

# DOR<sup>®</sup>

ISSN: 0872-4814

Órgão de Expressão Oficial da APED

Volume 25 • N.º 4/2017

Editorial	3
Para Onde Vamos na Clínica da Dor?	4
Implicações da Dor Crónica na Função Sexual: da Evidência à Abordagem Clínica	5
Dor, a Nossa Realidade	13
Síndrome Doloroso Regional Complexo, Abordagem Multidisciplinar	19
Dor Crónica Após Hernioplastia Inguinal. Qual o Papel da Inflamação Local?	24
Anestesia Regional na Síndrome de Dor Regional Complexa	31



# DOR<sup>®</sup>

ISSN: 0872-4814

Órgão de Expressão Oficial da APED

Volume 25 • N.º 4/2017

## Director da revista

Sílvia Vaz Serra

## Editores

Eunice Silva

Sara Santos

Teresa Fontinhas

Editorial Sílvia Vaz Serra	3
Para Onde Vamos na Clínica da Dor? Filipe Antunes	4
Implicações da Dor Crónica na Função Sexual: da Evidência à Abordagem Clínica Diana Durães, Joana Gomes e Rui Borrhalho	5
Dor, a Nossa Realidade Verónica Lopes da Graça, Maria José Castro e Javier Gómez González	13
Síndrome Doloroso Regional Complexo, Abordagem Multidisciplinar Igor Santos Neto, Telma Gameiro, João Silva e Teresa Fontinhas	19
Dor Crónica Após Hernioplastia Inguinal. Qual o Papel da Inflamação Local? Eva Antunes, Daniel Pedro, Joana Rodrigues, Renata Gouveia e Graça Mesquita	24
Anestesia Regional na Síndrome de Dor Regional Complexa Joana Azevedo	31

*Ilustração da capa: Rui Alves, título "Coimbra".*



PERMANYER PORTUGAL

[www.permanyer.com](http://www.permanyer.com)

## NORMAS DE PUBLICAÇÃO

1. A Revista «DOR» considerará, para publicação, trabalhos científicos relacionados com a dor em qualquer das suas vertentes, aguda ou crónica e, de uma forma geral, com todos os assuntos que interessem à dor ou que com ela se relacionem, como o seu estudo, o seu tratamento ou a simples reflexão sobre a sua problemática. A Revista «DOR» deseja ser o órgão de expressão de todos os profissionais interessados no tema da dor.

2. Os trabalhos deverão ser enviados em disquete, CD, DVD, ZIP o JAZZ para a seguinte morada:

Permanyer Portugal  
Av. Duque d'Ávila, 92, 7.º Esq.  
1050-084 Lisboa

ou, em alternativa, por e-mail:  
permanyer.portugal@permanyer.com

3. A Revista «DOR» incluirá, para além de artigos de autores convidados e sempre que o seu espaço o permitir, as seguintes secções: ORIGINALS - Trabalhos potencialmente de investigação básica ou clínica, bem como outros aportes originais sobre etiologia, fisiopatologia, epidemiologia, diagnóstico e tratamento da dor; NOTAS CLÍNICAS - Descrição de casos clínicos importantes; ARTIGOS DE OPINIÃO - assuntos que interessem à dor e sua organização, ensino, difusão ou estratégias de planeamento; CARTAS AO DIRECTOR - inserção de

objecções ou comentários referentes a artigos publicados na Revista «DOR», bem como observações ou experiências que possam facilmente ser resumidas; a Revista «DOR» incluirá outras secções, como: editorial, boletim informativo aos sócios (sempre que se justificar) e ainda a reprodução de conferências, protocolos e novidades terapêuticas que o Conselho Editorial entenda merecedores de publicação.

4. Os textos deverão ser escritos configurando as páginas para A4, numerando-as no topo superior direito, utilizando letra Times tamanho 12 com espaços de 1.5 e incluindo as respectivas figuras e gráficos, devidamente legendadas, no texto ou em separado, mencionando o local da sua inclusão.

5. Os trabalhos deverão mencionar o título, nome e apelido dos autores e um endereço. Deverão ainda incluir um resumo em português e inglês e mencionar as palavras-chaves.

6. Todos os artigos deverão incluir a bibliografia relacionada como os trabalhos citados e a respectiva chamada no local correspondente do texto.

7. A decisão de publicação é da exclusiva responsabilidade do Conselho Editorial, sendo levada em consideração a qualidade do trabalho e a oportunidade da sua publicação.

### Curriculum do Pintor

Rui Alves, médico nefrologista, professor da Faculdade de Medicina da U. Coimbra e Diretor do Serviço de Nefrologia do CHUC.

Autodidata, pintura a óleo e acrílico, com representação em algumas exposições coletivas e coleções privadas.



**PERMANYER PORTUGAL**  
www.permanyer.com

© 2017 Permanyer Portugal

Av. Duque d'Ávila, 92, 7.º E - 1050-084 Lisboa  
Tel.: 21 315 60 81 Fax: 21 330 42 96

ISSN: 0872-4814

Dep. Legal: B-17.364/2000

Ref.: 4073AP174



www.permanyer.com



Impresso em papel totalmente livre de cloro

Impressão: CPP – Consultores de Produções de Publicidade, Lda.



Este papel cumpre os requisitos de ANSI/NISO Z39-48-1992 (R 1997) (Papel Estável)

### Reservados todos os direitos.

Sem prévio consentimento da editora, não poderá reproduzir-se, nem armazenar-se num suporte recuperável ou transmissível, nenhuma parte desta publicação, seja de forma electrónica, mecânica, fotocopiada, gravada ou por qualquer outro método. Todos os comentários e opiniões publicados são da responsabilidade exclusiva dos seus autores.

# Editorial

Sílvia Vaz Serra

**O**lá. Este volume da nossa revista inaugura-se com uma reflexão de um colega sobre a questão: Para onde vamos na clínica da dor? – extremamente pertinente e atual.

No artigo que se segue, os autores abordam um tema que muitas vezes fica esquecido embora tenha um enorme impacto na qualidade de vida dos doentes. É analisada a relação e as implicações da dor crónica na função sexual, bem como os potenciais problemas decorrentes do seu tratamento; fornecem ainda sugestões para facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde e os seus pacientes. Não é esquecida a abordagem e a orientação clínica das questões sexuais, sublinhando a importância da abordagem multidisciplinar. O ser humano é um todo!

O trabalho seguinte, elaborado a partir de um inquérito feito a 130 anónimos de São Vicente, Cabo Verde, tem por objetivo analisar a forma como estes cidadãos lidam com a dor crónica, a importância que atribuem ao seu diagnóstico e a implicação na sua qualidade de vida. As conclusões deste estudo servem como forma de divulgação da importância do tratamento da dor, da existência de consulta de dor e unidades de tratamento de dor como forma de garantir cuidados aos que padecem de dor. Um olhar atento para uma realidade diferente do quotidiano de muitos de nós mas de extrema importância e que não pode ficar esquecida.

Os autores descrevem três casos clínicos de doentes com o diagnóstico de síndrome de dor regional complexa (SDRC). A dificuldade no diagnóstico, a fisiopatologia pouco clara, os diferentes fatores que a influenciam e a forma como se manifesta determinam a necessidade de uma abordagem no seio de uma equipa multidisciplinar, com uma terapêutica personalizada caso a caso. O artigo realça ainda a importância de se realizar um diagnóstico precoce desta entidade clínica incapacitante e dolorosa, de forma a se adequar, da melhor forma, a abordagem de tratamento. Mais um artigo que coloca em cima da mesa algumas das ideias-chave em dor crónica: diagnóstico precoce, multidisciplinaridade, individualidade e qualidade de vida!

No artigo que dá continuidade a este nosso volume – também salpicado, como no anterior (devem ter seguramente notado) de belas fotos premiadas – é abordado um tema atualmente muito caro: a dor crónica pós-cirúrgica. Os autores analisam os fatores preditivos para a dor crónica após a cirurgia de reparação da hérnia inguinal, concluindo que ajuda a identificar grupos de risco e orienta o desempenho médico, ao permitir o desenvolvimento de estratégias preventivas e evitar tratamentos com efeitos colaterais nocivos para os doentes que não estão em risco de desenvolver dor crónica pós-cirúrgica (DCPC). É sublinhado o papel da inflamação local, da técnica anestésica, do controlo perioperatório da dor, da adesão terapêutica. Vai querer ficar para saber mais!

E este volume é concluído com um último artigo que aborda a anestesia regional na SDRC (uma vez mais) – uma das entidades de dor crónica mais desafiante para os médicos e doentes e que pode ser associada a uma evolução prolongada de dor intensa e disfunção psicossocial. Os autores fazem uma revisão dos artigos publicados nos últimos 15 anos, no âmbito da SDRC e das técnicas de anestesia regional para o seu controlo. Não foram encontradas revisões ou ensaios clínicos, apenas relatos de casos individuais onde se aplicou a técnica, concluindo os autores da necessidade de mais estudos para que se possa avaliar a eficácia da utilização da anestesia regional nesta síndrome e ressaltando que, na bibliografia analisada, os resultados apresentam-se como favoráveis. Mais estudos exigem-se, PIM!

Termino com o poema «O Mar» de Jorge Luís Borges:

«Antes do sonho (ou o terror) tecer  
Mitologias e cosmogonias,  
Antes que o tempo se cunhasse em dias,  
O mar, o sempre mar, já estava e era,  
Quem é o mar? Quem é esse violento  
E antigo ser que rói estes pilares  
Da Terra, e é um e muitos mares  
E abismo e resplendor e acaso e vento?  
Quem o contempla o vê p'la vez primeira,  
Sempre. Com o espanto que as perfeitas coisas  
Elementares deixam, as formosas  
Tardes, a lua, o fogo da fogueira.»

