabetes, desde a fase diagnóstica até para fases avançadas, onde os pacientes apresentam úlceras e demais sintomas relacionados a neuropatias periférica^(6,7).

No que tange à dor, raros são os casos em que os pacientes cursam com hiperalgesia e hiperestesia, necessitando de analgésicos. Os sintomas mais frequentes são a parestesia e a anestesia, ao nível da região plantar. No entanto, por vezes, os sintomas podem ser tão intensos, que cursam com desconforto real, constante e limitante aos afazeres diários dos pacientes. Nesse ponto, há a indicação de tratamento medicamen-

tosos, com drogas capazes de abrandar os sintomas. Na nossa prática clínica, os mais utilizados para tratamento de neuropatia periférica são: amitriptilina (antidepressivo tricíclico), gabapentina (anticonvulsivante), pregabalina (anticonvulsivante) e mais recentemente a duloxetina (antidepressivo inibidor da recaptação de serotonina e noradrenalina).

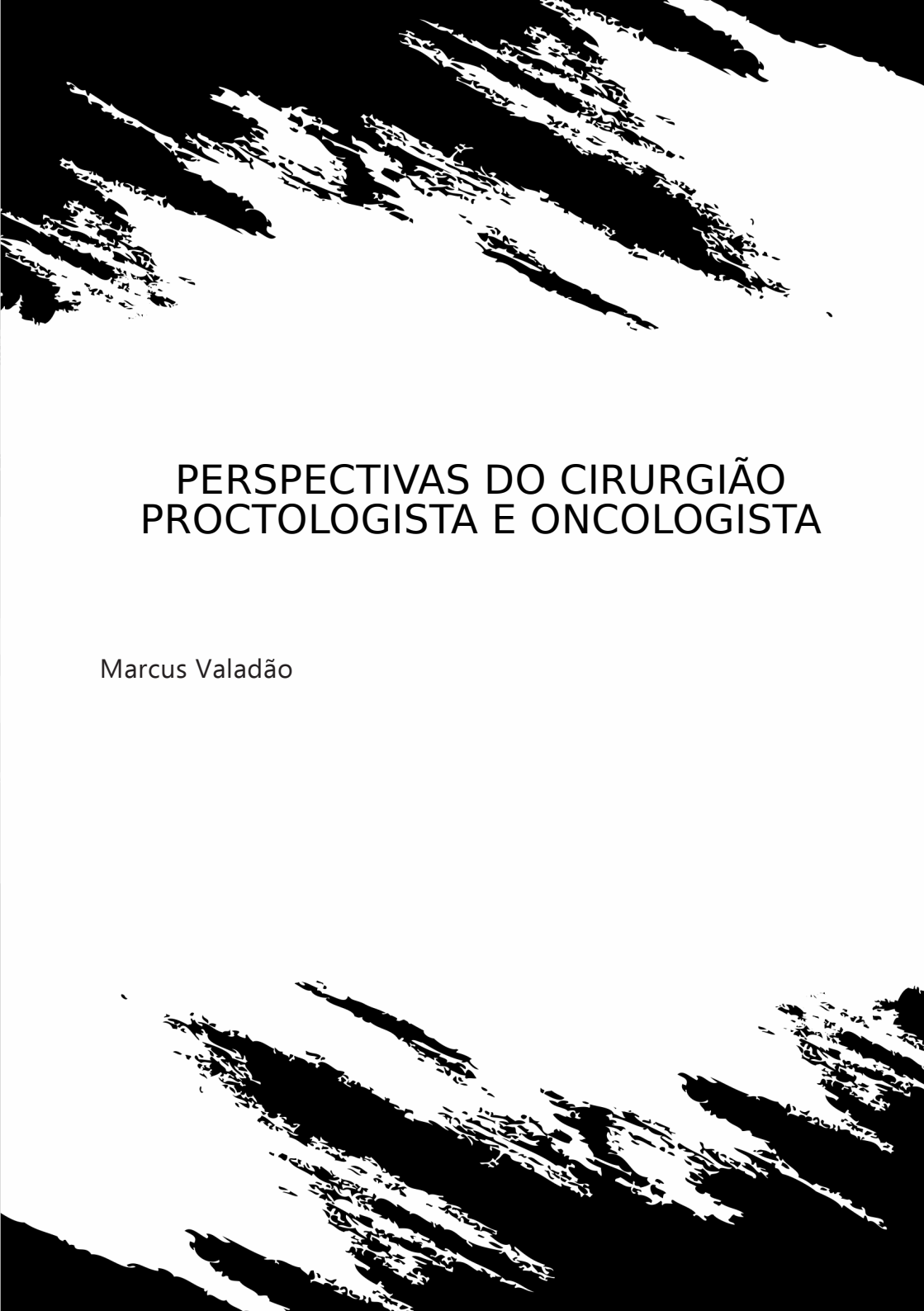
No tratamento do mal perfurante plantar, das ulcerações crônicas e dos cotos de amputações, aliviar a carga, evitando atrito e pressão sobre as bordas e fundo das feridas é fundamental para a cicatrização. A utilização de muletas e cadeiras de rodas é fundamental para o estímulo à adequada cicatrização. A equipe de enfermeiras estomaterapeutas traçará a melhor conduta de curativos a depender de aspectos como: profundidade da ferida e risco de osteomielite associada, umidade da ferida, quantidade de exsudato, característica do biofilme, presença de necrose e esfacelo, assim como colonização ou infecção local por bactérias e fungos⁽⁷⁾.

Considerações Finais

A dor de origem vascular precisa de diagnóstico correto e tratamento ajustado para as comorbidades existentes. A identificação da patologia de base é fundamental para que a analgesia adequada seja instituída. A abordagem sinérgica e complementar de todos os profissionais de saúde é o modelo mais seguro de sucesso no tratamento. A integração das condutas: medicamentosa, nutricional e de curativos, precisa do diálogo amplo e irrestrito entre os diversos profissionais da assistência. Perde-se tempo e recursos quando os profissionais não estão alinhados, entendendo de forma clara o benefício de cada conduta realizada. Sessões clínicas multidisciplinares ajudam a sanar dúvidas e ajudam na otimização do resultado. Em fim, o sucesso repousa sobre a cicatrização final e alta do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rutherford, Robert B. et al. Cirurgia Vascular de Rutherford. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. Disponível: [/https://pesquisa.bvsa-lud.org/portal/resource/pt/dan-4308](https://pesquisa.bvsa-lud.org/portal/resource/pt/dan-4308)
2. Martinez-Zapata MJ, Vernooij RWM, Simancas-Racines D, Urión Tuma SM, Stein AT, Moreno Carriles RMM, Vargas E, Bonfill Cosp X. Phlebtonics for venous insufficiency. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 11. Art. No.: CD003229. DOI: 10.1002/14651858.CD003229.pub4
3. McLain NEM, Moore ZEH, Avsar P. Wound cleansing for treating venous leg ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews 2021, Issue 3. Art. No.: CD011675. DOI: 10.1002/14651858.CD011675.pub2.
4. Shi C, Dumville JC, Cullum N, Connaughton E, Norman G. Compression bandages or stockings versus no compression for treating venous leg ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews 2021, 10.1002/14651858.CD013397.pub2. Issue 7. Art. No.: CD013397. DOI:
5. Preston NJ, Seers K, Mortimer PS. Physical therapies for reducing and controlling lymphoedema of the limbs. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4. Art. No.: CD003141. DOI: 10.1002/14651858.CD003141.pub2.
6. Selva Olid A, Solà I, Barajas - Nava LA, Gianneo OD, Bonfill Cosp X, Lipsky BA. Systemic antibiotics for treating diabetic foot infections. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 9. Art. No.: CD009061. DOI: 10.1002/14651858.CD009061.pub2
7. Wu L, Norman G, Dumville JC, O'Meara S, Bell - Syer SEM. Dressings for treating foot ulcers in people with diabetes: an overview of systematic reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 7. Art. No.: CD010471. DOI: 10.1002/14651858.CD010471.pub2



PERSPECTIVAS DO CIRURGIÃO PROCTOLOGISTA E ONCOLOGISTA

Marcus Valadão

ESTOMIA EM ONCOLOGIA

A estomia é indicada em oncologia devido à necessidade de tratar complicações, preservar a função vital ou aumentar a sobrevida dos pacientes com câncer que acomete o trato digestivo ou urinário. **Os motivos principais para realização de estomia em oncologia incluem:**^(1,2,3)

- Obstrução tumoral: Cânceres do cólon, reto ou bexiga podem causar obstrução intestinal ou urinária, impossibilitando o trânsito normal dos efluentes. Nesse contexto, a estomia permite a saída de fezes ou urina por um novo trajeto externo ao órgão comprometido.
- Necessidade de ressecção de segmentos intestinais ou urinários: Em tumores localizados na cavidade abdominal que acometem o trato digestivo ou urinário, parte do órgão pode ser removida para controle da doença; a estomia facilita a eliminação dos resíduos após a cirurgia nos casos em que não é possível a reconstrução primária desses órgãos.
- Perfuração ou risco de perfuração: Tumores podem levar à perfuração do intestino ou vesical, com risco de infecção grave. A criação do estoma previne complicações e permite o manejo seguro dessas situações.
- Prevenção de fístulas ou complicações pós-operatórias: Quando há risco elevado de complicações, como fístulas ou falhas na cicatrização do trato digestivo ou urinário após cirurgia oncológica, indica-se temporariamente a estomia para evitar infecções e promover a recuperação do paciente.
- Insuficiência de órgãos ou falha funcional: Em casos de tumores avançados, lesões extensas ou radioterapia que comprometem irreversivelmente o órgão, a estomia pode ser definitiva.

- Melhoria da qualidade de vida e sobrevida: Ao desviar o trânsito normal de fezes e urina, a estomia controla sintomas como dor, sangramento e infecção, proporcionando melhor qualidade de vida e resolução dos sintomas.

Exemplos comuns de estomias em oncologia

- Câncer colorretal: Principal causa de estomia intestinal em oncologia, especialmente nos casos de tumores localizados no sigmóide e reto ou complicados por obstrução, perfuração ou invasão local.
- Câncer de bexiga: Após cistectomia total (remoção da bexiga), utiliza-se a urostomia para drenagem urinária, garantindo a função renal e eliminando riscos de infecção.
- Outros tumores abdominais: Neoplasias ginecológicas, sarcomas abdominais e outros tumores que acometem a cavidade abdominal podem demandar estomias em situações de obstrução intestinal ou urinária.

O uso da estomia em oncologia é respaldado por evidências clínicas e tem como objetivo central a preservação da vida, o controle dos sintomas e a reabilitação dos pacientes portadores de câncer que acometem o sistema digestivo ou urinário, causando complicações que ameaçam a vida.

Tipos de estomia em oncologia

Os principais tipos incluem colostomia, ileostomia e urostomia, cada qual com indicações específicas conforme o órgão acometido.

- Colostomia: Indicada principalmente para tumores do cólon e reto, é a exteriorização do intestino grosso para o abdome, permitindo a eliminação de fezes por meio de bolsa

coletora.

- Ileostomia: Criada a partir do íleo, geralmente é necessária em lesões que acometem o intestino delgado. O conteúdo eliminado costuma ser mais líquido e requer cuidados específicos.
- Urostomia: Quando há acometimento do sistema urinário, em especial da bexiga e ureteres, realiza-se drenagem urinária (geralmente utiliza-se uma derivação urinária com a utilização de alças intestinais, como a derivação a Bricker, que é uma derivação urinária que utiliza o implante dos ureteres no intestino delgado e exterioriza-se o intestino delgado na parede abdominal) .

Cuidados e reabilitação do paciente estomizado

O cuidado qualificado ao paciente estomizado é fundamental. A equipe de enfermagem deve atuar desde o preparo pré-operatório até o acompanhamento pós-operatório, ofertando informações sobre o manejo da bolsa, higiene da pele periestoma, identificação precoce de complicações e incentivo ao autocuidado. Estudos destacam que o suporte de profissionais especializados, como estomaterapeutas, favorece a adaptação do paciente, a redução das complicações e a melhoria da qualidade de vida.^(4,,5,6)

É primordial que haja o acompanhamento de um enfermeiro experiente e com conhecimento de dispositivos para estomias, considerando o tipo de dispositivo utilizado também pode ser fator de risco para complicações periestomais. O manejo adequado das estomias nos pacientes oncológicos é fundamental pois evita que haja interrupção do tratamento oncológico por conta de complicações relacionadas as estomias. Muitas vezes os pacientes estão em curso de quimioterapia ou radioterapia

e a interrupção desses tratamentos por conta de complicações das estomias pode comprometer o resultado do tratamento oncológico.

