

## SÍNDROME ÁLGICA

“Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal”

### FUNÇÃO DA DOR

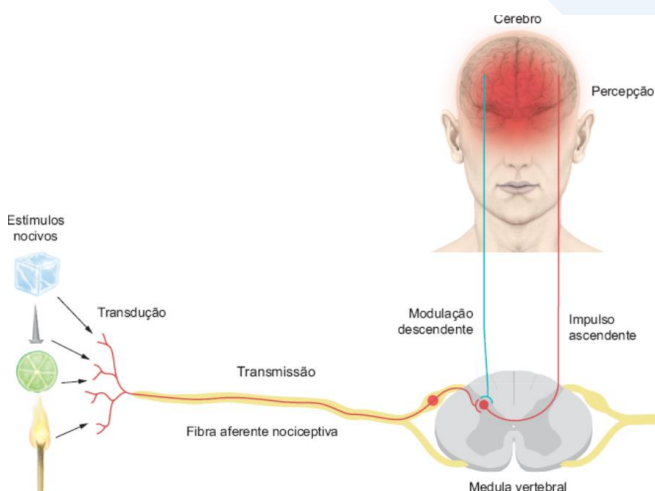
É um sinal de alarme e um mecanismo essencial de defesa. Importante componente de defesa corporal diante de um ambiente hostil.

### AUSÊNCIA DE DOR

A falta de sensibilidade dolorosa ou ausência de dor é um fator limitante de sobrevivência. Pessoas que nascem sem capacidade de sentir dor testemunham o seu valor como experiência vital. Há relatos de extensas queimaduras, ferimentos graves e contusões sérias, ocorridas durante a infância em virtude da ausência de sensação dolorosa. Estes pacientes mordem a língua enquanto mastigam e aprendem com dificuldade a evitar lesões. Morrem mais precocemente em função de múltiplas lesões, principalmente osteoarticulares, complicadas por infecção.

### ANATOMIA E FISIOLOGIA DA DOR

Há 3 mecanismos: **transdução, transmissão e modulação.**



### TRANSDUÇÃO

Sensação dolorosa se inicia pela estimulação de receptores sensitivos ou nociceptores. Os

nociceptores não são específicos, dependendo da intensidade do estímulo e dos fatores associados, podem gerar percepções diferentes.

### RESPONSÁVEIS PELA DOR AGUDA

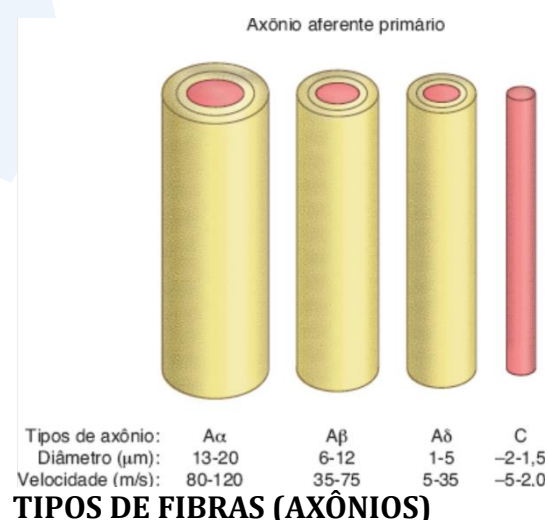
Tanto os nociceptores térmicos, ativados por temperatura acima de 45°C ou abaixo de 5°C, como os mecânicos, ativados por pressão direta, são compostos por **fibras Aδ de pequeno diâmetro**, finamente mielinizadas, que conduzem os impulsos elétricos na velocidade entre 2 e 30 m/s.

### RESPONSÁVEIS PELA DOR DE LONGA DURAÇÃO, DIFUSA E PELO PRURIDO

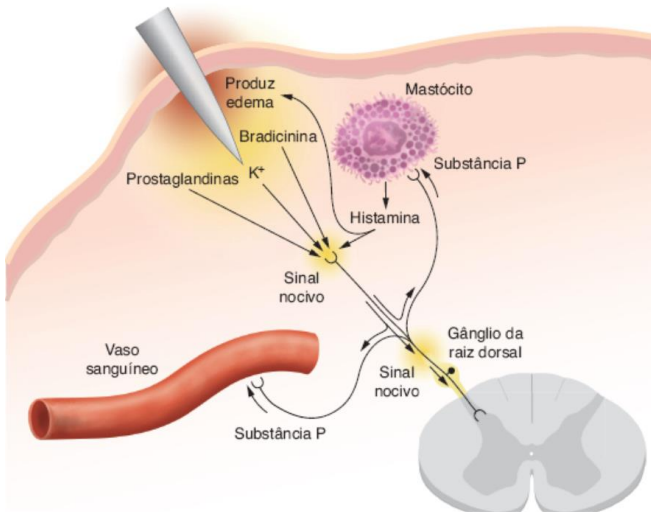
Os nociceptores polimodais são compostos por fibras C de pequeno diâmetro, não mielinizadas, que conduzem os impulsos elétricos na velocidade entre 0,5 a 2 m/s. Representam cerca de 80% das fibras nociceptivas, são ativados por pressão, estímulos térmicos ou químicos.