Até breve.

# Para Onde Vamos na Clínica da Dor?

Filipe Antunes

Num mero exercício de perspetiva futura e tendo em conta o conceito de dor atual, no qual esta é entendida como «uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual, efetiva ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão», importa desde logo chamar a atenção para o papel de todos e, em particular, dos profissionais da área de saúde para o combate deste flagelo social. Todos somos poucos, mas se todos fizermos algo, mesmo que pouco, certamente contribuiremos para minimizar as consequências globais da dor em qualquer um de nós e na sociedade.

A dor é um fenómeno total, com múltiplas consequências a nível sensorial, emocional, cognitivo e social. Daí que caiba ao médico o papel integrador de todas estas consequências, fazendo em cada caso o diagnóstico clínico, para depois melhor estabelecer o plano terapêutico individual eficaz e eficiente de cada um.

É, de facto, ao médico que a sociedade reserva o papel de conselheiro e orientador de toda e qualquer condição de saúde, particularmente no caso da dor, em que a nossa integridade enquanto seres humanos é colocada em cheque.

No caso da medicina, a medicina física e de reabilitação tem como foco de atuação as consequências funcionais de toda e qualquer condição de saúde, e por isso não é estranho ter cada vez mais fisiatras a interessarem-se e a colaborarem de forma crescente na área da medicina da dor.

Os desafios são imensos, particularmente numa época de forte e rápido avanço tecnológico, onde o presente é quase ontem e o futuro é já aqui ao virar da esquina...

Para onde vamos na abordagem clínica da dor? Esta é a pergunta com que nos debatemos no dia a dia, baseados na evidência científica da medicina, cada vez mais impregnados de estudos e meta-análises científicos, ainda que muitas vezes discutíveis em termos de real benefício para o utente<sup>1</sup>. Outras vezes acicatados e obrigados a atuar com normas de orientação (e não

de obrigação), genéricas e por vezes redutoras para tratar e cuidar, desprezando os diferentes contextos e as diferentes circunstâncias.

São estas mesmas circunstâncias que nos fazem ter diferentes estratégias, tendo sempre como guia a funcionalidade, a independência funcional e a qualidade de vida do indivíduo que nos procura. Tentamos assim tornar mais humana a estratégia terapêutica adotada, de acordo com o contexto individual de cada um, no fundo, a medicina baseada na experiência. Este parece ser, de facto, o cerne da questão: a empatia entre médico e doente, tal como Hipócrates já preconizava: «É mais importante conhecer a pessoa que tem doença do que a doença que a pessoa tem».

Para isso precisamos de investir nessa relação, escutando e perguntando (a história clínica), mas também vendo, palpando e tocando (o exame físico objetivo), para melhor diagnosticar o quadro clínico e não cair em tentações absolutas de fluxogramas e algoritmos matemáticos simplistas e redutores. Estes são ferramentas importantes, mas numa lógica complementar, de ajuda, tal como qualquer imagem ou análise de fluidos corporais.

Os desafios terapêuticos mais ou menos próximos são enormes, desde a robótica e as suas potencialidades de tratamento preciso e à distância, à realidade virtual, com ativação de áreas cerebrais e controlo visual sincronizado, passando pela neuromodulação com estimulação de substratos neuronais mais precisos e específicos, de forma a combinar terapêuticas eletivas com outras mais abrangentes e adjuvantes.

A individualização terapêutica será certamente a chave do sucesso, baseada na geno e fenotipagem para o tratamento focalizado e individual, tratando cada caso como um caso – ainda hoje, a máxima maior da medicina.

## Bibliografia

1. Packer M. Are Meta-Analyses a Form of Medical Fake News? Thoughts About How They Should Contribute to Medical Science and Practice. *Circulation*. 2017;136(22):2097-9.

# Implicações da Dor Crónica na Função Sexual: da Evidência à Abordagem Clínica

Diana Durães<sup>1</sup>, Joana Gomes<sup>1</sup> e Rui Borralho<sup>2</sup>

## Resumo

A dor crónica e o seu tratamento apresentam um impacto negativo na função sexual, correlacionando-se com elevados níveis de disfunção e insatisfação sexual. Os estudos realizados têm consistentemente encontrado uma repercussão negativa da dor crónica na sexualidade, que se traduz numa diminuição da atividade sexual, associada a perturbações do desejo, da excitação e da capacidade em atingir o orgasmo. Este artigo analisa a relação e as implicações da dor crónica na função sexual, bem como os potenciais problemas decorrentes do seu tratamento, fornecendo sugestões para facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde e os seus pacientes. A abordagem e a orientação clínica das questões sexuais são revistas de forma sucinta.

**Palavras-chave:** Dor crónica. Função sexual. Disfunção sexual.

## Abstract

Chronic pain and its treatment have a negative impact on sexual function, correlating with high levels of sexual dysfunction and dissatisfaction. Studies have consistently found a negative repercussion of chronic pain in sexuality, which translates into a decrease in sexual activity, associated with disturbances of desire, arousal and ability to achieve orgasm. This article analyzes the relationship and the implications of chronic pain on sexual function as well as the potential problems arising from its treatment, providing suggestions to facilitate communication between health professionals and their patients. The approach and clinical orientation of sexual issues are reviewed briefly. (Dor. 2017;25(4):5-12)

Corresponding author: Diana Durães, [dii.duraes@gmail.com](mailto:dii.duraes@gmail.com)

**Key words:** Chronic pain. Sexual function. Sexual dysfunction.

## Introdução

A sexualidade, desejo fundamental do ser humano, ocupa um lugar central na condição existencial do indivíduo, sendo considerada um domínio importante da qualidade de vida. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) «A sexualidade faz parte da personalidade de cada um, sendo uma necessidade básica e um aspeto do ser humano que não pode ser separado de outros aspetos da vida» e define-se como «Uma energia que nos motiva para encon-

trar amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, portanto, a saúde física e mental». Compreende três dimensões básicas: biológica, psicológica e social.<sup>1</sup>

A componente biológica corresponde ao impulso ou desejo sexual. Este constitui um desejo, necessidade ou urgência de estimulação sexual e de envolvimento em atividades sexuais, incluindo, potencialmente, um orgasmo, o que pode envolver atividades com parceiro ou a solo. Os processos bioquímicos subjacentes ao desejo sexual são relativamente bem conhecidos, assim como o papel de hormonas como a testosterona e a prolactina na sua regulação<sup>2,3</sup>. Adicionalmente, tem sido sugerido que o desejo sexual resulta de uma interação positiva entre processos cognitivos internos (tais como pensamentos,

<sup>1</sup>Interno de Formação Específica de Psiquiatria

<sup>2</sup>Assistente de Psiquiatria

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

Centro Hospitalar Barreiro-Montijo

Barreiro-Montijo

E-mail: [dii.duraes@gmail.com](mailto:dii.duraes@gmail.com)



fantasias e imaginação), mecanismos neurofisiológicos (excitabilidade central) e componentes afetivos (humor e estados emocionais)<sup>4</sup>. Em suma, o desejo sexual constitui uma experiência complexa composta por três elementos: uma componente biológica, o *drive* ou desejo espontâneo; uma componente cognitiva, motivacional; e uma componente de resposta, relativa à reatividade aos estímulos sexuais.

A componente psicológica relaciona-se com os desejos eróticos subjetivos e com a vida afetiva, intimamente implicada na vida sexual. Por fim, a dimensão sociocultural refere-se aos padrões de desejos, comportamentos e fantasias sexuais criados e sancionados historicamente pelas diversas culturas e grupos sociais<sup>5</sup>. Estas dimensões encontram-se profundamente inter-relacionadas, ocorrendo de forma conjunta, tanto nos processos e resposta sexual normal como nas disfunções sexuais. Em qualquer momento do ciclo de desejo e resposta sexual podem ocorrer disfunções que comprometam a atividade sexual satisfatória<sup>6</sup> e que podem dever-se a vários fatores.

A dor crónica e o seu tratamento podem afetar qualquer uma das fases do ciclo de resposta sexual. Fatores psicológicos, fisiológicos e farmacológicos são comuns na dor crónica e podem levar a mudanças na sexualidade. No entanto, verifica-se uma escassez relativa de publicações (especialmente na literatura da dor) em relação à prevalência e gravidade da disfunção sexual em pacientes com dor crónica. Adicionalmente, muitos médicos não se sentem suficientemente confiantes e confortáveis para abordar a temática da sexualidade com os seus pacientes.

Este artigo visa analisar a relação e o impacto da dor crónica na função sexual e na vivência da sexualidade, bem como os potenciais problemas decorrentes do tratamento da dor, e fornecer sugestões úteis para facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde e os seus pacientes. A abordagem e a orientação clínica das questões sexuais são revistas de forma sucinta.

## Metodologia

Procedeu-se a uma revisão não-sistemática de artigos e literatura científica nas bases de dados PubMed e ScienceDirect, utilizando os termos: *chronic pain, sexuality, sexual function, sexual dysfunction, pain medication side-effects*. A literatura publicada em inglês, entre janeiro de 2000 e outubro de 2017, foi avaliada, tendo sido selecionados os artigos considerados relevantes após a revisão dos *abstracts*. Adicionalmente, verificaram-se as referências bibliográficas da literatura de modo a completar a pesquisa original.