Qualidade de vida e recomendações

A realização da estomia pode impactar significativamente a qualidade de vida, exigindo reabilitação multidisciplinar e atenção integral à saúde física, nutricional, emocional e social dos pacientes. O acompanhamento com uma estomaterapeuta é fundamental para melhorar a qualidade de vida dos pacientes que apresentam complicações relacionadas as estomias, além de ser capaz de evitar complicações relacionadas ao manejo inadequado das estomias.^(1,8) O envolvimento da família e de redes de apoio são fatores que auxiliam no processo de adaptação e reinserção social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Regiane de Souza Mendonça; Valadão, Marcus; CASTRO, Leonaldson dos Santos; CAMARGO, T. C.. A importância da consulta de enfermagem em pré-operatório de ostomias intestinais. *Revista Brasileira de Cancerologia*. v.53, p.431 - 435, 2007.
2. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Cuidados com estomias intestinais e urinárias. Rio de Janeiro: INCA; 2022.
3. Silva J, Santos C, Andrade M. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes submetidos a estomia por câncer colorretal. *ESTIMA Braz J Enterostomal Ther*. 2023;21:e1313.
4. Ministério da Saúde (BR). Guia de atenção à saúde da pessoa com estomia. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
5. Souza D, Lima V, Pereira F. Intervenções de enfermagem no cuidado a pacientes com estomia decorrente de câncer ginecológico. *Rev Enferm UFPE*. 2021;15(2):e245896.
6. Martins L, Oliveira A, Rocha F. Fatores associados à confecção de estomias temporárias e definitivas. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54:e03618.
7. Borges F, Almeida M. Complicações e manejo de pacientes ostomizados pós-radioterapia. *ESTIMA Braz J Enterostomal Ther*. 2021;19:e1521.
8. Medeiros E, Bezerra K, Costa V. Perfil sociodemográfico e clínico de pessoas com estomia por causa oncológica. *ESTIMA Braz J Enterostomal Ther*. 2021;19:e1421.



MÉDICO DA DOR

Felipe Gustavo Braga Castro

O MÉDICO DA DOR

O manejo eficaz da dor em pacientes com feridas e estomias vai muito além do uso de curativos ou do tratamento da lesão em si. A dor, especialmente a crônica, é um fenômeno complexo e multifatorial que exige uma abordagem especializada e integrada. Nesse contexto, o **médico da dor**, surge como uma figura indispensável na equipe multiprofissional, trabalhando em conjunto com o enfermeiro estomaterapeuta para otimizar o cuidado do paciente.

O que é o Médico da Dor?

O médico da dor, ou especialista em dor, é um profissional com formação avançada no diagnóstico e tratamento de síndromes dolorosas agudas, crônicas e oncológicas. A **Medicina da Dor** é uma **área de atuação**, reconhecida pela **Associação Médica Brasileira (AMB)**, que pode ser obtida por médicos de diferentes especialidades que realizam uma formação adicional na área. As especialidades que podem ter o título de área de atuação em Dor incluem **Anestesiologia, Clínica Médica, Medicina Física e Reabilitação, Neurocirurgia, Neurologia, Ortopedia, Pediatria e Reumatologia⁽¹⁾**.

A principal missão do médico da dor é identificar e tratar a causa subjacente da dor, não apenas os sintomas. Para isso, ele utiliza uma ampla gama de ferramentas e conhecimentos, que vão desde a prescrição de medicamentos avançados até a realização de procedimentos minimamente invasivos. O objetivo é restaurar a funcionalidade, melhorar a qualidade de vida e permitir que o paciente retome suas atividades diárias. E nos casos mais difíceis o objetivo principal é dar conforto e dignidade ao paciente.

O Papel do Médico da Dor na Equipe Multiprofissional

No contexto da estomaterapia, a colaboração entre o médico da dor e o enfermeiro é a chave para o sucesso do tratamento. O enfermeiro estomaterapeuta, na linha de frente do cuidado, é quem melhor conhece o paciente e suas queixas diárias, atuando como a principal ponte entre o paciente e o especialista.

- **Avaliação e Diagnóstico:** O enfermeiro estomaterapeuta tem um papel crucial na identificação da dor, avaliando sua intensidade, características e impacto na vida do paciente. O médico da dor, por sua vez, aprofunda essa investigação, utilizando o histórico detalhado e o exame físico para diferenciar os tipos de dor (nociceptiva, neuropática, mista, nociplástica) e estabelecer um plano de tratamento específico.
- **Tratamento Farmacológico Avançado:** A dor crônica, que frequentemente acompanha as lesões de pele e estomias, muitas vezes não responde a analgésicos convencionais. O médico da dor é o responsável por prescrever e titular medicamentos adjuvantes, como anticonvulsivantes (gabapentina, pregabalina) e antidepressivos (duloxetina, amitriptilina), que atuam nos mecanismos fisiopatológicos da dor crônica. Além disso, o especialista em dor tem um papel fundamental na prescrição e no ajuste de **opioides fortes** para pacientes com dor moderada a intensa, sempre buscando o equilíbrio entre alívio e minimização dos efeitos colaterais.
- **Intervenções Terapêuticas:** Em casos de dor de difícil controle, o médico da dor realiza procedimentos que podem proporcionar alívio significativo. Para pacientes com dor neuropática, ele pode indicar bloqueios nervosos, infiltrações e o uso de toxina botulínica para neuralgias localizadas (como a neuralgia pós-herpética). Em pacientes que necessitam de altas doses de opioides fortes e já apresentam efeitos colaterais sistêmicos li-

mitantes, pode ser indicado o implante de uma **bomba de infusão intratecal**. Esse dispositivo entrega medicamentos (como opioides, anestésicos locais ou baclofeno) diretamente na medula espinhal, proporcionando um controle álgico potente com doses muito menores.

- **Acompanhamento e Ajustes:** O tratamento da dor crônica não é um evento único, mas um processo contínuo. O médico da dor e a equipe de enfermagem colaboram no monitoramento dos resultados, na avaliação de efeitos colaterais e no ajuste das terapias para garantir a eficácia a longo prazo.

Pacientes da Estomaterapia e a Medicina da Dor

Os pacientes da stomaterapia frequentemente apresentam comorbidades e condições que resultam em dores crônicas:

- **Dor em Feridas Crônicas:** Pacientes com lesões por pressão, úlceras vasculares ou feridas oncológicas podem desenvolver dor nociceptiva e/ou neuropática, que necessitam de um tratamento específico.
- **Dor Neuropática Periestomal:** A dor neuropática na região do estoma ou em feridas cirúrgicas pode ser um desafio significativo. A avaliação por um especialista em dor é fundamental para o diagnóstico e para o tratamento com medicamentos e procedimentos direcionados.
- **Dor Relacionada a Complicações da Estomia:** É comum que a enfermeira stomaterapeuta se depare com dores agudas relacionadas a complicações, como:
 - **Dor Pós-cirúrgica:** Persiste além do período de cicatrização inicial e pode ter um componente neuropático.
 - **Lesões por Secreção da Estomia:** A dor é causada pelo extravasamento da secreção do estoma, que pode irritar e lesar a pele periestomal.

- **Retração de Estoma:** A **retração de estoma**, com acúmulo de secreção na cavidade abdominal e infecção local, é uma complicação que causa dor intensa e requer uma avaliação especializada.
- **Dor em Cuidados Paliativos:** Pacientes com feridas oncológicas ou com doenças terminais necessitam de um manejo da dor que considere o conceito de **Dor Total**, abordando os componentes físicos, emocionais, sociais e espirituais. O médico da dor, em conjunto com o enfermeiro, desempenha um papel vital no alívio do sofrimento desses pacientes

Em suma, a integração do médico da dor na equipe de estomaterapia permite uma abordagem mais completa, segura e eficaz no cuidado da dor, resultando em melhores desfechos e maior qualidade de vida para o paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Associação Médica Brasileira. Edital de Exame de Suficiência para Obtenção de Certificado de Área de Atuação em Dor. Disponível em: <https://amb.org.br/wp-content/uploads/2021/10/EDITAL-DOR-.pdf>. Acesso em 14 de agosto de 2025.



GERENCIAMENTO DA DOR EM ESTOMATERAPIA



DOR EM FERIDAS

Suzana Aparecida da Costa Ferreira

DOR EM FERIDAS

Conceito de ferida

Ferida é a interrupção da continuidade da pele ou mucosas, podendo acometer tecidos subjacentes e resultar de traumas físicos, químicos, térmicos ou condições patológicas. As feridas de difícil cicatrização são aquelas que apresentam alteração na sequência fisiológica de reparo e frequentemente podem estar associadas a doenças crônicas como diabetes mellitus, insuficiência venosa, doenças arteriais periféricas e as feridas que podem não cicatrizar como as feridas neoplásicas malignas, relacionadas ao desenvolvimento de células malignas e invasão tecidual. Ter uma ferida representa impacto significativo na qualidade de vida, na funcionalidade e no bem-estar psicológico e é um importante desafio para o sistema de saúde. A prevalência global estimada é de cerca de 1,67 casos por 1000 habitantes⁽¹⁾.

Conceito de dor

A dor, segundo a International Association for the Study of Pain (IASP), é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual real ou potencial. No contexto das feridas, a dor pode ser constante ou episódica, variar em intensidade e qualidade, e estar presente tanto em repouso quanto durante procedimentos de cuidado, como limpeza, desbridamento e troca de curativos. Além de fatores fisiopatológicos locais, a dor é modulada por aspectos emocionais e cognitivos, como ansiedade e estresse, que podem potencializar sua intensidade^(2,3).

Epidemiologia da dor em feridas

A dor é um sintoma altamente prevalente em pessoas com feridas de difícil cicatrização. Estudo recente indica que mais de 60% desses

pacientes referem sentir dor “frequentemente” ou “todo o tempo”, e aponta que indivíduos com dor mais intensa apresentam pior cicatrização, possivelmente devido ao aumento da resposta inflamatória e do estresse fisiológico². Procedimentos como o desbridamento larval (biológico) podem intensificar a dor com aumento médio de 2,26 para 4,79 pontos na escala numérica ao longo de três dias^(4,5).

Causas e tipos de dor em feridas

A dor em feridas pode ser classificada em aguda e de curta duração, geralmente relacionada a dano tecidual recente, com função protetora e sinalizadora de lesão. Normalmente se resolve com a cicatrização ou remoção da causa. E em crônica: persiste por mais de três meses ou além do tempo esperado de cicatrização, podendo resultar de alterações nos mecanismos de dor, com impacto significativo na função e qualidade de vida, frequentemente sem função protetora⁵. Além disso, é possível classificar de acordo com seu mecanismo e momento de ocorrência⁽⁶⁾:

- Dor basal (em repouso): associada a inflamação persistente, isquemia ou dano nervoso.
- Dor procedimental: desencadeada por manipulação, troca de curativos ou desbridamento.
- Dor neuropática: decorrente de lesão nervosa periférica, frequente em neuropatia diabética e ferida neoplásica maligna .
- Dor isquêmica: relacionada à redução do fluxo sanguíneo.
- Dor inflamatória: causada pela liberação de mediadores químicos, como prostaglandinas.

Fatores agravantes incluem infecção, excesso de exsudato, adesão de curativos e trauma mecânico durante procedimentos.

Avaliação da dor em feridas

A avaliação da dor em feridas deve ser sistemática e individualizada, considerando intensidade, qualidade, duração, localização e fatores agravantes ou atenuantes. Escalas unidimensionais, como a Escala Numérica (0 a 10), Escala Visual Analógica (EVA) e Escala Verbal Descritiva, são amplamente utilizadas para quantificar a intensidade. Ferramentas multidimensionais, como o McGill Pain Questionnaire, permitem caracterizar qualitativamente a dor. É fundamental avaliar todos os tipos de dor, registrando os achados em cada troca de curativo ou atendimento. Em pacientes com dificuldade de comunicação, como idosos com comprometimento cognitivo, podem ser aplicadas escalas observacionais (ex.: PAINAD) que avaliam expressões faciais, postura, vocalizações e alterações fisiológicas. A avaliação regular permite ajustar o manejo analgésico e identificar complicações como infecção ou deterioração tecidual^(5,7).