**ALODÍNIA** (PERCEPÇÃO DE DOR E ESTÍMULOS QUE, EM CONDIÇÕES NORMAIS, NÃO PROVOCARIA SENSÇÃO DOLOROSA).

Fibras Aβ, de grande diâmetro, mielinizadas, compõem o sistema tátil e não participam do sistema de nocicepção, mas podem modificar a percepção da dor, atenuando-a. No caso de uma degeneração neuronal, este tipo de fibras pode sofrer modificação, passando a funcionar como fibras nociceptivas.

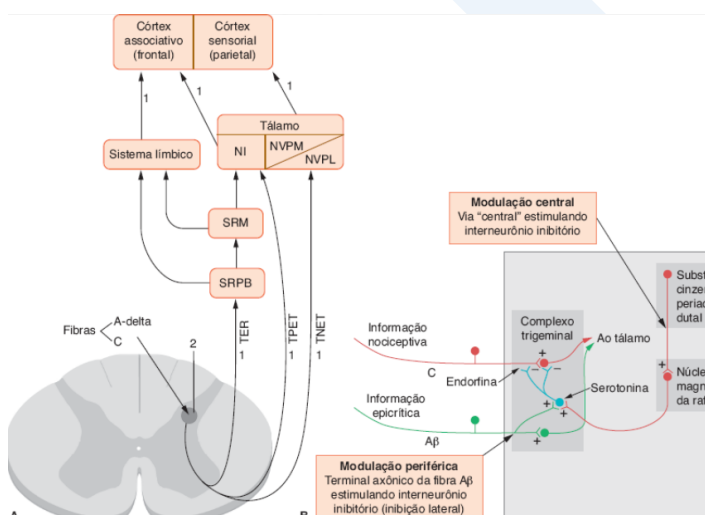


A conversão do estímulo nociceptivo por substâncias proteicas em potencial elétrico despolarizante denomina-se **transdução**, mecanismo inicial de sensação dolorosa.



### TRANSMISSÃO

Por intermédio do neurônio sensorial de primeira ordem, o potencial elétrico despolarizante conduz o estímulo ao SNC (neurônios sensoriais de 2º e 3º ordens), com sinapse no corno dorsal da medula espinal ou no tronco cerebral, os corpos das células nervosas estão localizados no gânglio da raiz dorsal e no gânglio trigeminal.



**Vias do grupo LATERAL:** São representadas pelos tratos **neoespinalâmicos** (espinotalâmicos lateral, espinocervical e pós-sináptico da coluna dorsal) -> são relacionadas

com o **ASPECTO SENSORIAL DISCRIMINATIVO DA DOR**;

**Vias do grupo MEDIAL:** Incluem os tratos paleoespinalâmico, paleotrigeminotalâmico, espinorreticular e espinomesencefálico e sistema ascendente multissináptico proprioespinal. São relacionadas com o aspecto **AFETIVO-MOTIVACIONAL DA DOR**.

Núcleos talâmicos	Recebe informações dos tratos ascendentes...	Projeções corticais	Funções
VPL/VPM e VPI (laterais)	Espinotalâmico lateral; espinocervical e pós-sináptico da coluna dorsal	S1 e S2 (principalmente)	Sensorial-discriminativa
PI, VMpo e MDvc (mediais)	Espinotalâmico medial; espinoparabraquio-amigdalóide e espinoparabraquio-hipotalâmico	Córtex insular e córtex do cíngulo anterior (principalmente)	Afetivo-motivacional

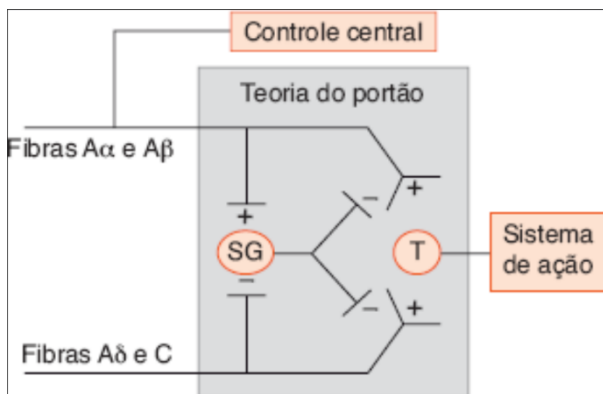
### MODULAÇÃO

Além de vias e centros responsáveis pela transmissão da dor, há estruturas responsáveis por sua supressão, denominadas vias modulatórias, as quais são também ativadas pelas vias nociceptivas.