## Fases da resposta sexual

Atualmente consideram-se quatro fases distintas do ciclo de resposta sexual, a saber: fase de

desejo; fase de excitação; orgasmo e fase de resolução.

A fase do desejo sexual apresenta maior complexidade do ponto de vista psicológico, sendo a menos condicionada por fatores fisiológicos, uma vez que depende do mundo das fantasias eróticas, das representações sociais e dos símbolos culturais relacionados com a sexualidade<sup>7</sup>. No entanto, o desejo sexual apresenta igualmente uma componente biológica, influenciada por fatores hormonais e neuronais<sup>8</sup>, podendo ocorrer nesta fase sensações físicas relacionadas com a atração experienciada.

A fase de excitação corresponde a um sentimento subjetivo de prazer sexual, acompanhado por alterações fisiológicas concomitantes que ocorrem em resposta à excitação sexual, preparando o corpo para a atividade sexual. A fase do orgasmo representa o pico do prazer sexual, ocorrendo libertação da tensão sexual e contração rítmica dos músculos do períneo e dos órgãos reprodutores. A fase de resolução constitui a etapa de retorno às condições normais do organismo, voltando as frequências cardíaca e respiratória, a pressão arterial e as condições dos genitais progressivamente ao estado anterior à relação sexual, sendo geralmente acompanhada por uma sensação de relaxamento muscular e bem-estar geral.

Como já foi referido, tanto a dor crónica como a sua abordagem terapêutica podem afetar qualquer uma das fases do ciclo de resposta sexual.

## Repercussões da dor crónica na resposta sexual – prevalência e análise dos estudos

Embora os primeiros estudos empíricos acerca da relação entre dor crónica e função sexual datem da década de 70 do século XX, verifica-se ainda uma escassez relativa de publicações relativamente à prevalência e gravidade da disfunção sexual em pacientes com dor crónica. No entanto, os estudos realizados têm consistentemente encontrado uma repercussão negativa da dor crónica na função sexual, que se traduz numa diminuição da atividade sexual, associada a perturbações do desejo, da excitação e da capacidade em atingir o orgasmo.

Num estudo realizado por Maruta, et al.,<sup>8</sup> que analisou 66 pacientes casados e com dor crónica, dois terços relataram um declínio na atividade sexual e 30% referiram uma deterioração do relacionamento conjugal. Adicionalmente, 68% dos inquiridos relataram dificuldades em atingir o orgasmo e 58% apresentavam uma diminuição do desejo sexual. Considerando os homens da amostra, em 68% verificou-se uma redução das relações sexuais e em 20% a cessação total das mesmas. No que concerne às mulheres, 51% referiram a redução e 17% a cessação total das relações sexuais.

Em outra pesquisa com pacientes com dor lombar a frequentar um programa de reabilitação<sup>9</sup>,

metade da amostra relatou uma diminuição da frequência de relações sexuais desde a instalação da dor crónica, que se associou a limitações físicas, fadiga e perda de satisfação sexual. Em 37% dos homens verificou-se algum grau de disfunção erétil e 23% referiam dificuldade em atingir o orgasmo. Relativamente ao grau de satisfação sexual, 54% dos homens e 52% das mulheres reportaram diminuição da mesma. Flor, et al.<sup>10</sup> conduziram um estudo com 58 pacientes do sexo masculino que se encontravam a frequentar um programa de tratamento de dor crónica e com os seus cônjuges. Os autores verificaram que 77% dos casais reduziu a frequência da atividade sexual e 42% pararam completamente. Dois terços encontravam-se insatisfeitos com as suas relações sexuais, o que se encontrava correlacionado com a intensidade da dor. Em 67% dos pacientes o relacionamento conjugal foi afetado negativamente pela dor crónica com uma redução significativa na satisfação conjugal. Esta não estava associada à intensidade da dor, mas sim a avaliações cognitivas e variáveis de *coping*.

Um outro estudo realizado no Reino Unido<sup>11</sup> examinou os problemas sexuais relacionados com a dor em 237 pacientes (57% do sexo feminino e 43% do sexo masculino) com dor crónica, que se encontravam a frequentar três programas de tratamento da dor. Dos 237 participantes, 73% reconheceram algum grau de disfunção sexual. Contudo, 41 entrevistados (17%) afirmaram que os problemas com a atividade sexual precederam o início da dor e agravaram após a sua instalação para dois terços deles. Entre os fatores pesquisados verificou-se que os problemas de excitação, a falta de confiança, os problemas de desempenho, a preocupação com a exacerbação da dor e os problemas de relacionamento estavam associados a menor frequência de atividade sexual. Os problemas mais frequentemente reportados nesta pesquisa foram a preocupação com o agravamento da dor através da atividade sexual e a dificuldade em encontrar uma posição confortável, embora os problemas raramente ocorressem isoladamente. A grande maioria dos entrevistados relatou uma combinação de dificuldades e um quarto referiu dificuldades em todas as áreas: excitação, confiança, desempenho, posição, medo de agravar a dor e problemas de relacionamento.

Adicionalmente, este estudo investigou ainda a perceção dos pacientes relativamente à necessidade de ajuda profissional direcionada às dificuldades sexuais e quais as suas preferências em relação às características da mesma. Sessenta e oito pacientes (30 homens e 38 mulheres) foram questionados acerca da sua preferência por ajuda; fornecimento de informação ou possibilidade de discussão. Caso escolhessem a última, foram questionados sobre a sua preferência entre o formato individual ou de

grupo (apenas com elementos do mesmo sexo ou misto). Trinta e dois (47%) preferiam apenas informações e 18 (26,5%) preferiram possibilidade de discussão, enquanto 15 queriam ambos. Não se verificaram diferenças entre sexos nestas preferências. Entre os pacientes que procuraram discussão 23 (34%), optaram por discussão individual; 18% por grupos unissexo e outros 18% por grupos mistos. Uma vez mais, não se verificaram diferenças entre sexos nestas preferências. Os resultados indicam que a maioria dos pacientes em tratamento deseja escolher entre receber informação e possibilidade de discussão. Os autores não questionaram se os entrevistados haviam recebido ajuda anterior para os problemas sexuais. No entanto, uma pesquisa comunitária de Dunn, et al.<sup>12</sup> revelou que apenas um décimo dos pacientes que desejavam ajuda profissional já haviam recebido tal ajuda. Os autores<sup>11</sup> salientam a necessidade do desenvolvimento de uma escuta ativa, do fornecimento de informações, aconselhamento e discussão, bem como a criação de protocolos de intervenção para estes pacientes, ressaltando a necessidade de evitar expectativas limitadas da atividade sexual e premissas de heterossexualidade e de papéis estereotipados de género.

Laursen, et al.<sup>13</sup> realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a importância de uma vida sexual ativa, a capacidade de sentir desejo sexual e a frequência de relações sexuais em mulheres com dor crónica não oncológica, em comparação com um grupo de controlo combinado para o sexo e a idade. O estudo visava ainda a comparação de parâmetros relacionados com a função sexual entre mulheres com quatro síndromes de dor diferentes (dor lombar, fibromialgia, endometriose e artrite) e investigar, dentro do grupo de pacientes, alguma correlação entre a duração e intensidade da dor e parâmetros selecionados relacionados com a função sexual.

Em comparação com o grupo de controlo, as mulheres com dor crónica não oncológica consideravam uma vida sexual ativa como sendo menos importante. Mais de 50% das pacientes não experienciavam capacidade para sentir desejo sexual. Não foram encontrados outros estudos que investigassem especificamente esse aspeto, mas Maruta, et al.<sup>8</sup> verificaram, num estudo com pacientes com dor crónica (de diferentes etiologias), que 34% das mulheres e 24% dos homens não apresentavam interesse em envolver-se em atividades sexuais. As mulheres com dor crónica não oncológica apresentaram uma frequência significativamente menor de relações sexuais. Nas pacientes, a frequência mediana das relações sexuais relatadas foi de duas por mês (intervalo 0-8), enquanto no grupo de controlo a frequência foi de nove por mês (intervalo 2-14).

Os autores<sup>13</sup> concluem que, juntamente com os grandes problemas sociais e económicos experimentados pelos pacientes com dor crónica



não oncológica, a sua sexualidade é igualmente afetada, verificando-se uma redução da atividade sexual e do desejo nestes pacientes, sem correlação com a origem (musculoesquelética ou visceral) ou a intensidade da dor.

Mais recentemente, foi realizado um grande estudo com o objetivo de validar os conhecimentos anteriormente publicados sobre este tema através da realização de uma pesquisa sobre a prevalência e gravidade da disfunção sexual (DS) relacionada com a dor numa grande população de pacientes (N = 709) com dor crónica que foram referenciados a uma clínica de dor de cuidados de ambulatório em Israel<sup>14</sup>. Quatrocentos e quatro pacientes (58%) relataram que a dor afetou a sua função sexual. Destes, 249 eram homens (61,6%) e 155 eram mulheres (38,4%). Diferenças significativas entre os pacientes com e sem DS foram encontradas em vários parâmetros clínicos, nomeadamente: a intensidade da dor, o grau de incapacidade e o nível de consumo de todos os tipos de medicação analgésica. Todos estes parâmetros obtiveram uma pontuação maior no grupo com DS. Notavelmente, a função sexual foi significativamente mais prejudicada entre as mulheres comparativamente aos homens. Verificou-se uma correlação linear significativa entre a intensidade da dor e o grau de disfunção. Em contraste, não foram encontradas correlações significativas entre nenhum dos outros parâmetros demográficos (idade, peso, duração do relacionamento) e o grau de DS. Os resultados obtidos neste estudo encontram-se em concordância com os obtidos em estudos anteriores<sup>8,15</sup>, verificando-se uma elevada percentagem de pacientes com dor crónica e queixas de DS (58%). No presente estudo, foi também avaliado o grau de consumo de quatro classes de medicamentos com propriedades analgésicas (não opioides, opioides, antidepressivos e anticonvulsivantes), tendo-se encontrado um grau de utilização significativamente maior em pacientes com DS comparativamente aos que não a relataram, o que pode sugerir que esses medicamentos, por si só, podem contribuir para as dificuldades sexuais.