Estratégias para manejo da dor em feridas – farmacológicas^(5,7,8,9)

O manejo farmacológico deve seguir princípios individualizados, considerando a intensidade e o tipo de dor. A Escada Analgésica da OMS é a base para o tratamento, iniciando com analgésicos não opioides (paracetamol, AINEs) para dores leves, progredindo para opioides fracos (codeína, tramadol) e, quando necessário, opioides fortes (morfina, oxicodona). Adjuvantes como antidepressivos tricíclicos e anticonvulsivantes são indicados para dor neuropática. O uso de analgesia pré-procedimento, especialmente antes de trocas de curativos dolorosas ou desbridamentos, é fundamental para prevenir picos dolorosos.

Tabela 1 – Estratégias farmacológicas para manejo da dor em feridas

Classe / Exemplo de fármaco	Indicação principal	Vantagens	Limitações / Cuidados
Analgésicos não opioides (paracetamol, dipirona)	Dor leve a moderada, em repouso ou procedimental	Boa tolerabilidade, baixo custo	Cautela em insuficiência hepática e risco de agranulocitose
AINEs (ibuprofeno, naproxeno)	Dor inflamatória com edema	Efeito anti-inflamatório, ação rápida	Evitar em insuficiência renal, úlcera péptica, risco cardiovascular
Opioides fracos (tramadol, codeína)	Dor moderada a intensa refratária	Eficácia em dor nociceptiva	Potencial de dependência, constipação, náuseas
Opioides fortes (morfina, oxycodona, fentanil)	Dor intensa refratária	Potente analgesia	Risco elevado de efeitos adversos e dependência
Adjuvantes (amitriptilina, duloxetina, gabapentina, pregabalina)	Dor neuropática	Potencializam analgesia	Sedação, tontura, ganho de peso
Anestésicos tópicos (lidocaína gel ou spray)	Dor procedimental imediata	Ação rápida local	Uso limitado a áreas pequenas

Estratégias para manejo da dor em feridas – não farmacológicas^(1,2,5-7,10)

Intervenções não farmacológicas complementam o tratamento, reduzindo a necessidade de medicamentos. Entre elas: uso de curativos atraumáticos, técnicas de relaxamento, aplicação de frio ou calor, posicionamento adequado, terapias avançadas como pressão negativa, intervenções psicológicas e TENS (Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea).

Tabela 2 – Estratégias não farmacológicas para manejo da dor em feridas

Intervenção	Indicação principal	Vantagens	Limitações / Cuidados
Coberturas Antiaderentes, Absorventes e Antinflamatória	Reduzir dor em trocas de curativo, controla infecção e inflamação	Minimiza dano ao tecido de granulação	Avaliação do especialista na escolha da cobertura
Técnicas de relaxamento	Dor procedimental e ansiedade	Sem efeitos colaterais	Requer treinamento prévio
Aplicação de frio local	Dor aguda pós-procedimento	Reduz inflamação	Contraindicado em isquemia
Aplicação de calor local	Dor crônica com rigidez	Aumenta fluxo sanguíneo	Contraindicado em áreas inflamadas
Posicionamento e alívio de pressão	Lesões por pressão, dor isquêmica	Melhora perfusão tecidual	Necessita supervisão
Terapia por pressão negativa ajustada	Feridas complexas com exsudato e infecção	Estimula granulação, controle da infecção e exsudato	Pode causar dor se pressão excessiva, alto custo
Intervenções psicológicas	Dor persistente com estresse	Reduz percepção de dor	Disponibilidade de profissional
TENS (Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea)	Dor neuropática ou mista	Não invasiva, reduz uso de analgésicos	Resposta variável, necessita de equipamento e profissional capacitado
Terapias aplicadas a pele peri-Ferida (óxido de zinco, hidrocolóide (placa e pó), polímero (spray e creme), silicone, acrilato e cianoacrilato, petrolato, dimeticona, pomada de vitamina A e D)	Reduzir a dor relacionada ao excesso de exsudato	Protege a pele peri-ferida	Indicação e uso adequado
Técnica de curativo de forma correta	Controle da dor às trocas de curativos	Vínculo e confiança do paciente	Adesão e comprometimento da equipe

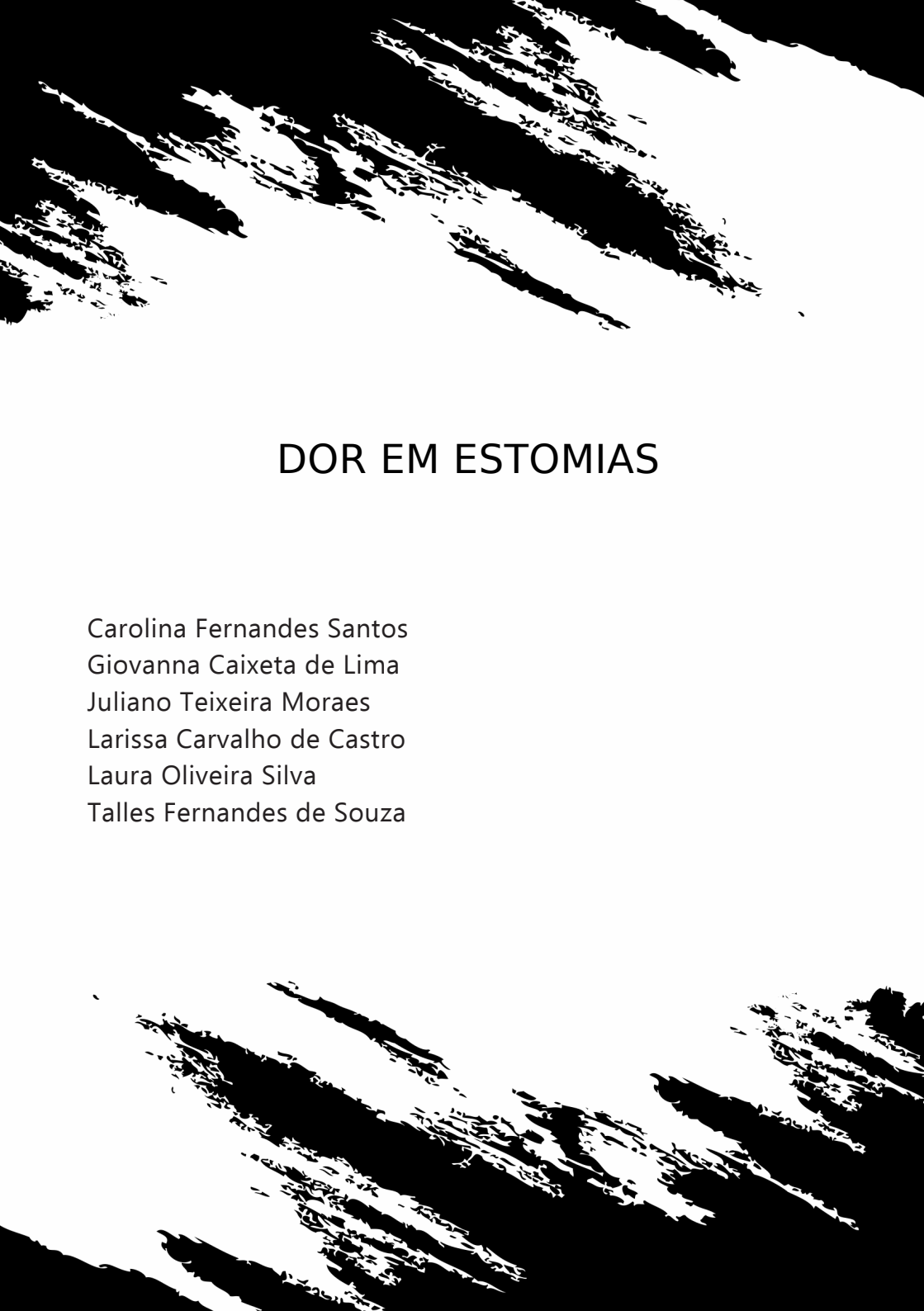
Cuidados do estomaterapeuta ao paciente com dor em feridas

O estomaterapeuta deve avaliar sistematicamente a dor, identificar fatores desencadeantes, selecionar coberturas adequadas, educar paciente e familiares, coordenar abordagem interdisciplinar e monitorar a resposta ao tratamento, ajustando condutas conforme necessário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Eriksson E, Liu PY, Schultz GS, Martins-Green MM, Tanaka R, Weir D, et al. Chronic wounds: Treatment consensus. *Wound Repair Regen.* 2022;30(2):156-171. doi:10.1111/wrr.12994.
2. Woo K, Serna González CV, Amdie FZ, Santos VLCG. Exploring the effect of wound related pain on psychological stress, inflammatory response, and wound healing. *Int Wound J.* 2024;21:e14942. doi:10.1111/iwj.14942.
3. International Association for the Study of Pain. IASP Terminology [Internet]. 2020 [citado 2025 Ago 12]. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
4. Bazaliński D, Sieńczak K, Pytlak K, Przybek-Mita J, Pelczar K, Leppert W, et al. Pain assessment in patients undergoing maggot debridement therapy in the process of local treatment of chronic wounds. *J Clin Med.* 2024;13(3):884. doi:10.3390/jcm13030884.
5. European Wound Management Association (EWMA). Holistic Management of Wound Pain. *J Wound Care.* 2024;33(Sup3a):S1-S68. doi:10.12968/jowc.2024.33.Sup3a.S1.
6. Dubský M, Fejfarova V, Bem R, Jude EB. Pain Management in Older Adults with Chronic Wounds. *Drugs Aging.* 2022;39:619-629. doi:10.1007/s40266-022-00963-w.
7. da Costa Ferreira SA, Serna González CV, Thum M, da Costa Faresin AA, Woo K, de Gouveia Santos VLC. Topical therapy for pain management in malignant fungating wounds: a scoping review. *J Clin Nurs.* 2022;00:1–15. doi:10.1111/jocn.16508.
8. Korkmaz E, Aslan FE, Selçuk CT. Assessment of wound pain. *Soc Sci Learn Educ J.* 2020;5(10). doi:10.15520/sslej.v5i10.2724.
9. Price P, Fogh K, Glynn C, Krasner DL, Osterbrink J, Sibbald RG. Managing painful chronic wounds: the Wound Pain Management Model. *Int Wound J.* 2007;4(Suppl 1):4-15. doi:10.1111/j.1742-481X.2007.00341.x.

10. Ma Y, Li Y, Wang C, Zhang Y, Wang L, Hu R, et al. Effects of non-pharmacological interventions on pain in wound patients during dressing change: a systematic review. *Nurs Open*. 2024;11(1):e2107. doi:10.1002/nop2.2107.



DOR EM ESTOMIAS

Carolina Fernandes Santos

Giovanna Caixeta de Lima

Juliano Teixeira Moraes

Larissa Carvalho de Castro

Laura Oliveira Silva

Talles Fernandes de Souza

ABORDAGEM DA DOR EM PESSOAS COM ESTOMIA

Introdução

A confecção de uma estomia, temporária ou permanente, constitui um procedimento cirúrgico amplamente utilizado no manejo de diferentes condições patológicas, como anomalias congênitas, obstruções intestinais, doenças inflamatórias intestinais, traumas e neoplasias do trato gastrointestinal⁽¹⁾. Apesar de ser uma intervenção de caráter vital, o procedimento está associado a desafios significativos, com complicações pós-operatórias ocorrendo em cerca de 70% dos pacientes⁽²⁾. A dor, nesse contexto, transcende a experiência puramente física, emergindo como um sinalizador de problemas subjacentes que demandam uma abordagem multidimensional.

A presença de uma estomia implica alterações significativas na imagem corporal e na fisiologia do indivíduo, com repercussões que se estendem a múltiplas dimensões da vida. O uso contínuo do equipamento coletor, associado ao risco de vazamentos e complicações cutâneas, impacta diretamente a qualidade de vida⁽³⁾. Embora o cuidado adequado possibilite que a maioria dos pacientes mantenha uma vida social, profissional e sexual ativa, o processo de adaptação permanece desafiador e complexo⁽¹⁾.

A dor física, associada às complicações, potencializa o sofrimento emocional, o medo do estigma social, a ansiedade e a depressão, configurando uma experiência que abala a estrutura psicológica e social da pessoa com estomia. Essa vivência de dor e desconforto pode limitar a autonomia, restringir a participação em atividades cotidianas e gerar um sentimento de perda e isolamento⁽⁴⁾.

A dor em pessoas com estomia apresenta uma natureza multidimensional, o que exige uma abordagem integral. Assim, para além do tratamento farmacológico e da intervenção cirúrgica, quando necessária, um plano terapêutico completo é fundamental. A experiência

dolorosa é influenciada não apenas por fatores físicos, como a irritação da pele, mas também por dimensões psicológicas, sociais e espirituais, um conceito conhecido nos cuidados paliativos como “dor total”⁽⁵⁾.