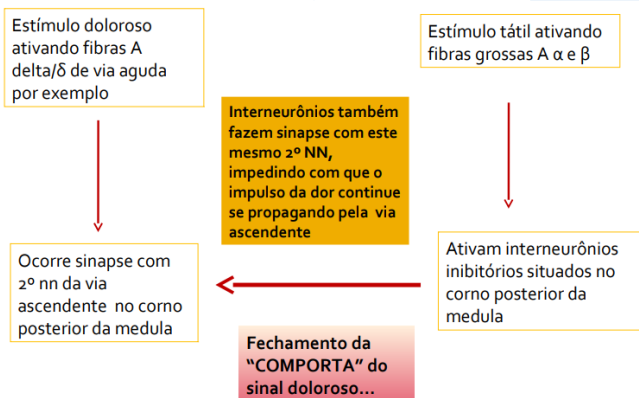
Há vários sistemas modulatórios:

### 1ª TEORIA DO PORTÃO OU DAS COMPORTAS

As **fibras amielínicas (C) e mielínicas finas (Aδ)** conduzem a sensibilidade **termoalgésica**, enquanto as **fibras mielínicas grossas (Aα e Aβ)** conduzem as demais formas de sensibilidade (**tato, pressão, posição, vibração**). Segundo essa teoria, a ativação das **fibras mielínicas grossas excitaria** interneurônios inibitórios da substância gelatinosa de Rolando (lâmina II) para os aferentes nociceptivos, **impedindo a passagem dos impulsos dolorosos**, ou seja, haveria um **fechamento do portão**, ao passo que a **ativação das fibras amielínicas e mielínicas finas (C e Aδ)** **inibiria os interneurônios inibitórios**, tornando possível a passagem dos estímulos nociceptivos (**abertura do portão**). Esse mecanismo explica por que uma **leve fricção ou massagem de uma área dolorosa proporciona alívio da dor**



**Explicação da Imagem:** Teoria do portão da modulação da dor por interneurônios da substância gelatinosa (SG) da lâmina II de Rexed, que recebe estímulo oriundo das fibras mielinizadas grossas A $\alpha$  e A $\beta$  (para tato, pressão, posição, vibração) e fibras amielínicas C e mielinizadas finas A $\delta$  para dor.



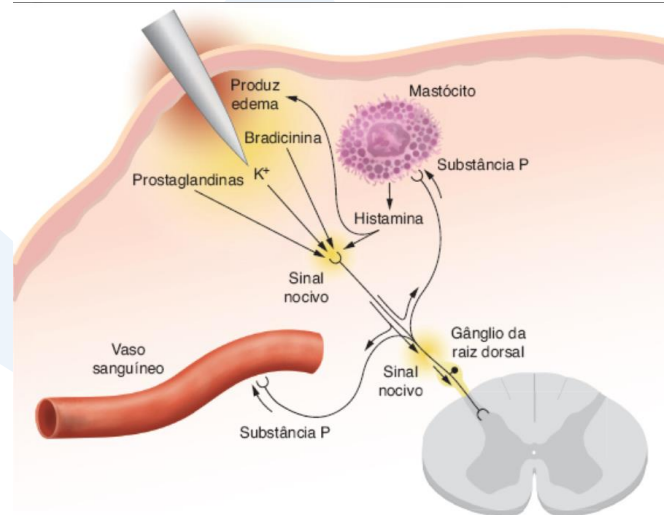
### ESTRUTURAS QUE PARTICIPAM DOS SISTEMA MODULATÓRIO

- **Interneurônios inibitórios** localizados na lâmina II ou substância gelatinosa e que se projetam para outras regiões a partir do corno dorsal da medula espinal;
- Estruturas do tronco cerebral que enviam até a medula espinal, projeções neuronais, as quais, por meio da liberação de neurotransmissores, são capazes de modular a passagem do estímulo nociceptivo, tanto positivamente (controle descendente facilitatório da dor), quanto negativamente (controle descendente inibitório da dor).

**Conclusão:** a dor pode ser provocada tanto por ativação das vias nociceptivas como pela lesão das vias modulatórias (supressoras).

### SENSIBILIZAÇÃO COM A GERAÇÃO E A PERPETUAÇÃO DA DOR

**Sensibilização Periférica:** A sensibilização periférica desenvolve-se no local do estímulo e decorre de alterações dos receptores, cujo resultado é a diminuição do limiar de excitabilidade dos nociceptores. Ocorre em casos de lesão celular, liberação de mediadores inflamatórios (bradicinina, prostaglandina, histamina, interleucinas, leucotrienos, fator de necrose tumoral e crescimento neuronal).



**Sensibilização Central:** É a facilitação da chegada do estímulo doloroso ao sistema nervoso central pela redução do limiar de estímulo e espraio da região cortical envolvida no processamento da dor (área receptiva da dor). Um exemplo de sensibilização central é o aparecimento de dor ao tocar a pele do rosto após o término de uma crise de neuralgia do trigêmeo.

### ASPECTO BIOQUÍMICO DA DOR

- **Noradrenalina, serotonina, dopamina, encefalinas:** mais importantes. Se depletadas, ocorre inibição do efeito analgésico da morfina, hiperalgesia e dor espontânea;
- **Encefalinas:** analgesia;

- **No SNP:** substância P (maior NT de dor/ excitação lenta);
- **Aspartato e glutamato** (NT de excitação rápida): excitatórios;
- Somatostatina, neurotensina e GABA: inibitórios;
- **Prostaglandinas e Leucotrienos:** sensibilizam nociceptores;
- **Bradicinina:** potente algógeno. Aumenta permeabilidade capilar;
- **Íons K e H:** promovem dor;
- **Histamina:** prurido e dor

## ATIVAÇÃO DIRETA

### ASPECTO SENSITIVO-DESCRIMINATIVO DA DOR

- Dor como sensação;
- Identificação características da dor (ILICIDAS);
- Devido vias do sistema lateral e as projeções dos núcleos VPM e VPL que ocorrem predominantemente para o córtex somatossensorial primário.