Os níveis mais elevados de dor relatados por pacientes com DS em comparação com aqueles que não a relataram podem sugerir que a dor crónica também poderá ser considerada um fator de risco para DS. Contudo, estes dados são contraditórios a outros já apresentados, sendo necessária pesquisa adicional para clarificar este ponto.

Apesar da investigação realizada muitos pontos permanecem por explorar. Não existem estudos longitudinais de casais em que um parceiro tenha dor crónica, ou estudos que avaliem o modo como estes casais acomodam as limitações impostas pela experiência da dor crónica e quais os seus efeitos sobre o relacionamento em geral. Os medos do parceiro em agravar a dor ou provocar danos<sup>9</sup> podem ter um impacto

considerável na expressão de afeto pelo outro, com implicações negativas para o relacionamento. Adicionalmente, são necessários estudos longitudinais que avaliem a qualidade da função sexual logo após a instalação da dor, com reavaliações posteriores ao longo do tempo.

### **Aspetos psicossociais**

Os estudos realizados em pessoas com doença crónica têm evidenciado que o processo psicológico de adaptação à doença influencia, de forma significativa, o relacionamento interpessoal, em geral, e o relacionamento afetivo-sexual, em particular<sup>16</sup>.

Monga, et al.<sup>17</sup> realizaram um estudo com os objetivos de: descrever o funcionamento sexual, o funcionamento psicológico e os estilos de *coping* em pacientes com dor crónica (através da utilização de instrumentos validados e confiáveis); e de examinar a relação entre o funcionamento sexual, a gravidade da dor, os estilos de *coping* e as medidas de funcionamento psicológico nesses pacientes. Para tal, recrutaram uma amostra de 62 homens e oito mulheres que participavam de um programa de tratamento da dor crónica. Entre os pacientes do sexo masculino, 53% não eram sexualmente ativos (pelo critério de frequência mínima de atividade sexual de uma vez por mês) e 56% apresentavam algum grau de disfunção erétil. Das oito mulheres abrangidas no estudo, cinco (63%) masturbavam-se pelo menos uma vez por mês. Relativamente aos homens, apenas 29% o fazia. No que concerne à prevalência de comportamentos de masturbação na população em geral, Gerressu, et al.<sup>18</sup> relataram que 73% dos homens e 36,8% das mulheres apresentaram comportamentos de masturbação nas quatro semanas que antecederam o estudo. Os valores encontrados mostram uma significativa redução da masturbação entre os homens da amostra comparativamente à população em geral. Por sua vez, o número reduzido de mulheres na amostra não permite efetuar comparações válidas com a população em geral.

A depressão e o sofrimento psicológico, a catastrofização e as estratégias passivas de *coping* foram correlacionados negativamente com vários domínios do funcionamento sexual. A depressão foi inversamente correlacionada com o comportamento sexual, com a capacidade de atingir o orgasmo e com o desejo sexual. Por sua vez, as estratégias de *coping* passivas revelaram uma correlação negativa significativa com o comportamento, a satisfação e o desejo sexual, bem como com a capacidade de atingir o orgasmo e o funcionamento sexual geral. Ao contrário do que seria expectável, as variáveis relacionadas com a dor, tais como a sua gravidade e a frequência, desempenharam um papel não significativo na determinação do funcionamento sexual. No entanto, como limitações

deste estudo, importa referir a predominância de elementos do sexo masculino, com uma duração média de evolução da dor de 12 anos, pelo que os autores referem que as conclusões não podem ser generalizadas a outras populações, ressaltando a necessidade de replicação do estudo numa população maior e com maior representação de elementos do sexo feminino.

Num estudo com um grupo de controlo, Burri, et al.<sup>19</sup> compararam a distribuição de disfunções sexuais entre mulheres com dor crónica generalizada e controlos saudáveis e investigaram potenciais fatores psicológicos e interpessoais associados ao comprometimento do funcionamento sexual nas mulheres com dor crónica generalizada. O estudo englobou um total de 853 mulheres entre os 26 e 82 anos (166 com dor crónica generalizada e 687 controlos saudáveis). As mulheres com dor crónica generalizada reportaram maiores dificuldades de lubrificação, maior frequência de dor sexual e maiores níveis de insatisfação sexual. Os preditores potenciais de problemas sexuais em mulheres com dor crónica generalizada foram heterogéneos, estando a insatisfação no relacionamento associada a menores níveis de função sexual em todos os domínios. Estes dados estão de acordo com pesquisas atuais que enfatizam o papel crucial dos fatores interpessoais na génese dos problemas sexuais femininos<sup>15,20</sup>. Da mesma forma, um crescente número de evidências tem demonstrado que os fatores interpessoais, isto é, a interação familiar e de casal, têm um impacto importante em vários aspetos da dor crónica, incluindo as características e o comportamento da dor, bem como o grau de incapacidade e sofrimento associados a esta<sup>21-23</sup>. Os poucos estudos que investigaram a interação do casal na dor crónica, por exemplo, mostram como a interação e a comunicação do parceiro podem influenciar características sintomáticas específicas, através da atenção, empatia, proteção ou consideração<sup>23</sup>. No geral, parece que a satisfação com o relacionamento pode atuar como um fator protetor para o desenvolvimento de sofrimento e problemas sexuais em mulheres com condições de dor crónica. Os mecanismos exatos através dos quais esse efeito de resiliência ocorre, no entanto, precisam ser explorados.

No geral, fatores semelhantes contribuíram para um risco maior de problemas sexuais em mulheres com dor crónica generalizada e em mulheres saudáveis, com a insatisfação no relacionamento e fatores relacionados à regulação emocional, tais como a estabilidade emocional e a inteligência emocional, a representar os candidatos mais fortes. Houve, no entanto, também diferenças significativas, na medida em que a sensibilidade à ansiedade e sintomas de comportamento obsessivo-compulsivo estavam associados a problemas sexuais apenas em mulheres com dor crónica generalizada. Da mesma forma, a instabilidade emocional mostrou

associações fortes com problemas sexuais em mulheres com dor crónica generalizada, enquanto a inteligência emocional foi mais comumente relacionada ao funcionamento sexual em mulheres saudáveis.

O motivo para a diminuição da frequência das relações sexuais pode ser o receio de que a atividade sexual agrave a dor, como apontado por Sjögren, et al.<sup>9</sup>. Estes autores sugerem que, em muitos pacientes com dor, esta desencadeia um círculo vicioso. A atividade sexual é frequentemente acompanhada pelo medo de agravar a dor e também pelo seu agravamento efetivo. Tal facto conduz a uma diminuição da frequência e duração das relações sexuais. Esses fatores podem produzir diferentes disfunções que, por sua vez, produzem uma satisfação reduzida e aumentam os problemas sexuais. A frustração sexual origina uma diminuição da frequência das relações sexuais, bem como da duração dos preliminares e das atividades sexuais, fechando assim o círculo vicioso.

### **Abordagem das dificuldades sexuais**

Apesar dos óbvios impactos biopsicossociais das doenças crónicas na função sexual e nos relacionamentos afetivos, apenas uma minoria de pacientes recebe ajuda direcionada às suas preocupações e problemáticas sexuais.

Existem várias razões para a escassez de comunicação médico-paciente sobre a sexualidade<sup>24</sup>. Uma delas inclui o treino mínimo dos médicos sobre os problemas de relacionamento e saúde sexual em comparação com os problemas de saúde física e mental. Como resultado, os médicos tendem a considerar os aspetos sexuais da saúde como sendo menos importantes do que o diagnóstico e o tratamento da doença. Além disso, muitos médicos não se sentem confortáveis ou não têm experiência e disposição para discutir aspetos íntimos da vida dos pacientes. Adicionalmente, o doente muitas vezes apresenta relutância para expor as suas preocupações sexuais com os médicos<sup>25</sup>. Os pacientes podem sentir-se envergonhados, pouco informados, ansiosos e inadequados e temem ser ridicularizados por querer manter uma vida sexual ativa quando se encontram doentes, velhos ou ambos. Muitas vezes, os pacientes não sabem que a sua disfunção sexual pode estar relacionada com a sua condição médica ou tratamento.

Bahouq, et al.<sup>26</sup> conduziram um estudo para investigar as perceções dos pacientes com dor lombar crónica acerca das barreiras que impedem a discussão dos problemas sexuais relacionados com a dor junto dos profissionais de saúde e quais as expectativas dos mesmos, relativamente aos clínicos, para a melhoria da sua vida sexual. Numa amostra de 100 pacientes (50 homens e 50 mulheres), 66% dos pacientes nunca abordaram a sua sexualidade com o seu médico.