O sofrimento vivenciado resulta da interação complexa entre a lesão tecidual, o desconforto, a alteração da autoimagem, o isolamento social e as angústias existenciais.

Tipos de dor no contexto das estomias

Dor aguda e dor crônica

Retomando conceitos já descritos em capítulos anteriores, a dor, fenômeno multifatorial que integra componentes físicos e psicológicos, manifesta-se em pacientes com estomia sob duas formas principais: **aguda e crônica**. Essa classificação, baseada na duração, reflete diferenças na etiologia e nos mecanismos fisiopatológicos envolvidos.

A **dor aguda** caracteriza-se por início súbito e geralmente está relacionada a trauma ou a condições transitórias⁽⁶⁾, com duração que pode variar de minutos a semanas. No paciente estomizado, é frequentemente consequência do trauma cirúrgico, como a dor abdominal pós-operatória, e tende a responder adequadamente ao uso de analgésicos. Seu mecanismo envolve a ativação de **nociceptores** – terminações nervosas especializadas em detectar estímulos nocivos – que transmitem impulsos ao sistema nervoso central. A intensidade da dor é modulada pela frequência desses impulsos, sendo proporcional à quantidade de sinais que chegam ao córtex cerebral⁽⁷⁾.

A **dor crônica**, por sua vez, é definida como aquela que persiste por mais de três meses, tornando-se uma condição patológica em si. Em pacientes estomizados, pode estar associada a complicações tardias, como retrações, hérnias paraestomais, prolapsos, dermatites irritativas, estenoses ou lesões nervosas⁽⁸⁾. Sua perpetuação decorre de alterações **neuroplásticas** no sistema nervoso, que passa a interpretar estímulos de baixa relevância como dolorosos, refletindo disfunção

nos circuitos da dor⁽⁷⁾.

Trata-se de um quadro geralmente mais complexo, difuso e, muitas vezes, resistente aos analgésicos convencionais. Por isso, exige uma **abordagem multidisciplinar**, que considere não apenas o controle farmacológico, mas também intervenções complementares voltadas ao bem-estar físico e emocional do paciente, dado seu profundo impacto na qualidade de vida⁽⁹⁾.

Dor nociceptiva x neuropática

Outra forma de classificar a dor é segundo o seu **mecanismo de ação**, distinguindo-se em **dor nociceptiva** e **dor neuropática**. Em pessoas com estomia, a dor nociceptiva costuma estar associada a complicações mecânicas do procedimento cirúrgico, como abscessos e hérnias, lesões de pele periestomal (úlceras e dermatites) ou ainda a eventos relacionados à manipulação, como durante a troca ou limpeza do dispositivo⁽⁴⁾.

Já a dor **neuropática** decorre de dano ou disfunção do sistema nervoso central ou periférico, sendo frequentemente resultado de lesões nervosas na parede abdominal ou na região do estoma durante o procedimento cirúrgico em pacientes estomizados. Sua intensidade pode variar de leve a grave e, em alguns casos, estar associada a manifestações como **alodinia, hipoestesia, fraqueza muscular ou dormência**⁽¹⁰⁾.

Dor associada à estomia: fatores mecânicos, complicações e manejo de equipamentos

A dor em pacientes com estomia é um sintoma **frequente e multifacetado**, decorrente tanto da manipulação e do autocuidado com o estoma quanto de complicações clínicas associadas. A compreensão de seus mecanismos é fundamental para a prevenção e para a elaboração de um plano de cuidado eficaz⁽⁵⁾.

Dor por manipulação da estomia

A dor aguda relacionada à manipulação da estomia ocorre com frequência e está vinculada a traumas mecânicos da pele periestomal, complicações locais ou inadequação do dispositivo coletor. Durante a troca do equipamento, a retirada de adesivos muito aderentes pode provocar lesão cutânea pela remoção de camadas superficiais do estrato córneo, comprometendo a função de barreira e expondo terminações nervosas livres. Esse processo ativa nociceptores responsáveis pela sensação de dor e desconforto⁽¹¹⁾.

Para reduzir tais danos, recomenda-se a remoção lenta e delicada do adesivo e o uso de removedores em spray, medidas que ajudam a preservar a integridade cutânea e a minimizar a dor⁽⁵⁾.

Dor associada a complicações

A dor relacionada a complicações da estomia é um **sinal de alerta clínico** que deve ser investigado, podendo indicar processos inflamatórios, infecciosos ou alterações estruturais⁽¹²⁾. Entre as causas mais comuns estão:

Quadro 1: Complicações em estomias de eliminação e mecanismo de dor

Complicação	Descrição	Mecanismo de dor
Dermatite periestomal	Contato prolongado do efluente intestinal com a pele → irritação, inflamação e risco de infecção (13).	Irritação química e inflamatória da pele, ativando nociceptores locais.
Estenose	Estreitamento da estomia que dificulta a passagem das excreções.	Distensão da alça intestinal → dor em cólica pela pressão aumentada.
Retração	Estoma retraído, dificultando a vedação do dispositivo e favorecendo vazamentos.	Vazamento e contato do efluente com a pele → dor por dermatite e lesão cutânea.
Hérnia periestomal	Protrusão de alça intestinal pelo estoma.	Dor multifatorial: tensão muscular, compressão nervosa e aumento da pressão intra-abdominal.
Foliculite	Inflamação de folículos pilosos, causada por trauma na remoção de pelos ou pelo uso inadequado da bolsa.	Dor localizada, associada a prurido, inflamação e irritação cutânea.
Deiscência mucocutânea	Separação entre mucosa do estoma e pele adjacente, com exposição do tecido subcutâneo.	Dor intensa por exposição tecidual, manipulação e contato com efluente intestinal.

O tratamento da dor deve sempre incluir a abordagem da causa primária, prevenindo sua progressão e reduzindo a necessidade de intervenções adicionais.

Uso de equipamentos coletores e a prevenção da dor

A prevenção de complicações periestomais é essencial para o manejo da dor em pacientes estomizados. Para isso, o uso de dispositivos adequados desempenha papel central. Produtos de barreira, como pós, lenços e pastas, auxiliam na proteção da pele contra irritantes, enquanto sistemas coletores e placas devem ser escolhidos de acordo com as características individuais do paciente, respeitando alergias, tipo e tamanho da estomia, além de garantir boa aderência à pele.

Adicionalmente, a **educação em saúde** é imprescindível: orientações claras sobre higiene, uso correto de dispositivos e aplicação adequada de adjuvantes reduzem significativamente o risco de complicações e, consequentemente, da dor^(4, 13).

Dimensões subjetivas da dor: Dor social e psicológica

O diagnóstico de uma doença crônica associado à necessidade de realização de uma estomia constitui-se como uma experiência desafiadora, considerando as crenças e costumes, e também as novas limitações impostas pela condição^(14,15).

Pessoas com estomia podem ter sua perspectiva de vida alterada que perpassa pelas alterações na imagem corporal, devido a presença da estomia e do equipamento coletor, disfunções na autoestima, frente à necessidade de adaptação devido ao uso de equipamentos, e também mudanças relacionadas à sexualidade e, algumas vezes, isolamento social^(16, 17, 18).

A imagem corporal consiste na forma como a pessoa vê o seu próprio corpo, a percepção da figura em que esse indivíduo se apresenta à sociedade, e que pode variar diante das experiências vivenciadas ao

longo da vida. Além de características físicas como tamanho e forma, a figura da imagem corporal também expressa sentimentos relacionados à pessoa⁽¹⁹⁾.

Ressalta-se impactos psicossociais e psiquiátricos significativos, os quais incluem manifestações de medo, quadros depressivos, fobia social generalizada, bem como transtornos de ansiedade, de humor e do pânico, independentemente se a estomia for de caráter temporária ou definitiva⁽²⁰⁾.

No que concerne à experiência da dor em pessoas com estomias, salienta-se que não pode ser analisada de forma isolada, uma vez que está interligada à múltiplas dimensões de vulnerabilidade, configurando um fenômeno marcado pela interseccionalidade. Fatores biológicos, como complicações cirúrgicas e alterações na sensibilidade cutânea, somam-se a aspectos psicossociais, tais como estigma, isolamento social e fragilidades emocionais, além de determinantes sociais de saúde, como gênero, idade, classe social e acesso aos serviços de saúde⁽²¹⁾.

Essa sobreposição de vulnerabilidades potencializa a intensidade e a percepção da dor, ao mesmo tempo em que amplia os desafios para a adesão ao tratamento e para a qualidade de vida. Assim, compreender a dor sob a perspectiva interseccional possibilita ao enfermeiro e à equipe multiprofissional adotar intervenções mais abrangentes e equitativas, que considerem a integralidade do sujeito e suas singularidades⁽²²⁾.

Em vista disso, essa articulação entre vulnerabilidades demonstra que a dor em estomias não deve ser compreendida apenas como um fenômeno biológico, mas como uma experiência multidimensional, constituída por fatores individuais, sociais e estruturais, exigindo, portanto, uma abordagem interdisciplinar e igualitária⁽²²⁾.

A dor total na pessoa com estomia

O conceito de “dor total” foi introduzido por Cicely Saunders, em 1967, ao reconhecer que a dor constitui uma experiência subjetiva e complexa, que ultrapassa o âmbito físico e abrange também dimensões sociais, psicológicas e espirituais, as quais interagem entre si. Nas reflexões presentes em suas primeiras publicações, Saunders descreve a dor não apenas como um conjunto de sintomas físicos, mas como um fenômeno que inclui sofrimento emocional, condições socioculturais e dificuldades vivenciadas pelos pacientes, ressaltando a relevância de escutar e compreender sua experiência de sofrimento a partir de uma perspectiva holística e multidisciplinar^(23, 24, 25).

No contexto da pessoa com estomia, diversas estratégias como apoio social, religiosidade, atividades de relaxamento, exercícios físicos, experiências criativas e a prática de mindfulness contribuem para o manejo da dor e promoção da qualidade de vida^(25, 26). Esses recursos fortalecem os vínculos consigo mesmo, com os outros, a espiritualidade e a natureza⁽²⁷⁾. Considerando o estigma social e os desafios físicos enfrentados por pessoas com estomia, os aspectos psicossociais e espirituais assumem um papel fundamental, além dos desafios físicos e biológicos já existentes⁽²⁶⁾.

No que se refere à dor em pessoas com estomias, as características físicas compreendem as complicações que podem surgir na pele periestoma como dermatite, estenose ou prolapso da estomia, hérnia paraestomal, alterações do efluente eliminado, entre outras que podem causar dor. Ressalta-se ainda que os sintomas psicológicos também integram esta escala da avaliação, com mensuração de sentimentos de tristeza, ansiedade e percepção de bem-estar, associada com a perspectiva de vida⁽²⁸⁾.

Por isso, a avaliação contínua e individualizada da dor na pessoa com estomia é essencial, considerando as variáveis clínicas e subjetivas envolvidas.

Considerações finais

O manejo da dor em pessoas com estomia, conforme explorado neste capítulo, transcende a simples administração de remédios e intervenções cirúrgicas. A jornada do paciente, desde o diagnóstico até a reabilitação, é permeada por desafios que afetam sua integridade física, emocional, social e espiritual. A complexidade dessa vivência exige uma mudança de paradigma no cuidado em saúde, movendo o foco de um modelo puramente biomédico para uma abordagem verdadeiramente centrada na pessoa.

A humanização emerge como o centro no cuidado à pessoa com estomia. A dor, em suas múltiplas facetas, frequentemente se manifesta não apenas fisicamente, mas nas entrelinhas de um diálogo, em hesitações e em sentimentos de perda, medo e isolamento. A escuta sensível e empática, portanto, é mais que uma habilidade de comunicação, sendo uma ferramenta diagnóstica e terapêutica. É por meio dela que o profissional, especialmente o enfermeiro e o cirurgião, consegue acessar as dimensões subjetivas do sofrimento, validar a experiência do paciente e construir um vínculo de confiança que é fundamental para a adesão ao tratamento e para o processo de aceitação da nova imagem corporal.