### ASPECTO AFETIVO-EMOCIONAL DA DOR

- Dor não é só sensação, compreendendo uma série de respostas reflexas, emocionais e comportamentais, dependendo do aprendizado e memorização de experiências prévias, do grau de atenção e do estado emocional;
- Núcleos mediais do tálamo se projetam para o córtex insular e para o córtex do cíngulo anterior, mais envolvidos nas funções afetivo-motivacionais;
- Sistema Límbico (dor crônica);
- Angústia, depressão, medo, ansiedade.

### ASPECTO COGNITIVO-AVALIATIVO DA DOR

- Todas as experiências dolorosas da vida são armazenadas na memória;

- Centro do controle do processamento doloroso;
- Avaliação e julgamento;
- Papel de modulação: contribuindo, modificando e/ou influenciando o sistema - discriminativo e afetivo emocional.

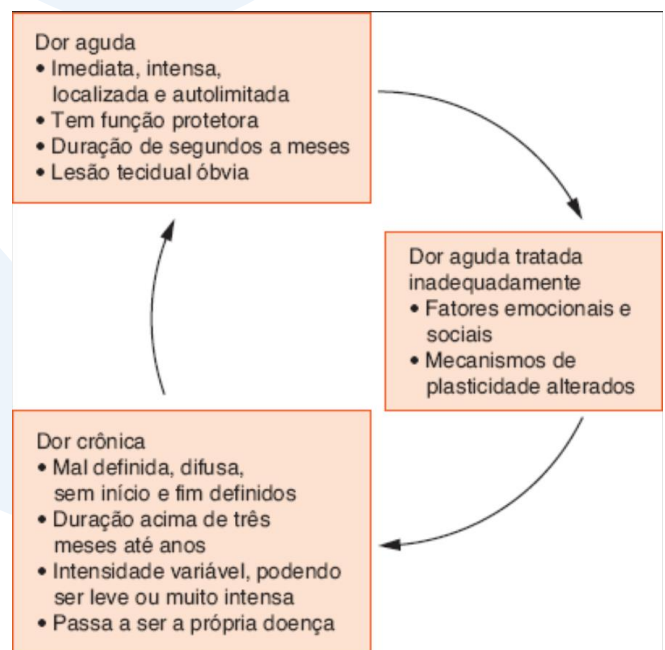
## CLASSIFICAÇÃO DA DOR- QUANTO AO INÍCIO

Pode ser **aguda ou crônica**

**Dor aguda:** Uma dor aguda indica que o organismo está sendo agredido ou que sua integridade está em risco. Pode durar de fração de segundo a semanas. Se não for tratada adequadamente, pode se tornar crônica;

**Dor crônica:** Considera-se dor crônica a que dura no mínimo 3 meses, mas que pode causar sofrimento por anos, demandando tratamento farmacológico adequado e terapias múltiplas.

O mecanismo que transforma uma dor aguda em crônica é a plasticidade mal-adaptativa do sistema nociceptivo.



## DOR: DO PONTO DE VISTA FISIOPATOLÓGICO

Pode ser: **nociceptiva, neuropática, mista, psicogênia.**



### DOR NOCICEPTIVA

É causada pela ativação dos nociceptores. A transmissão dos impulsos é conduzida pelas vias nociceptivas até as regiões do sistema nervoso central, onde são interpretados.

**EXEMPLO:** agressões externas (picada de inseto, fratura de osso, corte da pele), a dor visceral (cólica nefrética, apendicite), a neuralgia do trigêmeo, a dor das lesões articulares e da invasão neoplásica dos ossos.

**Características da dor nociceptiva:** é percebida simultaneamente com a estimulação provocada pelo fator causal, em geral, facilmente identificado. A remoção da causa quase sempre é acompanhada de alívio imediato da sensação dolorosa. Nenhum déficit sensorial é identificado nesses pacientes e a distribuição da dor corresponde à das fibras nociceptivas estimuladas. Quanto menor o número de segmentos medulares envolvidos na inervação de uma estrutura, mais localizada será a dor (somática superficial). Em contrapartida, quando o número de segmentos medulares é grande, mais difusa será a dor (visceral e somática profunda).

Pode ser **espontânea ou evocada**;

- **Espontânea:** costuma ser relatada com várias designações: pontada, facada, agulhada, aguda, rasgando, latejante, surda, contínua, profunda, vaga, dolorimento. Todas sugerem lesão tissular.

A dor espontânea pode ser **constante ou intermitente**.

- **Dor constante:** é aquela que ocorre continuamente, podendo variar de intensidade, mas sem desaparecer completamente. O indivíduo dorme e acorda com dor.
- **Dor intermitente:** é aquela que ocorre episodicamente, sendo sua frequência e duração bastante variáveis. Em geral, é

descrita como dor em choque, aguda, pontada, facada, fisgada. Deve ser diferenciada das exacerbações da dor constante.