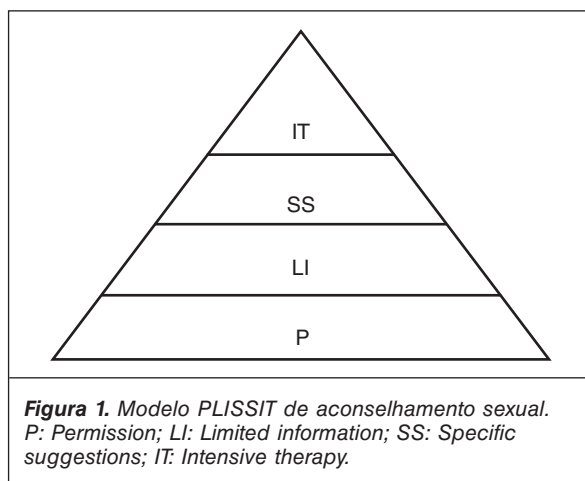
A natureza de qualquer comunicação anterior foi informativa em 26% dos casos e de aconselhamento em 8% dos casos. Nenhum paciente com disfunção sexual foi encaminhado a um terapeuta sexual.

De acordo com os pacientes que nunca discutiram preocupações sexuais com o seu médico, as barreiras da discussão livre sobre o tema foram, por ordem de importância decrescente, o caráter tabu do tema (vergonha do paciente [n = 35] e apreensão em relação à reação do profissional de saúde [n = 28]); inadequação das condições da consulta (falta de privacidade [n = 23]; falta de tempo [n = 4]) e a prioridade do paciente para a gestão das queixas algícas (n = 10). Os autores verificaram ainda que quanto maior era o nível de escolaridade e o grau de insatisfação sexual, maior era a probabilidade dos pacientes abordarem as questões sexuais com o seu médico.

Importa referir que este estudo foi realizado em Marrocos, país no qual a abordagem da sexualidade é ainda muito dificultada pelos preconceitos que a envolvem mas, ainda assim, verificou-se que os pacientes esperam que o profissional de saúde aborde os assuntos relacionados com a temática sexual, fornecendo informações gerais e adotando um papel apoiante e educativo, o que pode resultar numa redução dos medos do paciente e numa visão mais otimista relativamente à sua vida sexual. Os autores salientam a necessidade da comunicação sobre questões sexuais, e da mesma ser realizada em condições adequadas que respeitem a privacidade e intimidade do paciente e, de preferência, na presença do seu parceiro.

### Modelo PLISSIT de aconselhamento sexual

O modelo PLISSIT (*Permission Limited Information Specific Suggestions Intensive Therapy*) de aconselhamento sexual representa uma escala de intervenção em sexologia e permite aos clínicos reunirem a informação e relacioná-la com o seu próprio nível de competência, abordando assim a temática da sexualidade de acordo com o seu nível de experiência e conforto<sup>27</sup>. Este modelo evidencia o facto de que nem sempre as dificuldades sexuais exigem terapia específica (realizada por um clínico credenciado para a mesma), sendo muitas vezes o aconselhamento sexual suficiente para a superação das dificuldades. Tal sucede porque muitas queixas sexuais são relativas a inadequação sexual e não a disfunção sexual. Este modelo, além de possibilitar a abordagem dos casos de menor complexidade por todos os clínicos, prevê igualmente a referência a um terapeuta sexual para os casos mais complexos. Deste modo, este modelo tem sido considerado como o que mais atende à diversidade etiológica das queixas sexuais (Fig. 1).



O modelo PLISSIT, desenvolvido em 1976 por Annon<sup>27</sup>, apresenta quatro níveis de intervenção, que vão desde o mais simples até ao mais complexo<sup>24</sup>. O Nível 1 corresponde à permissão (P) e deve ser colocado em prática por todos os clínicos. Neste nível de intervenção, o médico introduz a temática da sexualidade, promove uma escuta ativa, incentiva o paciente a discutir as suas dificuldades sexuais e procede à desconstrução de pensamentos e fantasias geradoras de culpabilidade, ansiedade e preocupação. No Nível II verifica-se o fornecimento de informação limitada (LI), que deve ser clara e concisa, abrangendo o impacto sexual da doença, bem como os diferentes tipos de tratamento disponíveis. Os mitos e dúvidas devem ser esclarecidos e deve proceder-se à normalização das diferentes dificuldades e à partilha de informação importante para a pessoa em causa. O Nível III já implica o fornecimento de sugestões específicas (SS) que podem incluir documentos específicos sobre o impacto da doença crónica na sexualidade, bem como várias possibilidades terapêuticas, tais como a toma de analgésicos antes da atividade sexual, o aconselhamento acerca de técnicas sexuais alternativas e a sugestão de posições associadas a menor exacerbação da dor. Por fim, o Nível IV corresponde à terapia intensiva (IT) e requer intervenção especializada (efetuada por clínicos com formação em sexologia clínica) que deverá ser realizada em articulação com o médico que trata a doença crónica associada.

A procura ativa de preocupações sexuais deve ser considerada uma parte essencial da abordagem terapêutica de qualquer paciente que sofra de uma doença crónica, independentemente da sua idade<sup>24</sup>. A abordagem do Nível I não só fornece permissão ao paciente para abordar as questões sexuais, mas também procura o seu consentimento para explorar este tópico íntimo. O clínico deverá ser respeitoso se os pacientes recusarem essa oportunidade, ou limitarem a colheita de informação, por razões

culturais ou outros tabus, e evitar expectativas limitadas para a atividade sexual, bem como assumir a heterossexualidade do paciente e papéis estereotipados de sexo.

A abordagem das questões sexuais é mais confortável para o médico e o paciente quando este entende a relevância de tais questões para a sua situação<sup>24</sup>. Esta pode ser demonstrada, e a discussão encorajada, em dois passos simples: incorporar perguntas sobre a função sexual no contexto clínico, fazendo uma declaração que relaciona o paciente, a sua história médica (a doença ou o tratamento) e as dificuldades sexuais sentidas e utilizando perguntas abertas.

### **Colheita da história sexual**

Uma vez que a temática sexual foi abordada, pode ser realizada uma história sexual, com foco nas áreas de preocupação do paciente<sup>28</sup>.

Ao realizar uma história sexual, é de vital importância estabelecer um relacionamento empático e de confiança com o paciente para obter um relato preciso e detalhado. Este relacionamento pode ser estabelecido facilmente com alguns pacientes, mas outros podem exigir várias visitas antes de conseguirem abordar o assunto confortavelmente. O mesmo pode ser verdade para o clínico.

Os fatores a serem determinados na recolha da história devem incluir: as características demográficas (sexo, idade, profissão); os antecedentes médicos e cirúrgicos (história de cirurgia abdominal ou radioterapia); a terapêutica farmacológica em curso; a existência de parceiro atual; o número de filhos; a identificação de fatores de *stress* (familiares, relacionais ou financeiros); e a caracterização do problema, conforme descrito pelo paciente, nomeadamente a descrição das dificuldades sentidas, a caracterização do início e desenvolvimento das mesmas e a descrição do seu caráter (situacional ou generalizado)<sup>28</sup>.

### **Medicamentos que interferem com o desempenho sexual**

Muitos medicamentos frequentemente prescritos para a dor produzem uma miríade de efeitos colaterais que interferem com o funcionamento sexual<sup>28</sup>. Os anti-inflamatórios não esteroides e os fármacos antiespasmódicos foram associados a disfunção erétil e orgásmica. Por sua vez, os opioides têm sido associados a disfunção erétil, diminuição do desejo sexual e disfunção orgásmica. Adicionalmente, vários dos psicofármacos prescritos para a depressão e a ansiedade, que muitas vezes são também prescritos na dor crónica, apresentam igualmente um impacto negativo na função sexual. As benzodiazepinas e os antidepressivos tricíclicos têm sido associados a disfunção erétil, diminuição do desejo sexual e disfunção orgásmica. Já os inibidores

seletivos da recaptção da serotonina foram associados a disfunção erétil e orgásmica. Desse modo, torna-se relevante obter a descrição detalhada dos fármacos habitualmente tomados pelo doente de forma a otimizar a terapêutica no intuito de interferir o menos possível com a função sexual (escolhendo fármacos menos implicados na disfunção sexual).

### **Alterações endócrinas**

Verificou-se que, vários medicamentos para o tratamento da dor, quando tomados cronicamente, podem afetar vários sistemas endócrinos. Uma particular preocupação nos pacientes que tomaram opioides numa base crónica tem sido o desenvolvimento de hipogonadismo, traduzindo-se numa diminuição do funcionamento sexual na capacidade de ter relações sexuais e na fertilidade<sup>29</sup>. Os opioides reduzem a testosterona no sangue, o que se acredita ser responsável por grande parte da disfunção sexual secundária a estes fármacos. A testosterona pode ser substituída por injeções intramusculares, por aplicação de um gel tópico ou pelo uso de um *patch*. Outras alterações endócrinas associadas ao uso de opioides crónicos também foram documentadas<sup>30</sup>. Estas incluem mudanças na função tiroideia (que, por sua vez, podem levar a mudanças no peso), bem como alterações na resposta hormonal ao *stress*. Em suma, podem ser esperadas significativas alterações endócrinas decorrentes da utilização crónica de opioides, que podem, em casos mais graves, necessitar de encaminhamento para consulta de endocrinologia.

### **Medidas terapêuticas**

Como já mencionado, a intervenção terapêutica pode cingir-se ao esclarecimento de dúvidas, fornecimento de informação e aconselhamento geral, ou passar por alterações da terapêutica farmacológica ou prescrição de fármacos, conselhos específicos ou encaminhamento para consulta de terapia sexual, se tal for necessário.