Além disso, a eficácia do cuidado está diretamente ligada à capacidade da equipe de saúde em reconhecer e manejar o conceito de “dor total”. Este capítulo evidenciou que a dor física é frequentemente exacerbada por angústias psicológicas, pelo estigma social e por crises espirituais. Contudo, a formação tradicional ainda concentra esforços nos aspectos técnicos e farmacológicos, gerando lacunas que podem levar ao subdiagnóstico e à perpetuação do sofrimento. Torna-se imperativo investir na capacitação contínua de equipes multidisciplinares, sensibilizando-as para a avaliação integral da dor. Profissionais habilitados a utilizar instrumentos multidimensionais e a valorizar o relato subjetivo do paciente estão mais bem preparados para planejar

intervenções que contemplem a integralidade do ser, garantindo uma assistência mais assertiva, ética e resolutive.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Landmann RG, Cashman AL. Ileostomy or colostomy care and complications. In: Weiser M, editor. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc.; 2021.
2. Zelga P, Kołodziej P, Curyło M, Zborowska I, Cierznia B, Płoski M, et al. Patient-related factors associated with stoma and peristomal complications following fecal ostomy surgery: a scoping review. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2021;48(5):415-30.
3. Brady RRW, Stevens V, Kelly L, Rourke R, O'Brien S, Naughton P, et al. The prevalence of leakage, peristomal skin complications and impact on quality of life in the first year following stoma surgery. *Nurs Rep*. 2025;15(3):107.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Guia de atenção à saúde da pessoa com estomia. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021.
5. Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. Manual de cuidados paliativos ANCP. 2a ed. [S.l.]: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012.
6. Sallum AMC, Garcia DM, Sanches M. Dor aguda e crônica: revisão narrativa da literatura. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(spe1):150-4.
7. Song Q, Wang Y, Zhang J, Li D, Yu R. Neuroplasticity in the transition from acute to chronic pain. *Neurotherapeutics*. 2024;21:e00464.
8. Mills SE, Torrance N, Smith BH. Identification and management of chronic pain in primary care: a review. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18(22):1-9.
9. Kanematsu JS, Santos SC, Santos MR. Impacto da dor na qualidade de vida do paciente com dor crônica. *Rev Med (São Paulo)*. 2022;101(3):e192586.
10. Colloca L, Ludman T, Bouhassira D, Baron R, Dickenson A, Finnerup

- DG, et al. Neuropathic pain. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;3:17002.
11. Addor FAS, Aoki V. Barreira cutânea na dermatite atópica. *An Bras Dermatol*. 2010;85(2):184-94.
 12. D'Ambrosio F, Balugani R, Pompameo G, Del Zotti G, Iannone F, et al. Peristomal skin complications in ileostomy and colostomy patients: what we need to know from a public health perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20:79.
 13. Spenazato RVS, Lira RZ, Paula M, Rosa M, Jesus MCP. Satisfação de pacientes com estomias intestinais quanto ao uso de equipamentos. *ESTIMA Braz J Enterostomal Ther*. 2016;14(4):193-202.
 14. Lôbo ALSF. Representações sociais de mulheres com estomias [dissertação]. 2023. 70 f.
 15. Carnaúba MG. O conhecimento acerca das experiências vivenciadas pelas mulheres com estomias [trabalho de conclusão de curso]. Maceió: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas; 2024. 43 f.
 16. Ayaz S. Approach to sexual problems of patients with stoma by PLISSIT Model: an alternative. *Sex Disabil*. 2009;27:71-81.
 17. Borwell B. Continuity of care for the stoma patient: psychological considerations. *Br J Community Nurs*. 2009;14:326-31.
 18. Ayaz-Alkaya S. Overview of psychosocial problems in individuals with stoma: a review of literature. *Int Wound J*. 2019;16(1):243-49.
 19. Reisdorfer N, Locks MOH, Girondi JBR, Amante LN, Corrêa MS. Processo de transição para vivência com estomias intestinais de eliminação: repercussões na imagem corporal. *ESTIMA Braz J Enterostomal Ther*. 2019;17:e1219.
 20. Popek S, Grant M, Gemmill R, Wendel C, Mohler MJ, Rawl SM, et al. Overcoming challenges: life with an ostomy. *Am J Surg*. 2010;200(5):640-5.
 21. Ribeiro AMN, Costa NSAB, Silva AR, Lacerda JN, Melo GR, Santos CFO, et al. Estomias de eliminação: uma abordagem integral dos

- impactos psicossociais. *Braz J Surg Clin Res.* 2023;45(3):34-8.
22. Silva NM, Santos MA, Rosado SR, Galvão CM, Sonobe HM. Psychological aspects of patients with intestinal stoma: integrative review. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2017;25:e2950.
23. Rattner M. "Total pain": reverence and reconsideration. *Front Sociol.* 2023;8:1286208.
24. Krawczyk M, Wood J, Clark D. Total pain: origins, current practice, and future directions. *Nor J Palliat Care.* 2018;2.
25. Corman M, Zimmermann C, Boston P, Nissim R, Rydall A, Rodin G, et al. Exploring the concept of total pain in contemporary oncology palliative care: a qualitative study on patients' resources. *BMC Palliat Care.* 2025;24:85.
26. Moraes DNLR, Oliveira IM, Carneiro LA, Barros PS. Estratégias de enfrentamento de pessoas com estomias de eliminação e fatores associados: estudo transversal. *ESTIMA Braz J Enterostomal Ther.* 2025;23:e1571.
27. Bagereka P, Nakasujja N, Obua C, Nalukenge W, Mpango R, Mutumba E, et al. Psychosocial-spiritual well-being is related to resilience and mindfulness in patients with severe and/or life-limiting medical illness. *BMC Palliat Care.* 2023;22(1):133.
28. Claro MMCD, Brito TGD. A importância da assistência de enfermagem humanizada no cuidado a pacientes oncológicos e estomizados em fragilidade emocional. In: Congresso Paulista de Estomaterapia; 2024; São Paulo. São Paulo: SOBEST; 2024.



GERENCIAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO DA DOR EM ESTOMIAS

Carolina Fernandes Santos

Giovanna Caixeta de Lima

Juliano Teixeira Moraes

Larissa Carvalho de Castro

Laura Oliveira Silva

Talles Fernandes de Souza

GERENCIAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO DA DOR EM ESTOMIAS

Introdução

Como abordado anteriormente, o reconhecimento da dor na pessoa com estomia como uma experiência de “dor total”, que integra sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, torna a abordagem exclusivamente farmacológica insuficiente^(1,2). Para contemplar a complexidade dessa vivência, as intervenções não farmacológicas surgem como um pilar essencial do cuidado, oferecendo estratégias que visam aliviar o sofrimento em suas múltiplas dimensões e promover a qualidade de vida.

Estas abordagens, fundamentadas em uma prática de cuidado integral, atuam de forma complementar ao tratamento medicamentoso. Elas abrangem um leque diversificado de estratégias, desde o suporte psicossocial até a aplicação de técnicas corporais e recursos terapêuticos que atuam na percepção da dor e na promoção do bem-estar, sendo cruciais desde o preparo pré-operatório até a reabilitação em longo prazo⁽³⁾.

Nesse cenário, a equipe multiprofissional, com destaque para o enfermeiro estomaterapeuta, desempenha um papel central na avaliação, planejamento e implementação dessas intervenções. A atuação especializada é fundamental para integrar as diferentes abordagens em um plano de cuidados individualizado, capacitando o paciente para o autocuidado e auxiliando-o no processo de adaptação à nova realidade de vida⁽⁴⁾.

Intervenções não farmacológicas para a dor

As intervenções não farmacológicas surgem como estratégias confiáveis, acessíveis e eficazes, as quais podem complementar o tratamento medicamentoso ou, em alguns casos, reduzir a sua necessidade.

Estas estratégias combinam aspectos psicossociais, técnicas corporais, recursos terapêuticos em conjunto, apoiados pelos cuidados de enfermagem baseados em evidências e pelo papel do enfermeiro estomaterapeuta no manejo da dor total. O enfermeiro estomaterapeuta, devido à sua especialização, participa de forma fundamental na implementação, monitorização e ajustes nas abordagens, visando à melhoria da qualidade de vida do paciente com estomas.

Abordagens psicossociais: escuta empática, apoio psicológico e grupos de apoio:

Pacientes submetidos a uma estomia costumam vivenciar diversos problemas psicossociais, incluindo insegurança, constrangimento, menor participação em atividades sociais, além da diminuição das atividades laborais, distanciamento de amigos e familiares, queda da autoestima e desafios na vida sexual. Esses e outros fatores podem dificultar a adaptação do indivíduo à estomia e sua capacidade de enfrentar sua situação⁽⁵⁾.

Moldado pela condição base, pelo nível de incapacidade, pelos valores pessoais, e pela personalidade, a adaptação a essa nova realidade é um processo longo e contínuo.⁶ Ainda sim, muitos profissionais de saúde muitas vezes concentram-se apenas nos aspectos físicos, negligenciando as necessidades psicossociais⁽⁵⁾.

Para prevenir e abordar esses problemas, podem ser utilizadas intervenções como, terapia de grupo de apoio, terapia cognitivo-comportamental, suporte emocional e social, além do desenvolvimento de habilidades de convivência, incluindo a comunicação empática, escuta ativa e aconselhamento⁽⁵⁾.

O enfermeiro possui um papel essencial no suporte emocional a pacientes com estomia, promovendo um ambiente de compreensão e uma escuta empática, e fornecendo orientação. Além disso, pode encaminhá-los para serviços de saúde mental quando necessário, ofe-

recendo um apoio psicológico mais amplo⁽⁷⁾.

As experiências dos pacientes costumam combinar esperança, vontade de viver plenamente, participação em atividades diversas e a formação de novas amizades. Compartilhar essas trajetórias com outras pessoas que passam pelos mesmos desafios, facilita a aceitação da vida com a estomia e reduz o risco de isolamento social⁽⁸⁾.

Para isso, os grupos de apoio desempenham um papel crucial para as pessoas com estomia, pois oferecem um espaço seguro para a troca de experiências, no esclarecimento de dúvidas e no compartilhamento de estratégias de enfrentamento. Nesses encontros, há compreensão e acolhimento de quem vive situações iguais ou até mesmo parecidas, reduzindo assim o isolamento, a insegurança e a vergonha. Além do apoio emocional, fortalecem vínculos sociais, aumentam a autoestima e incentivam a participação social e no ambiente de trabalho. Contribuindo na adaptação física e psicossocial para a melhoria da qualidade de vida⁽⁸⁾.

Esses tipos de apoio fortalecem não só na adaptação às mudanças corporais mas também auxiliam na aceitação de sua estomia na vida cotidiana.⁷ A adaptação psicológica ao estoma requer acompanhamento próximo dos enfermeiros, cuja interação contínua é essencial para enfrentar as questões emocionais pós-cirurgia. O apoio emocional e a educação contínua ajudam os pacientes com suas estomias, a alcançar maior autonomia e a lidar com algumas limitações impostas por ela, ajudando a melhorar a qualidade de vida, reduzir o isolamento e promover a participação ativa na vida cotidiana⁽⁹⁾.

Técnicas corporais: relaxamento, respiração diafragmática e mindfulness:

O autoconhecimento é essencial para lidar com as emoções associadas à estomia. Reconhecer o que sentimos e como isso influencia nossos pensamentos e comportamentos ajuda a identificar padrões e

a estabelecer estratégias para gerenciá-los. Técnicas de relaxamento, como meditação, yoga, respiração diafragmática e mindfulness, podem favorecer esse processo⁽¹⁰⁾.

Técnicas de relaxamento são exercícios terapêuticos indicados para reduzir a tensão física e a ansiedade psicológica. Esses recursos devem ser orientados por profissionais de saúde. Pesquisas indicam que práticas de relaxamento podem diminuir o cortisol, reduzindo tanto as manifestações somáticas quanto as subjetivas do estresse. Assim como qualquer prática benéfica, é importante treiná-las ao longo do tempo e incorporá-las regularmente para obter o menor nível de estresse possível. Existem diversas formas de relaxamento, como respiração em caixa, imagens guiadas e relaxamento muscular progressivo⁽¹⁰⁾.

Além dessas abordagens, o mindfulness é uma técnica da tradição budista, que visa alcançar um estado de maior consciência. Quando desenvolvido, pode ajudar a atenuar pensamentos aflitivos como ansiedade, agitação e preocupações⁽¹¹⁾. O mindfulness pode beneficiar pessoas com estomia ao promover a aceitação da condição, reduzir o estresse, a ansiedade e a percepção da dor, melhorar a qualidade do sono e incentivar a autocompaixão. As técnicas incluem respiração consciente, escaneamento corporal, meditação guiada e a realização de atividades diárias com atenção plena. Estudos indicam que, em pacientes com estomas, o mindfulness tem alcançado bons resultados na redução do estigma, no aprimoramento dos estilos de enfrentamento e na melhoria da qualidade de vida⁽¹²⁾.

