



• **FACT SHEET No. 13**

## **A dor crónica como consequência de tortura – gestão**

A tortura está associada a múltiplas consequências para a saúde, em particular, a dor persistente e a incapacidade relacionada com a dor [4,8,11]. No tratamento das vítimas de tortura, devemos considerar a dor e as respetivas consequências.

Por conseguinte, é essencial que os profissionais de saúde que prestam cuidados a vítimas de tortura estejam familiarizados com a fisiopatologia da dor, modelos biopsicossociais de dor e as boas práticas baseadas na evidência de gestão da dor aguda e persistente.

A dor persistente não só causa incapacidade e limita a vida diária, como também provoca problemas psicológicos, agravando o impacto sobre o funcionamento pessoal e social geral. No entanto, a literatura científica sobre a reabilitação de vítimas de tortura visa predominantemente problemas de saúde mental sem referência à dor em si ou como causa significativa de angústia e incapacidade [9,15].

O tratamento de vítimas de tortura requer os mesmos métodos de intervenção que outros tipos de dor. É fundamental que os profissionais de saúde se informem sobre os diferentes métodos de tortura e respetivas consequências físicas. As revisões da literatura de reabilitação observam a falta de estudos com rigor científico sobre intervenções com múltiplas componentes destinadas às vítimas de tortura [6,10]. Escasseiam estudos que avaliem os resultados da gestão da dor, e a qualidade das evidências é reduzida [2,5], pelo que é pouca a orientação que oferecem. As recomendações de tratamento consistem em aplicar, com sensibilidade, boas práticas clínicas aos doentes que possam estar gravemente traumatizados [1,2].

Uma preocupação geral prende-se com o facto de a dor não ser reconhecida, avaliada e gerida como um problema por si só. Se não for tratada, a dor persistente pode prejudicar as tentativas de tratamento de outros problemas comuns, como angústia e distúrbios do sono, e impedir a aquisição de competências essenciais de autogestão. É importante que as boas práticas de tratamento da dor em geral sejam alargadas às vítimas de tortura e que a dor não seja erroneamente considerada um sintoma de stresse

pós-traumático, negligenciando-se o seu tratamento. [1]. Por exemplo, reveste-se de extrema importância avaliar e tratar a dor neuropática que pode ocorrer após a suspensão pelos braços ou após *falaka* (golpes nas solas dos pés).

A reabilitação da dor num modelo biopsicossocial ocupa-se do funcionamento limitado e da incapacidade associada à dor, bem como da interação complexa com fatores pessoais e ambientais, fatores estes que podem influenciar a experiência e a resposta à dor [14].

Cumprе salientar que as vítimas de tortura podem ter problemas psicológicos e sociais consideráveis além da dor e de outros problemas de saúde, complicando a apresentação, a avaliação e o tratamento: incerteza sobre o estado civil; alojamento instável; isolamento da família, amigos e oferta cultural; meios normais de apoio e acesso ao trabalho [3,13].

À semelhança do recomendado para a dor crónica em geral, o ideal será adotar uma abordagem interdisciplinar e multimodal para a gestão da dor em vítimas de tortura, com particular incidência em objetivos acordados no sentido de melhorar a compreensão, o funcionamento e a participação. A reabilitação pode consistir em sessões individuais combinadas com psicoeducação em grupo, com ou sem intérprete.

Para promover a autogestão e o retorno às atividades e ao estilo de vida desejados, a gestão da dor nas vítimas de tortura deve incluir formação sobre a natureza da dor persistente, intervenções psicológicas que visem os aspetos cognitivos e comportamentais da adaptação à dor e fisioterapia para melhorar a função física geral e reduzir os danos musculoesqueléticos provocados pela tortura, bem como o tratamento farmacológico da dor.

Para estas vítimas, pode ser difícil aceitar a persistência da dor decorrente da tortura sofrida, abdicar da esperança de alívio total e aceitar que a redução da dor e a melhoria da vida diária e social são objetivos mais realistas, implicando que se considere o desenvolvimento de competências físicas, psicológicas e de cariz prático. As expectativas das vítimas devem, portanto, ser abordadas no início da reabilitação. É importante explicar os mecanismos da dor persistente sem danos, permitindo o reenquadramento de crenças pessimistas sobre a possibilidade de melhoria do funcionamento e o debate sobre mudanças comportamentais para promover a reabilitação. É crucial que todas as vítimas de tortura compreendam a interação entre dor e problemas psicológicos [7].

Não existem estudos sistemáticos do tratamento farmacológico para a dor crónica pós-tortura para se sugerir o desvio em relação às boas práticas. Tal como noutras doenças com dor crónica, o tratamento farmacológico da dor deve basear-se na avaliação exaustiva e na identificação dos mecanismos da dor subjacentes. A adesão ao tratamento médico é geralmente baixa, sendo, por conseguinte, essencial dar informações exatas, especialmente sobre os efeitos secundários. A dor neuropática deve ser tratada, como já referido.