Para pacientes com dor lombar, existem várias posições sexuais que podem exacerbar a dor. Um estudo avaliou a atividade sexual de pacientes com dor lombar, em comparação com um grupo de controlo de pacientes com dor região cervical<sup>31</sup>. Verificou-se que os pacientes com dor lombar relataram mais interferência do que os pacientes com dor na região cervical, e as mulheres com dor lombar foram mais afetadas do que os homens. Em comparação com os outros grupos, as mulheres com dor lombar apresentaram maior redução na frequência de relações sexuais, desconforto mais marcado durante as relações sexuais e maior interferência nas suas vidas sexuais. A posição mais geradora de dor nos pacientes com dor lombar foi a posição em decúbito ventral para ambos os



sexos, e a mais confortável foi a posição em decúbito dorsal; todos os pacientes consideraram a posição em decúbito dorsal como sendo a mais confortável.

As dificuldades na lubrificação podem ser suplantadas com diversos produtos de venda livre, que permitem melhorar a qualidade da experiência sexual<sup>28</sup>.

Os pacientes que tomam medicamentos que interferem com a ereção podem beneficiar da prescrição de inibidores da fosfodiesterase-5 (PDE-5), como o sildenafil, o vardenafil, e o tadalafil<sup>28</sup>. É importante compreender as limitações dos medicamentos e se o clínico da dor está confortável para prescrever esta classe de medicação, tendo em especial consideração as contraindicações da mesma. Se o clínico não estiver familiarizado com a prescrição desta classe de fármacos, a consulta com um especialista pode ser indicada.

## Conclusões

A dor crônica apresenta um impacto significativo na vivência da sexualidade, encontrando-se significativamente associada a um maior grau de disfunção ao nível do desejo, da atividade e da satisfação sexual, em várias combinações. Fatores biológicos, psicológicos e relacionais complexos interagem em diversos níveis, sendo necessários estudos adicionais para clarificar o modo como os diversos fatores influenciam a gênese e a manutenção das alterações verificadas.

Tal como em outros aspetos do tratamento da dor crônica, a avaliação e o tratamento das disfunções sexuais secundárias à dor requerem uma abordagem multidisciplinar. Os profissionais de saúde devem adotar uma postura proativa na identificação e abordagem das dificuldades sexuais, tendo em consideração os efeitos secundários dos fármacos e dos tratamentos prescritos na função sexual e a procura de medidas terapêuticas eficazes.

A existência de uma pequena minoria de pacientes com dor crônica que, apesar de algum grau de incapacidade ou sofrimento, desfrutam da atividade sexual sem dificuldades indevidas, incentiva o sucesso de tal intervenção.

## Bibliografia

1. Basson R. Sexual desire and arousal disorders in women. *N Engl J Med*. 2006;354:1497-1506.
2. Diamond LM. Toward greater specificity in modeling the ecological context of desire. *Human Development*. 2005;48:291-7.
3. Corona G, Petrone L, Mannucci E, et al. The impotent couple: low desire. *Int J Androl*. 2005;28:46-52.

4. Kusters A. *Conceptualizing Asexuality*. Amsterdam: Faculty of Social and Behavioral Sciences. 2006
5. Gregersen E. *Práticas Sexuais: a história da sexualidade humana*. Roca, São Paulo. 1983.
6. Basson R, Schultz WW. Sexual dysfunction 1: sexual sequelae of general medical disorders. *Lancet*. 2007;369:409-24.
7. Kaplan HS. O desejo sexual e novos conceitos e técnicas da terapia do sexo. Nova Fronteira, Rio de Janeiro. 1983.
8. Maruta T, Osborne D. Sexual activity in chronic pain patients. *Psychosomatics*. 1978;19(9):531-7.
9. Sjögren K, Fugl-Meyer AR. Chronic back pain and sexuality. *Int Rehabil Med*. 1981;3(1):19-25.
10. Flor H, Turk DC, Scholz OB. Impact of chronic pain on the spouse: marital, emotional and physical consequences. *J Psychosom Res*. 1987;31(1):63-71.
11. Ambler N, Williams AC, Hill P, Gunary R, Cratchley G. Sexual Difficulties of Chronic Pain Patients. *Clin J Pain*. 2001;17(2):138-45.
12. Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population. *Fam Pract*. 1998;15:519-24.
13. Laursen BS, Overvad K, Olesen AS, Delmar C, Arendt-Nielsen L. Ongoing pain, sexual desire, and frequency of sexual intercourse in females with different chronic pain syndromes. *Sexuality and Disability*. 2006;24(1):27-37.
14. Gruenewald I, Adler T, Haddad M, Leiba R, Eisenberg E. Sexual Dysfunction in Patients with Chronic Pain. *Urol Nephrol Open Access J*. 2017;4(6):00147.
15. Burri A, Spector T, Rahman Q. The use of a discordant MZ-twin approach to assess non-genetic influences on female sexual dysfunction. *Arch Sex Behav*. 2013;42:961-72.
16. Schover LR, Jensen SB. *Sexuality and chronic illness: a comprehensive approach*. Guilford Press, New York: Guilford Press, 1988.
17. Monga TN, Tan G, Ostermann HJ, Monga U, Grabois M. Sexuality and sexual adjustment of patients with chronic pain. *Disabil Rehabil*. 1998;20:317-29.
18. Gerressu M, Mercer CH, Graham CA, Wellings K, Johnson AM. Prevalence of masturbation and associated factors in a British national probability survey. *Arch Sex Behav*. 2008;37(2):266-78.
19. Burri A, Lachance G, Williams FM. Prevalence and risk factors of sexual problems and sexual distress in a sample of women suffering from chronic widespread pain. *J Sex Med*. 2014;11(11):2772-84.
20. Witting K, Santtila P, Varjonen M, et al. Female sexual dysfunction, sexual distress, and compatibility with partner. *J Sex Med*. 2008;5(11):2587-99.
21. Prins MA, Woertman L, Kool MB, Geenen R. Sexual functioning of women with fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol*. 2006;24:555-6.
22. Shaver JL, Wilbur J, Robinson FP, Wang E, Buntin MS. Women's health issues with fibromyalgia syndrome. *J Womens Health (Larchmt)*. 2006;15(9):1035-45.
23. Leonard MT, Cano A, Johansen AB. Chronic pain in a couples context: A review and integration of theoretical models and empirical evidence. *J Pain*. 2006;7(6):377-90.
24. McInnes RA. Chronic illness and sexuality. *Med J Aust*. 2003;179(5):263-6.
25. Wincze JP, Carey MP. *Sexual dysfunction: a guide for assessment and treatment*. 2nd ed. New York: The Guilford Press, 2001:69-73.
26. Bahouq H, Allali F, Rkain H, Hajjaj-Hassouni N. Discussing sexual concerns with chronic low back pain patients: barriers and patients' expectations. *Clin Rheumatol*. 2013;32(10):1487-92.
27. Annon JS. *Behavioural treatment of sexual problems: brief therapy*. Hagerstown, Md: Harper & Row, 1976.
28. Gevirtz C. The Impact of Chronic Pain on Sexuality. *Topics in Pain Management*. 2007;23(1):1-5.
29. Daniell HW. Hypogonadism in men consuming sustained-action oral opioids. *J Pain*. 2002;3:377-84.
30. George S, Murali V, Pullickal R. Review of neuroendocrine correlates of chronic opiate misuse: dysfunctions and pathophysiological mechanisms. *Addictive Disorders Treatment*. 2005;4:99-109.
31. Maigne JY, Chetellier G. Assessment of Sexual Activity in Patients With Back Pain Compared With Patients With Neck Pain. *Clin Orthop Relat Res*. 2001;385:82-7.



# Dor, a Nossa Realidade

Verónica Lopes da Graça<sup>1</sup>, María José Castro Alija<sup>2</sup> e Javier Gómez González<sup>3</sup>

## Resumo

A dor é um fenómeno preceptivo, complexo, subjetivo e multidimensional. Foi até há bem pouco tempo subvalorizada apesar, das suas várias implicações no bem-estar daqueles que dela padecem, impondo limitações com consequente diminuição da sua qualidade de vida. Este trabalho tem por objetivo analisar a forma como as pessoas lidam com a dor crónica, a importância que atribuem ao seu diagnóstico e implicação na sua qualidade de vida. Foi efetuado um inquérito anónimo a 130 pessoas que sofrem ou sofreram de dor para tentar perceber se a dor é valorizada enquanto o quinto sinal vital, a importância que atribuem ao seu diagnóstico precoce por técnico da saúde credenciado e o cumprimento do tratamento. Concluiu-se que apesar da maioria do diagnóstico ter sido feito por um médico e de quase todos responderem que a dor interfere com a sua qualidade de vida e atribuir importância alta à consulta de dor, apenas cerca de 40 por cento fez o tratamento prescrito.