Recursos terapêuticos complementares: musicoterapia, arteterapia, aromaterapia:

Os recursos terapêuticos complementares, como a música, estão entre as terapias mais utilizadas para reduzir o estresse e a ansiedade, promovendo efeitos diretos no sistema nervoso autônomo e, assim, contribuindo para a melhoria do humor. Além disso, a terapia musical

surge como uma alternativa eficaz no alívio da dor aguda e crônica, possivelmente por favorecer o relaxamento. A relação entre dor e fatores psicossociais, que influenciam o estado de ânimo do paciente, explica esse efeito. A musicoterapia pode melhorar o bem-estar emocional e físico, atuando como tratamento adjuvante para ansiedade e dor⁽¹³⁾.

A arteterapia, que envolve atividades como teatro, desenho, pintura e modelagem, é um recurso terapêutico que possibilita ao indivíduo lidar com conflitos internos de forma criativa e simbólica. No contexto das pessoas com estomias, oferece um espaço seguro para expressar sentimentos ligados às mudanças corporais, à dor e ao processo de adaptação. Essa expressão contribui para reduzir tensões emocionais, fortalecer a autoestima, melhorar a aceitação da própria imagem e estimular a socialização, favorecendo o bem-estar e a qualidade de vida⁽¹⁴⁾.

Aromaterapia é um outro recurso terapêutico complementar, reconhecido pela OMS e Integrado ao SUS como Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) desde 2018. Consiste no uso terapêutico de aromas naturais via óleos essenciais para promover saúde, equilíbrio e bem-estar físico, mental e emocional. É uma prática holística que vem ganhando importância por seu potencial terapêutico para bem-estar geral. Óleos essenciais trazem atividades biológicas variadas (antiparasitárias, antifúngicas, antibacterianas, antivirais, antioxidantes, anti-inflamatórias, anticâncer, antiage, neuroprotetoras). O óleo de lavanda é o mais utilizado em estudos, associado ao relaxamento, à redução da percepção de dor e à melhoria do sono⁽¹⁵⁾. O uso profissional de óleos essenciais também auxilia no monitoramento do estado emocional, na promoção da memória, no suporte a transtornos psicológicos e no restabelecimento emocional, contribuindo para a aceitação do estoma⁽¹⁶⁾.

Cuidados de enfermagem baseados em evidências:

O cuidado a pacientes com estomias, representa um desafio significativo para os profissionais de saúde, especialmente para os enfermeiros, que desempenham papel central na reabilitação física e emocional desses indivíduos diante das mudanças drásticas em sua rotina. Essa prática exige, além de habilidades técnicas especializadas, uma abordagem sensível, humanizada e voltada para a promoção da autonomia e do bem-estar. Entretanto, a formação inicial nem sempre aprofunda os conteúdos relacionados à assistência em estomias, o que pode gerar insegurança profissional, lacunas na prática clínica e impacto negativo na qualidade do cuidado. A ausência de protocolos e instrumentos específicos agrava esse cenário, resultando em ações fragmentadas e comprometendo a integralidade e a efetividade da assistência⁽¹⁷⁾.

Para superar essas barreiras, é essencial que o cuidado de enfermagem seja organizado e fundamentado em evidências científicas, contemplando todas as etapas, sendo do pré-operatório à reabilitação. Essa abordagem deve envolver acolhimento, educação em saúde e suporte emocional, assegurando que o enfermeiro atue como agente facilitador do processo terapêutico⁽¹⁷⁾.

Reconhecer a centralidade do enfermeiro no manejo das estomias implica valorizar e priorizar o cuidado, repensando a gestão do tempo e a integração de práticas baseadas em evidências na rotina profissional. Assim, é possível potencializar a efetividade do tratamento e contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com estomias⁽¹⁷⁾. Portanto, os cuidados de enfermagem baseados em evidências são fundamentais para garantir uma assistência segura, eficaz e de qualidade. Ao utilizar práticas respaldadas por pesquisas científicas, o enfermeiro toma decisões clínicas mais assertivas, reduz riscos, otimiza recursos e promove melhores resultados para o paciente. Essa abordagem também fortalece a autonomia profissional, favorece a pa-

dronização de condutas e contribui para a atualização constante dos conhecimentos, alinhando a prática assistencial aos avanços da ciência e às necessidades reais da população⁽¹⁸⁾.

Papel do enfermeiro estomaterapeuta no manejo da dor total

Desde o diagnóstico até a implantação do estoma, o enfermeiro desempenha papel central no suporte ao paciente, oferecendo orientações fundamentais para minimizar os impactos negativos decorrentes das estomias. Essa atuação inclui escuta acolhedora, orientações adequadas, incentivo à auto aceitação e ao autocuidado, além de apoio para enfrentar as dificuldades diárias⁽¹⁹⁾.

Entre os desafios encontrados nesse processo, destaca-se a Síndrome da Dor Total (SDT), que representa uma compreensão abrangente da dor vivenciada por pacientes com câncer, os quais muitas das vezes são submetidos a uma estomia. Essa condição envolve não apenas aspectos físicos, mas também dimensões psicológicas, emocionais, espirituais e sociais. Por isso, o cuidado paliativo exige abordagem interdisciplinar, com foco em promover qualidade de vida e oferecer alívio eficaz da dor. Apesar de sua alta frequência, a SDT é muitas vezes subdiagnosticada⁽²⁰⁾. A combinação de fatores físicos, psicológicos, sociais, emocionais e espirituais torna a dor uma experiência única e extremamente subjetiva, o que dificulta sua identificação e manejo terapêutico. Reconhecer e compreender as manifestações clínicas é, portanto, essencial⁽²⁰⁾. No âmbito físico, podem surgir fadiga, alterações no sono, perda de apetite e desconfortos abdominais, variando de acordo com a evolução do câncer ou os efeitos da quimioterapia. No aspecto psicológico, podem ocorrer preocupações, tristeza, sensação de solidão e sentimentos de desesperança ou culpa, afetando diretamente a saúde mental⁽²⁰⁾.

Diante dessa complexidade, o tratamento deve seguir dois princípios fundamentais: a prevenção da dor e a utilização de todos os

recursos disponíveis para seu alívio. Cabe ao enfermeiro, em conjunto com a equipe multidisciplinar, estabelecer objetivos e planos terapêuticos individualizados, buscando formas mais eficazes e resolutivas de manejo dos sintomas, considerando tanto a dor quanto o sofrimento do paciente⁽²⁰⁾.

Por isso, é imprescindível que a equipe de saúde — especialmente o enfermeiro — esteja sensível à subjetividade da experiência dolorosa e possua conhecimento e habilidade no uso de instrumentos de avaliação da dor, permitindo identificar com precisão os fatores que influenciam essa vivência e direcionar intervenções mais assertivas⁽²⁰⁾.

Considerações finais

Assim, as intervenções não farmacológicas são uma parte mais que importante para o cuidado. Abordagens psicossociais, técnicas corporais como o mindfulness e recursos terapêuticos como a musicoterapia e a arteterapia são componentes essenciais de um plano terapêutico singular completo. Elas oferecem ao paciente ferramentas para o autoconhecimento, para a expressão de sentimentos não verbalizados e para o fortalecimento de mecanismos de enfrentamento. Ao integrar essas práticas ao cuidado, a equipe de saúde devolve ao indivíduo parte do controle sobre seu bem-estar, promovendo autonomia e resiliência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2. ed. ampl. e atual. [S.l.]: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012.
2. Carvalho RT, Rocha JA, Franck EM, Crispim DH, Jales SMCP, Souza MRB, editores. Manual da Residência de Cuidados Paliativos HCFMUSP: abordagem multidisciplinar. 2. ed. rev. e atual. Barueri (SP): Manole; 2022.
3. Davis BR, Valente MA, Goldberg JE, Lightner AL, Feingold DL, Paquette IM. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for Ostomy Surgery. Dis Colon Rectum. 2022;65(10):1190-207.
4. Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST). Consenso brasileiro de cuidados às pessoas adultas com estomias de eliminação 2020. São Paulo: SOBEST; 2020.
5. Sultan AA. Overview of psychosocial problems in individuals with stoma: a review of literature. Int Wound J. 2019;16(1):243-9.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Guia de atenção à saúde da pessoa com estomia [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021 [citado 2025 ago. 12].
7. Marques CN, et al. Contribuições do enfermeiro para o autocuidado frente às necessidades humanas básicas das pessoas com estomias intestinais. Rev Iberoam Humanid Cienc Educ. 2024;10(9).
8. Byfield D. The lived experiences of persons with ostomies attending a support group: a qualitative study. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2020;47(6):583-7.
9. Peres JA. A importância do estomaterapeuta nas lesões periestomais: uma revisão integrativa da literatura [Internet]. Rev Ci-

- ênc Saúde. 2025;29(146).
10. Norelli SK, Longo A, Krepps JM. Técnicas de relaxamento [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 2025 ago. 12].
 11. Brasil. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional da Família. Mindfulness [Internet]. [S.l.: s.n.]; [20] [citado 2025 ago. 12].
 12. Li J, et al. Effect of mindfulness-based stress reduction on stigma, coping styles, and quality of life in patients with permanent colorectal cancer stoma: a protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2022;101(1):e28421.
 13. Plecat LVC, et al. Os efeitos da musicoterapia no tratamento da ansiedade: aplicações terapêuticas e benefícios. *Rev Iberoam Humanid Cienc Educ*. 2024;10(11).
 14. Quinzen JW, Lima DP, Casarin R. Atividades de arteterapia na reabilitação de usuários da atenção psicossocial. *Rev Enferm Atenç Saúde*. 2018;7(3):50-62.
 15. Martins LA. Diagnósticos de enfermagem em clientes submetidos aos cuidados de aromaterapia: uma revisão integrativa [trabalho de conclusão de curso]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2025.
 16. Cavalcante RA, Braga LC, Araújo IF, Sousa AR, Carvalho ES. Tecnologia cuidativo-educacional para o autocuidado de mulheres e homens com estoma intestinal mediado pela aromaterapia. *Enferm Foco*. 2023;14:e202355.
 17. Costa L, et al. O papel do enfermeiro nos cuidados com ostomias: uma revisão integrativa. *Rev JRG Estud Acadêmicos*. 2025;8(19):e082305.
 18. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2019.

19. Tarlison JS, Martins W. A importância do enfermeiro estomaterapeuta na assistência integral ao ostomizado: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Cient Multidiscip.* 2023;4(7).
20. Gonçalves DI, Marinho AVB, Faria AF, Norbim EF. Síndrome da dor total: uma revisão de literatura. *Rev Foco.* 2024;17(7 Esp):e5559.



DOR PÉLVICA

Marta Lira Goulart

DOR PÉLVICA CRÔNICA

Introdução à dor Pélvica Crônica: Critérios Internacionais e relevância clínica

Esse capítulo engloba fatores importantes para o papel do Estomaterapeuta na identificação, avaliação e tratamento das disfunções pélvicas dolorosas. Tanto na literatura quanto na prática clínica, a dor pélvica crônica (DPC) é difícil de definir e de explicar, apresentando etiologia ainda pouco esclarecida, com evidências atuais que apontam para uma patogênese multifatorial⁽¹⁾.

De acordo com o atual guideline da European Association of Urology (EAUN) é caracterizada por uma condição multifatorial, multimodal e de grande complexidade, definida por uma dor crônica, recorrente por pelo menos três meses, referida em região anterior do abdome, pelve, região lombar ou nádegas, e que não está relacionada ao ciclo menstrual². Essa dor apresenta-se persistente, sendo percebida tanto pelo paciente quanto pelo profissional durante a avaliação de estruturas relacionadas à pelve, acometendo tanto em homens quanto em mulheres de maneira significativa⁽³⁾.

Além disso, a DPC está frequentemente associada a sintomas do trato urinário inferior (STUI) e a disfunções do assoalho pélvico, incluindo impactos sexuais e intestinais, repercutindo negativamente na qualidade de vida, no funcionamento cognitivo e comportamental⁽³⁾.

Desse modo, a dor é suficientemente passível de comprometimento das atividades de vida diária, sendo necessária avaliação multiprofissional e quando não se há um diagnóstico claro da causa, o tratamento deve seguir para o alívio da dor⁽⁴⁾.