**Dor evocada:** pode ser desencadeada por manobras como a de Lasègue na ciatalgia, que é a dor provocada pelo estiramento da raiz nervosa, ao se fazer a elevação do membro inferior afetado, estando o indivíduo em decúbito dorsal, ou lavar o rosto e escovar os dentes, no caso de pacientes com neuralgia do trigêmeo. Esses estímulos reproduzem a dor sentida espontaneamente pelo paciente.

### DOR NEUROPÁTICA

Também denominada dor por lesão neural ou por desaferentação, que é a privação de um neurônio de suas aferências, ou central quando é secundária a lesões do sistema nervoso central.

Pode apresentar-se de três formas: **constante, intermitente e evocada**.

Ainda não se conhecem exatamente os mecanismos fisiopatológicos da dor neuropática, mas a lesão do trato neoespinotalâmico ou neotrigeminotalâmico na dor facial parece ser condição essencial para seu aparecimento.

Este tipo de dor é gerado no sistema nervoso, independentemente de estímulo externo ou interno.

**Características da dor neuropática:** Pode ser originada em afecções traumáticas, inflamatórias, vasculares, infecciosas, neoplásicas, degenerativas, desmielinizantes e iatrogênicas. Seu início pode coincidir com a atuação do fator causal, porém, mais comumente, ocorre após dias, semanas, meses ou até anos. Em geral, o fator causal não pode ser

removido, por ter deixado de agir ou por ser impossível interrompê-lo. A maioria dos pacientes apresenta déficit sensorial clinicamente detectável e a distribuição da dor tende a sobrepor-se, pelo menos parcialmente, à perda sensorial.

- **Dor constante:** é descrita como dor em queimação, dormência ou formigamento, ou como dolorimento. Trata-se de uma disestesia (sensação anormal desagradável);
- **Dor Intermitente:** é mais frequente nas lesões nervosas periféricas e da medula espinal, sendo rara nas lesões encefálicas. É relatada como dor em choque. Lembra a dor da ciatalgia, mas diferencia-se dela pelo fato de seu trajeto não seguir o do nervo.

### DOR MISTA

É a que decorre por mecanismos nociceptivo e neuropático, conjuntamente. Ocorre, por exemplo, em certos casos de dor causada por neoplasias malignas. A dor decorre tanto do excessivo estímulo dos nociceptores quanto da destruição das fibras nociceptivas.

### DOR PSICOGÊNICA

Toda dor tem um componente emocional associado, o que varia é sua magnitude. A dor denominada psicogênica, porém, é uma condição inteiramente distinta, na qual não há substrato orgânico, sendo gerada por condições emocionais.

**Características da dor psicogênica:** Tende a ser difusa, ou de localização imprecisa. Algumas vezes, pode ser bem localizada, mas, nesse caso, sua topografia corresponde à da imagem corporal que o paciente tem da estrutura que julga doente. Assim, se ele imagina ter um infarto do miocárdio, a área dolorida localiza-se no mamilo esquerdo e não na região retroesternal ou na face interna do braço

esquerdo, como ocorre na dor por isquemia miocárdica.

### ESTRUTURAS DE ORIGEM DA DOR

Pode ser classificada em **somática (superficial e profunda), visceral e irradiada).**

**Dor Somática Superficial:** É a forma de dor nociceptiva provocada pela estimulação de nociceptores do sistema tegumentar. Tende a ser bem localizada e relatada como picada, pontada, queimor, sempre de acordo com o estímulo que a provocou;

**Dor Somática Profunda:** É uma dor nociceptiva decorrente de ativação dos nociceptores de músculos, fáscias, tendões, ligamentos e articulações. **Suas principais causas são:** estiramento muscular, contração muscular isquêmica, exercício exaustivo prolongado, contusão, ruptura tendinosa e ligamentar, síndrome miofascial, artrite e artrose. É uma **dor mais difusa que a dor somática superficial**. Sua **localização é algo imprecisa**, sendo, em geral, descrita como dolorimento, dor surda, dor profunda e, no caso de dor muscular isquêmica, como câibra.

**Dor Visceral:** É a dor nociceptiva decorrente da estimulação dos nociceptores das vísceras. É profunda e tem características similares às da dor somática profunda, ou seja, é difusa, de difícil localização e descrita como um dolorimento ou dor surda, que tende a se acentuar com a atividade funcional do órgão acometido.