**Palavras-chave:** Dor. Dor crónica. Qualidade de vida. Consulta de dor. Unidades de tratamento de dor.

## Abstract

Pain is a perceptible phenomenon, complex, subjective and multidimensional. It was, until recently, undervalued despite its various implications for the well-being of those who suffer from it imposing limitations with consequent decrease in their quality of life. This study aims to analyze how people deal with chronic pain, the importance they attribute to their diagnosis and implication in their quality of life. An anonymous survey of 130 people suffering from pain was conducted. Realize whether pain is valued as the fifth vital sign, the importance of its early diagnosis by accredited health technician and compliance with treatment. It was concluded that although most of the diagnosis was made by a physician and almost all of them answered that the pain interferes with their quality of life and attributed high importance to the consultation of pain, only about 40 percent do the prescribed treatment. (Dor. 2017;25(4):13-8)

Corresponding author: Verónica Lopes da Graça, voninha62@hotmail.com

**Key words:** Pain. Chronic pain. Quality of life. Pain consultation. Pain management units.

## Introdução

Segundo a International Association for Study of Pain (1994), «Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual potencial ou real, ou cuja descrição possa corresponder à existência de tal lesão»<sup>1</sup>. De acordo com esta definição, a dor pode estar associada a uma lesão tecidual, ou a variáveis cognitivas ou emocionais onde a dor é independente de dano tecidual<sup>1</sup>.

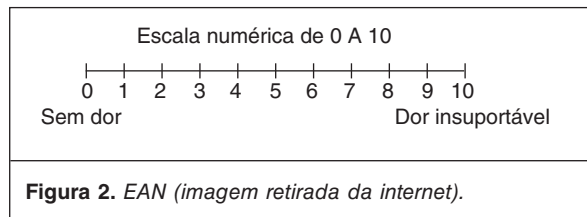
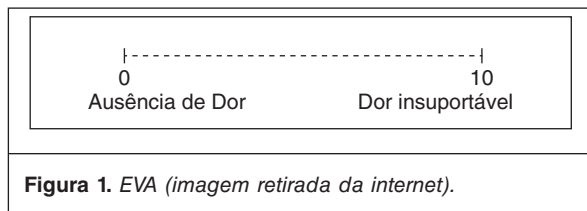
A dor é referida atualmente como o quinto sinal vital, constituindo-se o elemento interativo que orienta as relações sociais<sup>2</sup>. A avaliação da dor deve ter em conta a história da dor com os seus vários parâmetros desde estímulos desencadeantes, fatores agravantes e atenuantes, implicações na rotina diária, fatores psicológicos, sociais e espirituais, tipos de dor, localização, duração, intensidade, etc.<sup>3</sup>.

Uma das particularidades da dor é ser difícil de objetivar devido à sua natureza subjetiva. Existem, por isso, vários instrumentos validados e globalmente utilizados para medir/avaliar a dor. São exemplos: a escala visual analógica (EVA) (Fig. 1) e a escala de avaliação numérica (EAN) (Fig. 2). Permitem avaliar a intensidade da dor mas podem também ser utilizadas para avaliar o alívio da dor e, consequentemente, o êxito da terapêutica administrada.

<sup>1</sup>Aluna do Curso de Doutoramento em Ciências Sociais, Universidade do Mindelo, Cabo Verde, Portugal;

Universidad de Valladolid, Valladolid, Espanha  
<sup>2</sup>Centro de Investigación Endocrinología y Nutrición Clínica (CIENVA), Universidad de Valladolid, Valladolid, Espanha

<sup>3</sup>Professor contratado, Faculdade de Comércio, Universidad de Valladolid, Valladolid, Espanha  
E-mail: voninha62@hotmail.com



O controlo da dor deve ser realizado a nível dos cuidados de saúde primários. O médico de família conhece o doente no seu todo, o seu contexto social e familiar, e possui uma série de informações extraclínicas extremamente relevantes para o controlo da dor. Há, portanto, uma necessidade real da formação médica nas fases pré e pós-graduadas, de forma a aprender a lidar com a dor crónica e, principalmente, a manipular sem medo e com segurança os opioides.

Todavia, perante diagnósticos mais complexos, há a necessidade da realização de exames complementares de diagnóstico e/ou de técnicas terapêuticas diferenciadas que poderão justificar o encaminhamento do doente para cuidados diferenciados de dor – as denominadas unidades de dor, constituídas por equipas multidisciplinares<sup>4</sup>.

## Desenvolvimento

### População e amostra

A população definida para o estudo foi constituída por 130 indivíduos naturais e residentes em São Vicente, Cabo Verde, que padeçam de dor física, disponíveis a participar no estudo e que frequentem a Universidade do Mindelo (estudantes, docentes e funcionários).

### Considerações éticas

Teve-se em conta os cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos: o direito à determinação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo, e a um tratamento equitativo<sup>5</sup>. Foram assegurados o anonimato e a proteção de dados<sup>6</sup>.

### Resultados

Dos 130 inquiridos, 55 com o peso de 42,3% na amostra são do sexo masculino e 75 com o peso de 57,7% são do sexo feminino (Fig. 3).

Dos 130 inquiridos, 96 com o peso de 73,8% na amostra têm idade entre os 18 a 24 anos; 28

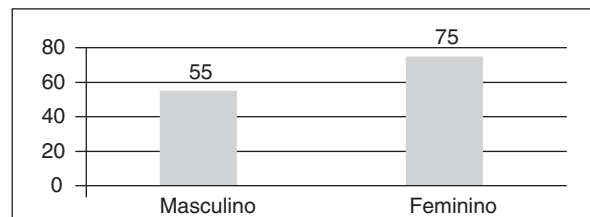


Figura 3. Sexo.

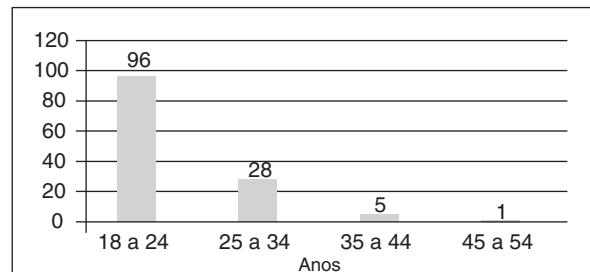


Figura 4. Idade.

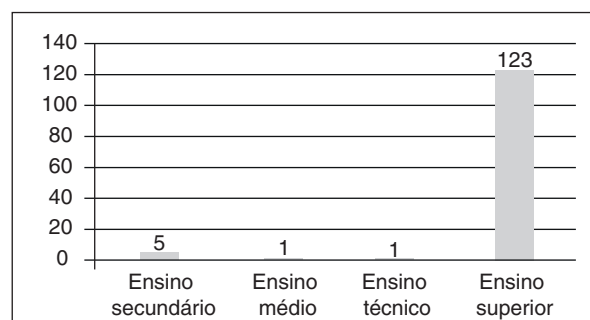


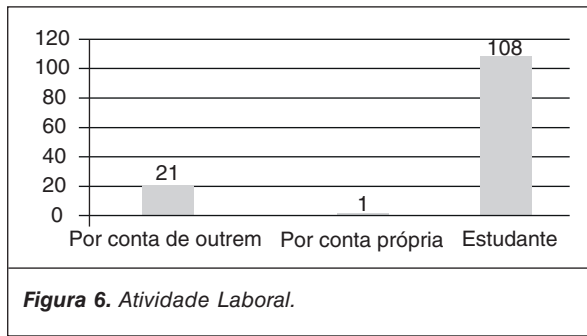
Figura 5. Escolaridade.

com o peso de 21,5% têm idade compreendida entre os 25 a 34 anos; cinco com o peso de 3,8% têm idade entre os 35 a 44 anos; e um com o peso de 0,8% na amostra têm idade compreendida entre os 45 a 54 anos. Pode-se afirmar que a maioria dos inquiridos é jovem, pois 95,4% dos inquiridos têm a idade compreendida entre os 18 e os 34 anos (Fig. 4).

Dos 130 inquiridos, cinco com o peso de 3,8% têm o ensino secundário; um com o peso de 0,8% tem o ensino médio; um com o peso de 0,8% tem o ensino técnico e 123 com o peso de 94,6% têm ou estão no ensino superior (Fig. 5).

Dos 130 inquiridos, 21 com o peso de 16,2% trabalham por conta de outrem; um com o peso de 0,8% trabalha por conta própria e 108 com o peso de 83,1% da amostra são estudantes (Fig. 6).

Dos 130 inquiridos sobre qual a origem da sua dor, 23 com o peso de 17,7% na amostra disseram que a dor tem origem psicológica; 39 com o peso de 30% disseram que a dor tem origem numa doença; 57 com o peso de 43,8% disseram que a dor tem origem na lesão de um órgão/



membro; e 11 com o peso de 8,5% não sabem ou não responderam à questão (Fig. 7).

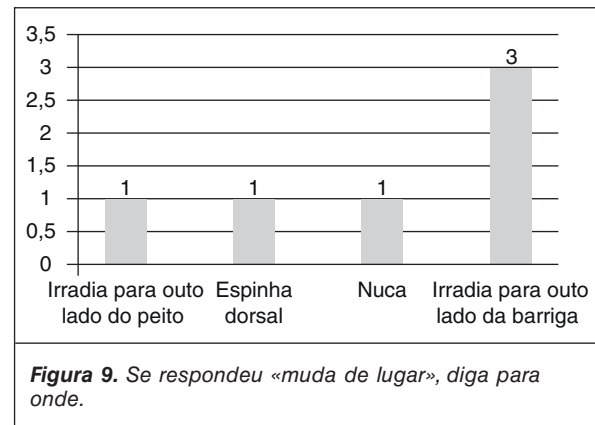
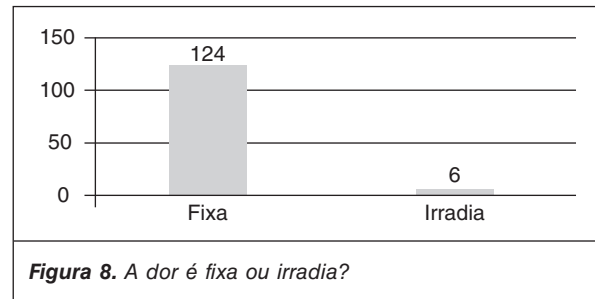
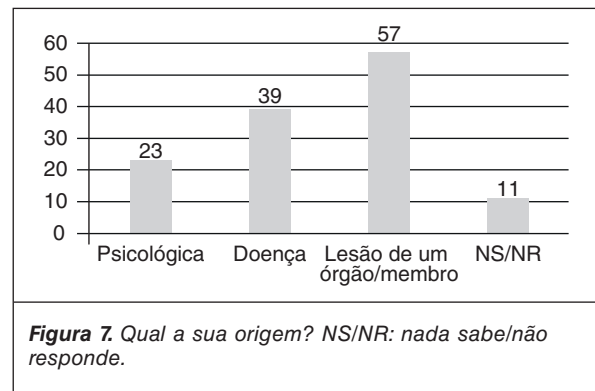
Dos 130 inquiridos que responderam à questão se «a dor é fixa ou irradia», 124 com o peso de 95,4% na amostra disseram que a dor é fixa e seis com o peso de 4,6% na amostra disseram que a dor irradia (Fig. 8).