A Classificação Internacional de Doenças (CID-11) subdivide a dor pélvica em: primária, quando não se identifica patologia causal específica; e secundária, associada a doenças específicas (Engeler et al. 2025)⁽³⁾.

A prevalência da DPC varia entre 5,7% e 26,6% em diferentes pa-

ises, afetando predominantemente as mulheres de todas as idades⁽⁴⁾, também representando de 2% a 16% nos homens⁵. É responsável por 10% das consultas ambulatoriais de ginecologia, assim como por 40% das laparoscopias ginecológicas, e 15% das indicações de histerec-tomias^(6,7). Consequentemente, gerando fatores contribuintes como depressão, ansiedade, disfunção sexual, incapacidade funcional, piora da auto-estima⁶. A compreensão dos fatores emocionais que podem influenciar a percepção da dor, associada à sua natureza complexa e subjetiva, exige habilidades clínicas e sensibilidade do profissional de saúde para a elaboração de um plano terapêutico adequado⁽⁷⁾.

Consequentemente, conviver com DPC globalmente impõe um elevado encargo aos sistemas de saúde, somado ao desequilíbrio mental, social e físico experimentado pelos pacientes⁽⁷⁾.

A DPC integra diferentes síndromes, não restritas a uma etiologia única, como ocorre nas síndromes da bexiga dolorosa (SBD), cistite intersticial (CI), vaginismo, dispareunia e as síndromes de dor prostá-tica. Essas condições demandam abordagem multidisciplinar, sendo fundamental a atuação da estomaterapia nas frentes terapêuticas e na educação, especialmente no tratamento conservador⁽³⁾.

Transtorno de dor Genitopelvica/ penetração: vaginismo, vulvo-dinia, dispareunia e prostática.

Síndrome de bexiga Dolorosa e Cistite Intersticial

A Síndrome da Bexiga Dolorosa (SBD) foi redefinida em 2008 pela European Society for the Study of Interstitial Cystitis (ESSIC), com atualização da nomenclatura e do sistema de classificação. Também é conhecida como cistite intersticial (CI), síndrome da dor na bexiga (SDB) ou dor pélvica crônica (DPC). Os sintomas de CI e SBD, agrupados como sintomas de bexiga hipersensível (BHS), são quase indistinguí-veis, mas essas condições devem ser tratadas como entidades separa-das de outros distúrbios⁽⁸⁾.

A SBD/CI caracteriza-se por dor, pressão ou desconforto na região vesical, frequentemente acompanhados por aumento da frequência urinária diurna e noturna, bem como urgência, na ausência de infecção urinária ou outra causa identificável¹. A condição apresenta maior prevalência no sexo feminino, com proporção de até 10:1 em relação aos homens⁽³⁾.

A CI também conhecida como síndrome da dor vesical, é uma condição crônica e de natureza complexa que compromete a bexiga urinária, resultando em múltiplos sintomas que podem causar significativo desconforto ao paciente na presença de pressão ou desconforto relacionados à bexiga, associados a pelo menos um sintoma urinário, como urgência ou aumento da frequência miccional⁽⁸⁻¹⁰⁾. A confirmação diagnóstica e a classificação dos subtipos da CI, são realizadas por meio da cistoscopia com hidrodistensão, complementada por biópsias que avaliam as alterações morfológicas⁽⁹⁾. O achado clássico na cistoscopia na CI é a presença das úlceras de Hunner, que apresentam forte correlação clínica com dor e urgência urinária^(3,11)

Síndromes genitopélvica/desordens da penetração

As disfunções sexuais femininas (DSF) ainda são frequentemente negligenciadas, possivelmente em razão do desconhecimento tanto das pacientes quanto dos profissionais de saúde e, por sua etiologia multifatorial, acabam não recebendo o tratamento adequado^(12,13). Neste sentido, a compreensão e a visibilidade desses quadros tornam-se fundamentais, uma que destacar os tipos de DSF, como a vulvodínia, dispaurenia e vaginismo, acende um alerta para o estomaterapeuta em reabilitação pélvica quanto à necessidade de investigar as disfunções pélvicas dolorosas e considerar alternativas conservadoras de tratamento⁽¹²⁾.

Dessa forma, essas disfunções se traduzem em uma perturbação da capacidade de resposta sexual ou em uma experiência negativa de

prazer sexual no próprio indivíduo, ocorrendo simultaneamente^(12,14).

Vaginismo e Dispareunia

A classificação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5), chama a atenção para o vaginismo como uma condição subdiagnosticada e por sua vez, tratada inadequadamente^(15,16). Esse transtorno integra a categoria de dor/penetração genitopélvica e é caracterizado pela contração involuntária dos músculos do assoalho pélvico diante da tentativa de penetração vaginal, relatado pela mulher ou homem como “bater na parede”, mesmo na presença de desejo sexual⁽¹⁵⁾. Tal reação resulta em dor e ansiedade durante a relação sexual, além de dificultar a inserção no canal vaginal, em diferentes situações, como o uso de absorventes internos, a introdução de dedos ou dilatadores vaginais e a realização de exames ginecológicos^(15,16).

Deve-se considerar que o vaginismo faz parte de um diagnóstico diferencial, sendo fundamental distingui-lo da vulvodínia. Esta por sua vez, caracteriza-se por dor localizada em qualquer região da vulva, podendo ou não estar associada ao vaginismo^(16,17).

No mesmo contexto, a dispareunia é definida como dificuldade de penetração vaginal durante a relação sexual. Também relacionada a dor vulvovaginal ou pélvica intensa, gerando ansiedade, medo, tensão ou contração acentuada dos músculos do assoalho pélvico durante tentativas de penetração vaginal⁽¹³⁾.

Síndrome da prostatite crônica

A Síndrome da Dor Pélvica Crônica masculina, também chamada de prostatite crônica não bacteriana/CPPS (categoria III do NIH), é um quadro frequente definido por dor pélvica recorrente ou persistente por três meses ou mais, na ausência de infecção comprovada ou outra causa específica⁽¹⁸⁾. A dor costuma localizar-se em períneo, região suprapúbica, pênis, escroto ou região lombar, e frequentemente vem

acompanhada de sintomas do trato urinário inferior (STUI) e disfunção sexual⁽¹⁹⁾. Os mais recentes estudos reforçam que se trata de condição multifatorial e multimodal com envolvimento neuromuscular (p. ex., mialgia de assoalho pélvico), psicossocial e, em parte dos casos, componentes urológicos; por isso a avaliação e o manejo devem ser personalizados^(18,19).

Dor posterior baixa e dor pélvica

As dores relacionadas ao sistema pélvico podem ter diferentes etiologia. Entre as de origem muscular, destacam-se as dores perineais, incluindo síndrome do espasmo do assoalho pélvico, que se manifesta em condições como a defecação obstruída, o anismo e contração paradoxal do músculo puborretal, sendo frequentemente associada a proctalgia fugaz.

Já as de etiologia neural que envolvem estruturas como os processos espinhosos do ísquio, ligamentos sacrotuberoso, sacroespinoso, bem como processo falciforme do ligamento sacrotuberoso⁽²⁰⁾. Nesses casos, os sinais incluem dor irradiada para o pênis, grandes lábios, períneo e região anorretal, que tende a se intensificar quando o indivíduo está sentado e aliviar quando em pé, deitado ou sentada no vaso sanitário⁽²⁰⁾.

Além disso, existem causas urogenitais, geralmente relacionadas ao processo inflamatório ou infeccioso dessas estruturas, cujas investigações clínicas têm como objetivo avaliar os músculos do assoalho pélvico (MAP)⁽²⁰⁾.

Os MAP desempenham funções essenciais de suporte, relaxamento e contração e qualquer alteração desse sistema pode ocasionar incontinência urinária e fecal, prolapso, e no caso de hiperatividade muscular, comprometimento do fluxo pelo diafragma pélvico, podendo resultar em dificuldade para micção, constipação e dispaurenia^(20,21).

Sintomas, diagnóstico diferencial e avaliação multidimensional

Estima-se que a DPC atinja de 2,1% a 24% das mulheres mundialmente durante a vida, com significativa variação em função de critérios diagnósticos e metodologias dos estudos^(3,7). Em homens, as síndromes prostáticas não bacterianas apresentam prevalência de 2,2% a 16%^(19,22). A SBD/CI atinge entre 0,06% e 20% das mulheres, com a maioria dos estudos centrados em casos moderados a graves⁽³⁾.

Fatores de risco comuns incluem³:

- História de abuso sexual e traumas físicos na infância ou vida adulta.
- Anormalidades emocionais (ansiedade, depressão, catastrofização da dor) e disfunção comportamental.
- Disfunções hormonais e eventos de estresse precoce, especialmente em mulheres, com impacto na regulação neuroendócrina do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal.
- Comorbidades: fibromialgia, síndrome do intestino irritável, enxaqueca, fadiga crônica, distúrbios do sono e doenças autoimunes são frequentemente associadas à DPC.
- Fatores anatômicos e iniciativas cirúrgicas prévias (como uso de malhas para incontinência/prolapso, vasectomia, cirurgias ginecológicas/abdominais).

Impacto da Dor Pélvica Crônica

A DPC compromete profundamente a qualidade de vida. Do ponto de vista físico, limita atividades diárias, esportivas e ocupacionais. Psicologicamente, há maior prevalência de ansiedade, depressão, insônia e fadiga, com impacto severo sobre relações interpessoais, familiares e desempenho sexual. O absenteísmo, custos assistenciais e perda de produtividade geram impacto econômico relevante⁽²²⁾.

Além disso, a DPC pode gerar⁽⁶⁾:

- Comportamento de hipervigilância à dor, levando ao uso excessivo de recursos diagnósticos/terapêuticos.
- Isolamento social e conflitos afetivo-sexuais.
- Piora dos sintomas de comorbidades (“somatização”).
- Agravamento do ciclo dor-espasmo-dor.

Diagnóstico: Avaliação Multidimensional

Avaliação Clínica

O diagnóstico é eminentemente clínico: baseia-se em história detalhada, explorando local, duração, características do padrão doloroso, relação com funções vesicais, intestinais, sexuais e eventos associados (ciclo menstrual, evacuação, micção). Deve-se excluir patologias infecciosas, neoplásicas e inflamatórias pelos exames subsidiários apropriados.

Questionários validados como NIH-CPSI (para CPPS)²³, O’Leary Sant y Puf (para SBD/CI)²⁴, FSFI (índice de função sexual feminina)⁽²⁵⁾ e Rome IV (disfunções intestinais) ²⁶podem ser utilizados como instrumentos de rastreio e monitoramento terapêutico.

Exame Físico

Acrescenta-se avaliação do assoalho pélvico (identificação de pontos gatilho, espasmo, hipotonia, defeitos musculares), inspeção genital, toque retal (em ambos os sexos) e vaginal (nas mulheres), fatores de melhora ou piora, além de avaliação ortopédica e neurológica em casos direcionados. Muitos pacientes apresentam hipersensibilidade ao toque, dor evocada ou espasmos à mobilização dos músculos pélvicos⁽²⁷⁾.

Exames Complementares

São indicados de acordo com o contexto clínico, sendo mais frequentemente laboratoriais (urina, culturas, sorologias), ultrassom, ressonância magnética pélvica, cistoscopia (investigação para CI/ lesões

de Hunner), eletromiografia do assoalho pélvico, exames urodinâmicos e, se necessário, laparoscopia para exclusão de patologias ginecológicas⁽²⁷⁾.

Tratamento Conservador: Foco na Estomaterapia

Os principais pilares para tratamentos conservadores da DPC e suas síndromes associadas baseiam-se em intervenções multidisciplinares, especialmente reabilitação pélvica e educação do paciente, campo de atuação relevante para a estomaterapia⁽³⁾.

Educação e Apoio

Deve-se fornecer ampla educação em dor e disfunções associadas, enfatizando a natureza bio-psicossocial da dor, estratégias de autocuidado, mudanças de hábitos, enfrentamento e técnicas de relaxamento. O engajamento ativo do paciente é fundamental⁽³⁾.

Reabilitação do Assoalho Pélvico / Terapias Manuais

A reabilitação pélvica é considerada primeiro recurso terapêutico para muitos subtipos de DPC, principalmente quando há disfunção do assoalho pélvico. Inclui técnicas de relaxamento muscular, laser de baixa intensidade, programas de treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP), biofeedback, liberação de pontos gatilho miofasciais, alongamentos e reeducação postural. Técnicas manuais como massagem de Thiele, dry needling, uso de dilatadores vaginais (para vaginismo e dispareunia), exercícios de Kegel direcionados a propriocepção, respiração, hábitos sanitários e educação corporal são exemplos relevantes^(3,28).