Pode ser por:

1. Comprometimento da própria víscera (dor visceral verdadeira);
2. Comprometimento secundário do peritônio ou pleura parietal (dor somática profunda);
3. Irritação do diafragma ou do nervo frênico;

4. Relacionada a um reflexo viscerocutâneo (dor referida).

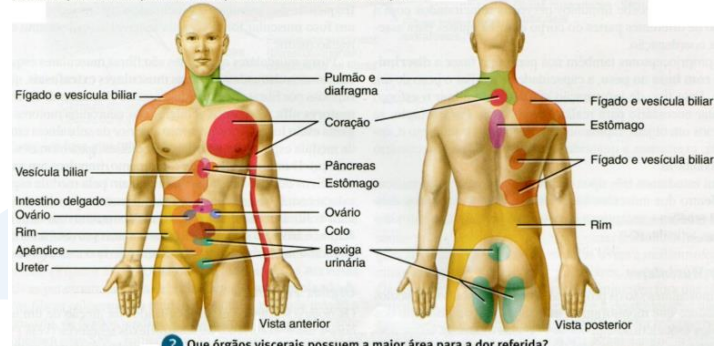
### DOR REFERIDA

- Pode ser definida como uma sensação dolorosa superficial percebida distante da estrutura onde se a originou (visceral ou somática);
- Distribuição metamérica;

A explicação da dor referida é a convergência de impulsos dolorosos viscerais e somáticos, superficiais e profundos, para neurônios nociceptivos, localizados no corno dorsal da medula espinal, sobretudo na lâmina V. Tendo em vista que o sistema tegumentar apresenta um suprimento nervoso nociceptivo muito mais exuberante do que o das estruturas profundas, somáticas e viscerais, a representação talâmica e cortical destas é muito menor do que a daquelas. Por conseguinte, os impulsos dolorosos provenientes das estruturas profundas seriam interpretados pelo cérebro como oriundos do tegumento e o paciente percebe a dor naquele local.

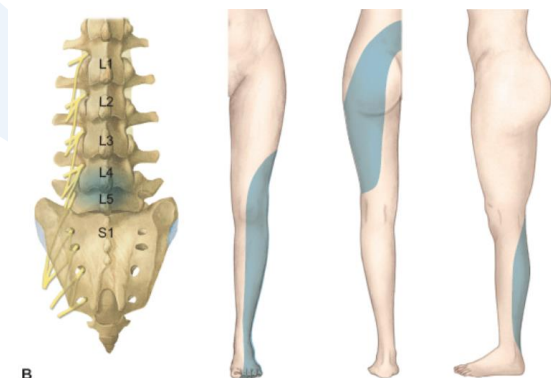
O nervo frênico, responsável pela inervação do diafragma, origina-se predominantemente do quarto segmento medular cervical.

**Distribuição da dor referida.** As partes coloridas no diagrama indicam as áreas cutâneas às quais a dor visceral é referida. Os nociceptores estão presentes em quase todos os tecidos do corpo.



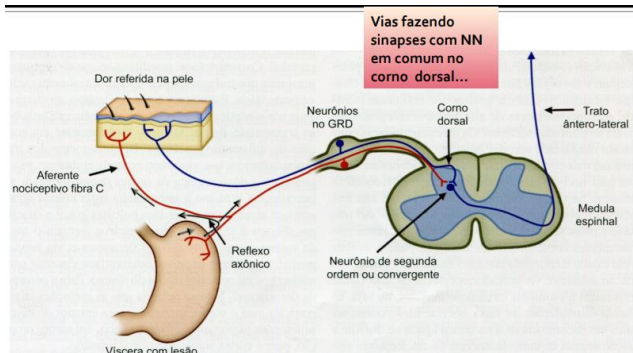
### DOR IRRADIADA

Caracteriza-se por ser sentida à distância de sua origem, mas em estruturas inervadas pela raiz nervosa ou em um nervo cuja estimulação é responsável pela dor. Exemplo clássico é a ciatalgia, provocada pela compressão de uma raiz nervosa por hérnia de disco lombar.



### ALODÍNIA, HIPERPATIA E HIPERALGESIA

- **Alodinia:** Sensação desagradável provocada pela estimulação tátil de uma área com limiar aumentado de excitabilidade (região parcialmente desaferentada). Muitas vezes, os pacientes relatam esta sensação da seguinte maneira: "O simples contato da roupa ou do lençol é extremamente doloroso."
- **Hiperpatia:** Sensação desagradável, mais dolorosa que a comum, provocada pela estimulação nóxica, sobretudo a repetitiva,



### EXEMPLOS:

- Dor na face interna do braço (Dermátomo T1) = IAM;
- Dor Epigástrica ou periumbilical (dermatômos T6 A T10) = Apendicite;
- Dor no Ombro (dermatômo C4) = Lesão diafragmática ou irritação do nervo frênico.

de uma área com limiar de excitabilidade aumentado, indicando região parcialmente desaferentada.

- **Hiperalgesia:** Resposta exagerada aos estímulos aplicados em uma região com limiar de excitabilidade reduzida. Pode manifestar-se sob a forma de dor a estímulos inóculos ou dor intensa a estímulos leves ou moderados.

**Tipos de hiperalgesia:** Primária que ocorre em uma área lesionada e se deve à sensibilização local dos nociceptores; secundária, que se localiza em torno da área lesada e parece ocorrer após sensibilização dos neurônios do corno dorsal, decorrente da estimulação repetitiva e prolongada das fibras C.