O sucesso da gestão interdisciplinar da dor não deve ser avaliado apenas pelo alívio da dor, devendo ter como objetivo melhorar a qualidade de vida relacionada com a saúde, incluindo as atividades sociais e

da vida diária [12]. Estes aspetos devem ser acrescentados aos resultados identificados pelas próprias vítimas de tortura, sem os substituir.

## REFERÊNCIAS

- [1] Amris K, Williams A. Pain Clinical Update: Chronic pain in survivors of torture. IASP Press, 2007.
- [2] Baird E, Williams ACC, Hearn L, Amris K. Interventions for treating persistent pain in survivors of torture. Cochrane Database Syst Rev 2017;8:CD012051.
- [3] Berliner P, Mikkelsen E, Bovbjerg A, Wiking M. Psychotherapy treatment of torture survivors. Journal of Psychosocial Rehabilitation 2004;8:85-96.
- [4] Burnett A, Peel M. Asylum seekers and refugees in Britain. The health of survivors of torture and organised violence. BMJ 2001;322:606-609.
- [5] Jansen G, Nordemar R, Larsson L, Blyhammar C. Pain rehabilitation for torture survivors. European Journal of Pain Supplements 2011;5:284.
- [6] Jaranson J, Quiroga J. Evaluating the series of torture rehabilitation programmes: history and recommendations. Torture 2011;21:98-140.
- [7] Morasco BJ, Lovejoy TI, Lu M, Turk DC, Lewis L, Dobscha SK. The relationship between PTSD and chronic pain: mediating role of coping strategies and depression. Pain 2013;154:609-616.
- [8] Olsen D, Montgomery E, Carlsson J, Foldspang S. Prevalent pain and pain level among torture survivors. Dan Med Bull 2006;53:210-214.
- [9] Patel N, Kellezi B, Williams AC. Psychological, social and welfare interventions for psychological health and well-being of torture survivors. Cochrane Database Syst Rev 2014;CD009317.
- [10] Quiroga J, Jaranson J. Politically-motivated torture and its survivors: a desk study of the literature. Torture 2005;16.
- [11] Rasmussen O. Medical aspects of torture. Dan Med Bull 1990;37:1-88.
- [12] Taylor AM, Phillips K, Patel KV, Turk DC, Dworkin RH, Beaton D, Clauw DJ, Gignac MA, Markman JD, Williams DA, Bujanover S, Burke LB, Carr DB, Choy EH, Conaghan PG, Cowan P, Farrar JT, Freeman R, Gewandter J, Gilron I, Goli V, Gover TD, Haddox JD, Kerns RD, Kopecky EA, Lee DA, Malamut R, Mease P, Rappaport BA, Simon LS, Singh JA, Smith SM, Strand V, Tugwell P, Vanhove GF, Veasley C, Walco GA, Wasan AD, Witter J. Assessment of physical function and participation in chronic pain clinical trials: IMMPACT/OMERACT recommendations. Pain 2016;157:1836-1850.
- [13] Teodorescu DS, Heir T, Siqveland J, Hauff E, Wentzel-Larsen T, Lien L. Chronic pain in multi-traumatized outpatients with a refugee background resettled in Norway: a cross-sectional study. BMC Psychol 2015;3:7.
- [14] Turk DC, Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. J Consult Clin Psychol 2002;70:678-690.
- [15] Williams ACC, Amris K. Treatment of persistent pain from torture: review and commentary. Med Confl Surviv 2017;33:60-81.

## AUTORES

Kirstine Amris, MD  
The Parker Institute  
Frederiksberg Hospita  
Copenhagen, Denmark

Gunilla Brodda Jansen, MD  
Department of Clinical Sciences  
Karolinska Institutet  
Stockholm, Sweden

## TRADUTOR

Tiago Campos, com revisão técnica da APED (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor)



© Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

**A IASP reúne cientistas, clínicos, prestadores de cuidados de saúde e decisores políticos com o objetivo de promover e apoiar o estudo da dor e de usar esse conhecimento para melhorar o alívio da dor em todo o mundo.**

### **Sobre a International Association for the Study of Pain®**

A IASP é o principal fórum para a ciência, o exercício de Medicina e a educação na área da dor. [A associação está aberta a qualquer profissional](#) envolvido na investigação, no diagnóstico ou no tratamento da dor. A IASP conta com mais de 7000 membros em 133 países, 90 capítulos nacionais e 20 Grupos de Interesse Especial.

No âmbito do Ano Global Contra a Dor em Grupos Vulneráveis, a IASP disponibiliza uma série de fichas informativas sobre tópicos específicos relacionados com a dor em populações vulneráveis. Esses documentos foram traduzidos para diversas línguas e encontram-se disponíveis para download gratuito. Consulte mais informações em [www.iasp-pain.org/globalyear](http://www.iasp-pain.org/globalyear).



© Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

**A IASP reúne cientistas, clínicos, prestadores de cuidados de saúde e decisores políticos com o objetivo de promover e apoiar o estudo da dor e de usar esse conhecimento para melhorar o alívio da dor em todo o mundo.**