Evidências demonstram:

- Melhoras de dor e função sexual com avaliação de estomaterapia individualizada, biofeedback e liberação miofascial para SBD/CI, dispareunia e CPPS.

- Biofeedback e reabilitação perineal promovem alívio em casos de proctalgia, dor anal, vaginismo e pós-episiotomia.
- Relaxamento muscular reduz espasmo e interrompe o ciclo dor-espasmo-dor.

Abordagem Psicológica

Intervenções psicoterápicas como terapia cognitivo-comportamental, manejo da catastrofização, educação em dor, e intervenções sexológicas em casais têm eficácia semelhante à farmacoterapia na redução da dor e da incapacidade funcional embora o acesso especializado nem sempre seja fácil. O reforço positivo, reestruturação de crenças e apoio ao enfrentamento das disfunções são centrais na atuação do estomaterapeuta⁽³⁾.

Mudanças de Estilo de Vida

Ajustes dietéticos (especialmente em SBD/CI, evitando irritantes vesicais como café, cítricos, álcool, condimentados, apimentados, aspartame, gaseificados, refrigerantes a base de cola), incentivo à hidratação adequada, controle do estresse, higiene do sono e regularização do funcionamento intestinal são recomendações validadas. Em casos selecionados, o envolvimento de nutricionistas ou equipe multidisciplinar pode agregar valor⁽³⁾.

Práticas Integrativas no gerenciamento da Dor Pélvica

Outras intervenções conservadoras/tradicionais recomendadas incluem:

Terapia ocupacional para adaptação de função e limitação.

Eletroterapia (transcutaneous electrical nerve stimulation – TENS) e/ou neuromodulação tibial ou sacral nos casos refratários.

Práticas Integrativas como a Acupuntura, Aromaterapia, Mindfulness (com suporte científico moderado para dor e função urinária)⁽⁵⁾.

Práticas Clínica na Estomaterapia

No contexto das disfunções pélvicas e DPC, a estomaterapia tem papel relevante tanto no cuidado direto (reabilitação pélvica, orientação, autocuidado, acompanhamento do uso de dispositivos e adaptações) quanto no suporte emocional e relacional do paciente. O raciocínio clínico do profissional estomaterapeuta contempla⁽³⁻⁵⁾:

- Avaliação funcional dos MAP individualizado – história clínica, avaliação física e elaboração de um planejamento terapêutico.
- Modulação do microbioma intestinal e urinário.
- Discussão de casos com equipe multidisciplinar como urologistas, ginecologistas, coloproctologistas, psicólogos e nutricionistas).
- Atuação como facilitadora do autocuidado, capacitadora no gerenciamento da dor e promotora da reabilitação sexual/funcional.
- Monitoramento da adesão ao plano conservador, re-motivação e encaminhamentos conforme resposta.

Conclusão

A dor pélvica crônica representa um desafio multifacetado que requer abordagem centrada no paciente, baseada em evidências e multidisciplinar. O tratamento conservador conduzido por enfermeiros estomaterapeutas com expertise em disfunção pélvica somada a equipe multidisciplinar é fundamental para restaurar a função pélvica, mitigar o impacto psicossocial e melhorar a qualidade de vida. A atuação integrada e centrada no paciente é a principal aliada frente a esses complexos quadros sintomáticos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yizhe Lim, Stephen W. Leslie, Seanan O'Rourke. Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome. In: StatPearls [Internet] Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; [Internet]. 2024 Oct 7 [cited 2025 Aug 16]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570588/>
2. Choi S, Tran JP. A review of treatment options for chronic pelvic pain from endometriosis. Pain Manag [Internet]. 2025 Aug 2 [cited 2025 Aug 8];1–11. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/17581869.2025.2542713?needAccess=true>
3. Engeler D, Baranowski AP, Berghmans B, Birch J, Cottrell AM, Dinis-Oliveira P, et al. EAU Guidelines on. Chronic Pelvic Pain [Internet]. 2025th ed. European Association of Urology, EAU Guidelines Office, editors. Arnhem, The Netherlands: European Association of Urology; 2025 [cited 2025 Aug 8]. 1–88 p. Available from: <http://uroweb.org/guidelines/compilations-of-all-guidelines/>
4. Oliveira AMB de, Mansour IB, Dias MB, Silva ATP. Terapias complementares no manejo da dor pélvica crônica: uma revisão de literatura. Journal Archives of Health. 2024 Jul 31;5(3):e2096.
5. Dydyk AM, Singh C, Gupta N. Chronic Pelvic Pain. In: Treasure Island (FL); editor. StatPearls Publishing [Internet]. In: StatPearls [Internet].; 2025 [cited 2025 Aug 20]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554585/>
6. Luz RA da, Rodrigues FM, Vila VSC, Deus JM de, Lima KP. Sintomas depressivos em mulheres com dor pélvica crônica. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2014 Feb [cited 2025 Aug 16];36(2):1–5. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/9hzxkYfdTVH8r5zXhdFjn5F/?format=pdf&lang=pt>
7. Cheong YC, Smotra G, Williams AC de C. Non-surgical interventions for the management of chronic pelvic pain. Cochrane Database of

- Systematic Reviews. 2014 Mar 5;2014(3).
8. International Continence Society (ICS). Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome (IC/BPS) [Internet]. Standardisation Committee. 2018 [cited 2025 Aug 16]. Available from: <https://www.ics.org/committees/standardisation/terminologydiscussions/icbps>
 9. Lim Y, Leslie SW, O'Rourke S. Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome. In: StatPearls [Internet] [Internet]. Updated 7 Oct 2024. StatPearls Publishing; 2024 [cited 2025 Aug 20]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570588/#article-132252.s10>
 10. Homma Y, Akiyama Y, Kim JH, Chuang Y, Jeong SJ, Meng E, et al. Definition Change and Update of Clinical Guidelines for Interstitial Cystitis and Bladder Pain Syndrome. LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms. 2024 Sep 12;16(5).
 11. Maeda D, Akiyama Y, Morikawa T, Kunita A, Ota Y, Katoh H, et al. Hunner-Type (Classic) Interstitial Cystitis: A Distinct Inflammatory Disorder Characterized by Pancystitis, with Frequent Expansion of Clonal B-Cells and Epithelial Denudation. PLoS One [Internet]. 2015 Nov 20 [cited 2025 Aug 20];10(11):e0143316. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4654580/>
 12. Teixeira JA, Camilato ES, Lopes G. A fisioterapia pélvica melhora a dor genitopélvica/desordens da penetração? Feminina [Internet]. 2017 [cited 2025 Aug 8];45(3):187–92. Available from: <https://docs.bvsa-lud.org/biblioref/2020/02/1050721/femina-2017-453-187-192.pdf>
 13. Matthes A do C. ABORDAGEM ATUAL DA DOR NA RELAÇÃO SEXUAL (DISPAREUNIA). Revista Brasileira de Sexualidade Humana [Internet]. 2019 Jun 30 [cited 2025 Aug 19];30(1):1–9. Available from: https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/66/66
 14. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5TM [Internet]. Vol. 5th ed., Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5TM, 5th ed. Arlington, VA, US:

- American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013 [cited 2025 Aug 19]. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2013-14907-000>
15. Pacik PT. Understanding and treating vaginismus: a multimodal approach. *Int Urogynecol J* [Internet]. 2014 Dec 4 [cited 2025 Aug 19];25(12):1613–20. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-014-2421-y>
 16. Almeida SLAC, Matias IS, Pereira BC, da Silva CM, Pires HG, Roza IS, et al. ABORDAGENS TERAPÊUTICAS EM PACIENTES COM VAGINISMO: UMA REVISÃO DE LITERATURA. *Brazilian Journals of Development* [Internet]. 2021 Aug 6 [cited 2025 Aug 19];7(7):1–20. Available from: <file:///C:/Users/marta.goulart/Downloads/admin,+073+Abordagens+terap%C3%AAuticas+em+pacientes+com+vaginismo.pdf>
 17. Pacik PT. Vaginismus: Review of Current Concepts and Treatment Using Botox Injections, Bupivacaine Injections, and Progressive Dilatation with the Patient Under Anesthesia. *Aesthetic Plast Surg* [Internet]. 2011 Dec 10 [cited 2025 Aug 19];35(6):1160–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21556985/>
 18. Lai HH, Pontari MA, Argoff CE, Bresler L, Breyer BN, Chou R, et al. Male Chronic Pelvic Pain: AUA Guideline: Part I Evaluation and Management Approach. *Journal of Urology*. 2025 Aug;214(2):116–26.
 19. Franco JV, Turk T, Jung JH, Xiao YT, Iakhno S, Garrote V, et al. Non-pharmacological interventions for treating chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2018 May 12 [cited 2025 Aug 16];2018(5):1–185. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29757454/>
 20. Santos Jr JCM. Dor posterior baixa e dor pélvica: o que interessa ao proctologista? *Revista Brasileira de Coloproctologia*. 2009 Sep;29(3):393–403.
 21. Babini D, Quirino ML, Delgado A, Lemos A. Função do assoalho pélvico, incontinência urinária e fecal em adolescentes primíparas

- segundo presença de episiotomia: estudo transversal. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* [Internet]. 2024 [cited 2025 Aug 20];24:1–10. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/t5KdbN5HXKYvpzKG6BQVTMQ/?format=pdf&lang=pt>
22. Hutton D, Mustafa A, Patil S, Rathod S, Shrikhande G, Advincula A, et al. The burden of Chronic Pelvic Pain (CPP): Costs and quality of life of women and men with CPP treated in outpatient referral centers. *PLoS One*. 2023 Feb 9;18(2):e0269828.
23. Clemens JQ, Calhoun EA, Litwin MS, McNaughton-Collins M, Dunn RL, Crowley EM, et al. Rescoring the NIH chronic prostatitis symptom index: nothing new. *Prostate Cancer Prostatic Dis* [Internet]. 2009 Sep 2 [cited 2025 Aug 20];12(3):285–7. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2736311/>
24. Victal ML, Lopes MHB de M, D'Ancona CAL. Adaptação à cultura brasileira dos questionários The O'Leary-Sant e PUF, usados para cistite intersticial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet]. 2013 Apr [cited 2025 Aug 20];47(2):312–9. Available from: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/LFMjKQjwwRcmmmdSFBBRCSjK/?lang=pt>
25. Thiel R do RC, Dambros M, Palma PCR, Thiel M, Riccetto CLZ, Ramos M de F. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [Internet]. 2008 Oct [cited 2025 Aug 20];30(10):504–10. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/bF7SYs4SbxJV4FjZZFSC3vP/?format=html&lang=pt>
26. Sebastián Domingo JJ. The new Rome criteria (IV) of functional digestive disorders in clinical practice. *Med Clin (Barc)*. 2017 May 23;148(10):464–8.
27. Santana HDA da S, Amorim NMV, Junior JO de AF, Martins JC de B, Ribeiro JR, Schettino K de C. Diagnóstico diferencial e tratamento da dor pélvica crônica: relato de caso. *Brazilian Journal of Surgery*

and Clinical Research – BJSCR [Internet]. 2021 Jun [cited 2025 Aug 20];35(1). Available from: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20210611_074614.pdf

28. American Urological Association. Dor pélvica e na bexiga. American Urological Association. 2023. p. 30.

A dor é parte do processo de assistência de enfermagem nas áreas de atuação da estomaterapia e deve ser gerenciada, prevenida e minimizada nos cuidados de pessoas com feridas, estomias, incontinências e outras disfunções do assoalho pélvico.

Considerando a importância da interdisciplinaridade nas áreas de abrangência da especialidade, essa obra engloba um olhar ampliado para a dor nos diferentes ciclos da vida, nas populações vulneráveis, nos cuidados paliativos e nas três áreas de atuação do estomaterapeuta, contando com a participação de especialistas que colaboram com o conhecimento sobre o gerenciamento da dor em diferentes contextos, desde a prevenção, tratamento e reabilitação, até as possibilidades de intervenções farmacológicas e não farmacológicas da dor.

Essa obra nasceu da minha experiência clínica como estomaterapeuta e inquietação sobre a necessidade desse olhar ampliado para a dor. O gerenciamento da dor contribui para uma assistência qualificada e segura no processo do cuidar da enfermagem.

Agradeço a todos os colaboradores e dedico essa obra a todas as pessoas que necessitam dos nossos cuidados.

Ana Paula Moura de Lourdes