## DOR: CARACTERÍSTICAS SEMIOLÓGICAS

### I.L.I.C.I.D.A.S

**I:** INÍCIO

**L:** LOCALIZAÇÃO

**I:** IRRADIAÇÃO

**C:** CARÁTER/ QUALIDADE

**I:** INTENSIDADE

**D:** DURAÇÃO

**A:** ALÍVIO/PIORA, AGRAVANTES/ATENUANTES

**S:** SINTOMAS ASSOCIADOS.

**Bônus: E=** EVOLUÇÃO.

### INÍCIO

Indagar o paciente quando se iniciou a dor, ajuda a identificar se a dor é aguda ou crônica.

### LOCALIZAÇÃO

Refere-se à região onde o paciente sente a dor. A descrição deve ser precisa, quando o paciente relata dor em mais de um local, é importante

registrar todos os pontos no mapa corporal, sendo interpretados separadamente.

Lembrar que a **dor somática superficial tende a ser mais localizada**, enquanto a **somática profunda e a visceral, assim como a neuropática, tendem a ser mais difusas**.

### IRRADIAÇÃO

A dor pode ser estritamente localizada ou irradiada, quando segue o trajeto de uma raiz nervosa ou nervo, ou referida, cujo mecanismo é diferente. Não se deve confundir dor referida e dor irradiada, o reconhecimento da localização inicial da dor e de sua irradiação pode indicar a estrutura nervosa comprometida.

Exemplos:

- **Neuralgia occipital:** dor na transição occipitocervical, com irradiação superior, anterior e lateral, podendo atingir vértex, globos oculares, ouvidos e, às vezes, a face (comprometimento da raiz C2 e/ou C3);
- **Cervicobraquialgia:** dor cervical com irradiação para a face lateral do braço e antebraço (raiz C6);
- Dorsalgia com irradiação anterior, passando pela escápula, para a área mamilar (raiz T4);
- Dorsalgia na transição toracolombar, com irradiação anterior e inferior.
- **Lombociatalgia:** dor lombar com irradiação para virilha, face anterior da coxa e borda anterior da canela, também face medial da perna até a região maleolar medial (raiz L4) ou irradiação para a nádega e face posterolateral da coxa e da perna, até a região maleolar lateral (raiz L5); dor lombar com irradiação para a nádega e face posterior da coxa e da perna, até o calcanhar (raiz S1).

A dor irradiada pode surgir em decorrência do comprometimento de qualquer raiz nervosa, podendo o território de irradiação ser conhecido pelo exame do mapa dermatomérico.



### CARÁTER/QUALIDADE

Para que seja definida a qualidade ou o caráter da dor, solicita-se ao paciente para descrever a sensação que a dor provoca. Não raro o paciente experimenta dificuldade em relatar a qualidade da dor. Quando isso ocorre, pode-se oferecer a ele uma relação de termos “descritores”, mais usados e solicitar que escolha aquele ou aqueles que descrevam a dor de maneira mais adequada.

- **1º passo:** ajudar o paciente a descrever o tipo de sensação;
- Depois, diferenciar **Dor evocada de espontânea**;
- **Alodínia:** dor causada por estímulo que normalmente não é doloroso;
- **Hiperestesia:** aumento da sensibilidade ao estímulo, mesmo não doloroso;
- **Hiperalgesia:** aumento da resposta a um estímulo que é normalmente doloroso;
- **Dor espontânea:** constante ou intermitente;
- Determinadas qualidades da dor são mais específicas para determinado tipo de víscera.

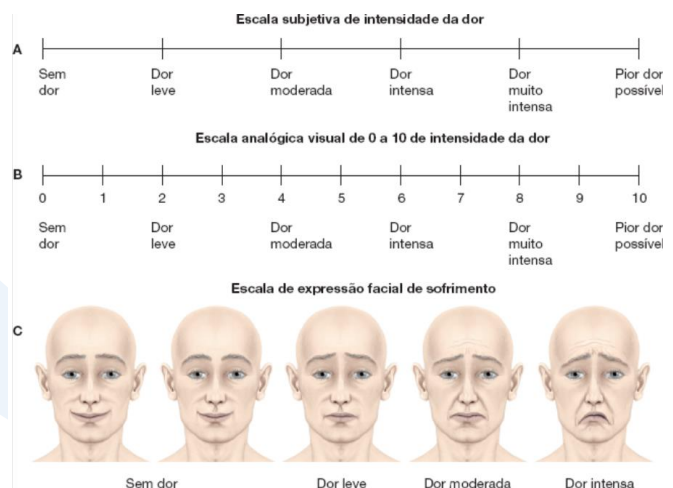
Ex.:

1. Dor em vísceras maciças e de processos não obstrutivos de vísceras ocas- dor surda;
  2. Dor obstrutiva de vísceras ocas- cólica;
  3. Dor de pleura parietal- pontada ou fincada;
  4. Dor de IM- aperto;
  5. Dor de úlcera- queimação ou ardor.
- Dor de cabeça latejante ou pulsátil é sugestiva de enxaqueca, abscesso e odontalgia;
  - Dor em choque, neuralgia do trigêmeo;
  - Dor em cólica ou em torcedura, na cólica nefrética, biliar, intestinal ou menstrual;
  - Dor em queimação, se visceral na úlcera péptica e esofagite de refluxo e, se superficial;
  - Dor constritiva ou em aperto, na angina do peito e infarto do miocárdio;

- Dor em pontada, nos processos pleurais;
- Dor surda, nas doenças de vísceras maciças;
- Dor “doída” ou dolorimento, nas doenças das vísceras maciças e musculares, como a lombalgia.

### INTENSIDADE

É um componente relevante da dor. Aliás, é o que costuma ter mais importância para o paciente. Resulta da interpretação global dos seus aspectos sensoriais, emocionais e culturais. Como é uma experiência sensorial subjetiva, a avaliação da intensidade feita pelo paciente é o elemento fundamental desta característica.



### DURAÇÃO

Inicialmente, determina-se com a máxima precisão possível a **data de início da dor**. Quando é **contínua**, calcula-se sua duração de acordo com o tempo transcorrido entre o início e o momento da anamnese. Se for cíclica, deve-se registrar a data e a duração de cada episódio doloroso.

Se é **intermitente** e ocorre várias vezes ao dia, são registradas a data de seu início, a duração média dos episódios dolorosos, o número médio de crises por dia e de dias por mês em que se sente dor. Estes elementos da história contribuem para o raciocínio diagnóstico.

Dependendo da duração, a dor pode ser classificada **em aguda ou crônica**.

**Aguda** é a dor que dura menos de 1 mês (ou 3 meses, conforme alguns autores), e cessa dias ou semanas após o desaparecimento ou melhora da doença ou lesão.

**Dor crônica** é a que persiste além do tempo necessário para a cura da doença ou da lesão, habitualmente mais de 3 meses.

### ALÍVIO/PIORA

**ALÍVIO:** São os que aliviam a dor, incluindo funções orgânicas, posturas ou atitudes que protegem a estrutura ou função do órgão onde é originada (atitudes antálgicas), incluindo repouso, distração, analgésicos opioides e não opioides, anti-inflamatórios hormonais e não hormonais, relaxantes musculares, antidepressivos, anticonvulsivantes, neurolépticos, anestésicos locais, fisioterapia, acupuntura, bloqueios anestésicos, procedimentos cirúrgicos e outras intervenções.

- No que se refere aos medicamentos, indagar nomes, doses e períodos em que foram usados.
- A distração tende a diminuir qualquer dor. Locais escuros e silenciosos podem aliviar a enxaqueca.
- A ingestão de certos alimentos alivia a dor da esofagite, gastrite e úlcera péptica, pela diminuição do pH gástrico.
- Como o peristaltismo tende a intensificar a sensação dolorosa no sistema digestório; a dor pode diminuir com jejum ou esvaziamento do estômago pelo vômito.
- O repouso melhora as dores muscular, das articulações e da insuficiência coronária.

**PIORA:** São os fatores que desencadeiam a dor, ou a agravam. As funções orgânicas estão entre estes fatores, porém outros podem ser identificados. Devem ser procurados ativamente, pois, além de ajudarem a esclarecer o diagnóstico, seu afastamento constitui parte importante do tratamento.

**Exemplos:** alimentos ácidos e picantes, bebidas alcoólicas e anti-inflamatórios hormonais ou não hormonais agravam a dor da esofagite, gastrite e úlcera péptica; alimentos gordurosos, da doença biliar; chocolate, queijos, bebidas alcoólicas (sobretudo o vinho), barulho, luminosidade excessiva, esforço físico e menstruação, em pacientes com enxaqueca; decúbito dorsal prolongado, tosse e espirro, a cefaleia por hipertensão intracraniana; flexão da nuca, por estiramento da meninge inflamada, da meningite e hemorragia subaracnóide; qualquer movimento que estire a raiz nervosa (elevação do membro inferior estendido, flexão do tronco) ou que aumente a pressão intrarraquidiana (tosse, espirro), na hérnia discal lombossacral.

### SINTOMAS ASSOCIADOS

A dor aguda, nociceptiva, sobretudo quando intensa, costuma acompanhar-se de manifestações neurovegetativas, que se devem à estimulação do sistema nervoso autônomo, expressando-se por sudorese, palidez, taquicardia, hipertensão arterial, mal-estar, náuseas e vômitos.

### EVOLUÇÃO

Trata-se de uma característica de grande relevância, que revela a maneira como a dor evoluiu, desde seu início até o momento da anamnese. Duração e evolução são características semiológicas que se completam e são investigadas simultaneamente.

A investigação é iniciada pelo modo de instalação: se súbita ou insidiosa. Se for súbita e tipo cólica, localizada no hipocôndrio direito, por exemplo, sugere colelitíase, ao passo que uma dor de início insidioso, surda, na mesma área, tem mais probabilidade de ser decorrente de colecistite ou hepatopatia. Em ambos os casos pode haver irradiação da dor para a área escapular e/ou ombro direito.

### COM O PACIENTE:

1. Fale-me sobre a sua dor;
2. Onde você sente dor?
3. A dor parece caminhar ou é penetrante?
4. Que outras palavras poderiam descrever sua dor?
5. O que a faz piorar?
6. Que medicamentos a fazem melhorar?
7. Você consegue provocar a dor?
8. Você consegue reproduzir a dor?