Dos seis inquiridos que responderam que a dor irradia, um com o peso 16,7% na amostra disse que a dor irradia para o outro lado do peito; um com o peso 16,7% na amostra disse que a dor irradia para a coluna dorsal; um com o peso 16,7% na amostra disse que a dor irradia para a nuca; e três com o peso de 50% disseram que a dor irradia para o outro lado da barriga (Fig. 9).

Dos 130 inquiridos que responderam à pergunta se «para além da dor, tem mais alguma queixa»; 8,5% queixam-se de náuseas/vômitos; 6,3% queixam-se de vertigens/tonturas; 3,5% queixam-se de fraqueza nos braços/pernas; 1,9% queixam-se de tremores; 17,9% queixam-se de cansaço; 6% queixam-se de câibras; 9,4% queixam-se de insónias; 3,1% queixam-se de palpitações; 7,5% queixam-se de falta de apetite; 5,7% queixam-se de emagrecimento; 2,8% queixam-se de diarreia; 5,7% queixam-se de tristeza; 10,7% queixam-se de irritabilidade; 4,1% queixam-se de solidão; e 7,2% para além da dor queixam-se de desmotivação (Fig. 10).

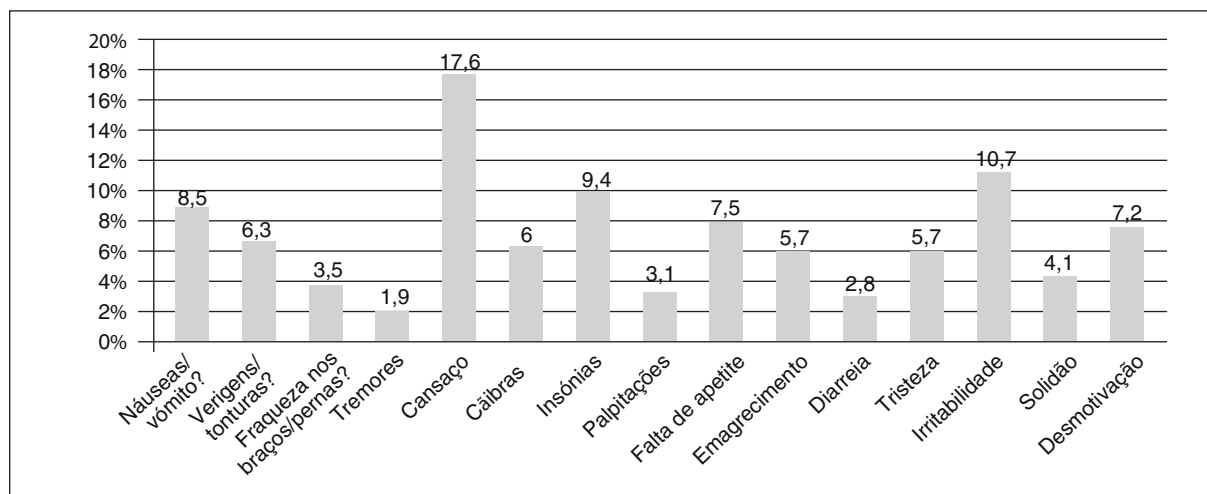
Dos 130 inquiridos que responderam à pergunta «pensa que a dor esteja relacionada com algum problema que lhe tenha acontecido»; 49 com o peso de 37,7% responderam que sim; 80 com o peso de 61,5% na amostra responderam que não; e um com o peso de 0,8% não sabe ou não respondeu (Fig. 11).

Dos 49 inquiridos que responderam sim à pergunta «pensa que a sua dor esteja relacionada com algum problema que lhe tenha acontecido»; cinco com o peso de 10,2% na amostra disseram que o problema foi o stress; oito com o peso 16,3% na amostra disseram que o problema foi uma contusão; quatro com o peso de 8,2% na amostra disseram que o problema foi uma tensão ocular; sete com o peso de 14,3% na amostra disseram que o problema foi um acidente; um com o peso de 2% na amostra disse que a dor foi resultado de preocupações; 13 com o peso de 26,5% na amostra disseram que o problema

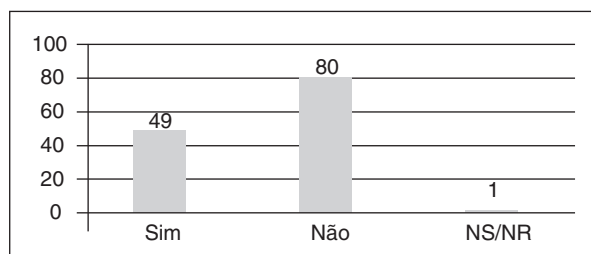


foi uma queda; um com o peso de 2% na amostra disse que o problema foi abstinência de café; um com o peso de 2% na amostra disse que o problema foi uma conização do útero; um com o peso de 2% na amostra disse que o problema foi uma perda de um familiar; um com o peso de 2% na amostra disse que o problema foi uma apendicite; três com o peso de 6,1% na amostra disseram que o problema foi má alimentação; dois com o peso de 4,1% na amostra disseram que o problema foi mudança de ambiente; um com o peso de 2% na amostra disse que o problema foi doença e um com o peso de 2% na amostra disse que o problema foi um parto (Fig. 12).

Dos 130 inquiridos que responderam à questão «que idade tinha quando a dor lhe apareceu pela primeira vez»; 28 com um peso de 21,5% na amostra disseram que a dor lhes apareceu pela primeira vez quando eram crianças; 47 com o peso de 36,2% na amostra disseram que a dor lhes apareceu quando jovens; e 55 com o peso



**Figura 10.** Para além da dor, tem mais alguma queixa?



**Figura 11.** Pensa que sua dor esteja relacionada com algum problema que lhe tenha acontecido?  
NS/NR: nada sabe/não responde.

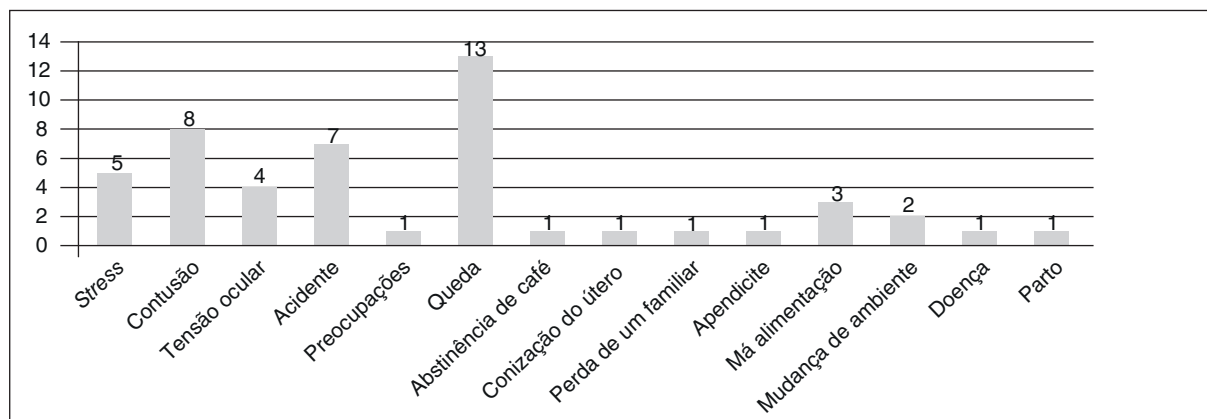
de 42,3% na amostra disseram que a dor lhes apareceu pela primeira vez na idade adulta. A idade mínima do início da dor é de um ano e a máxima de 40 anos (Fig. 13).

Dos 130 inquiridos que responderam à questão sobre «quem diagnosticou a sua dor»; 93 com o peso de 71,5% na amostra disseram que

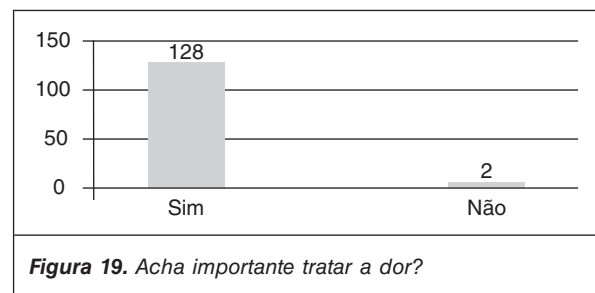
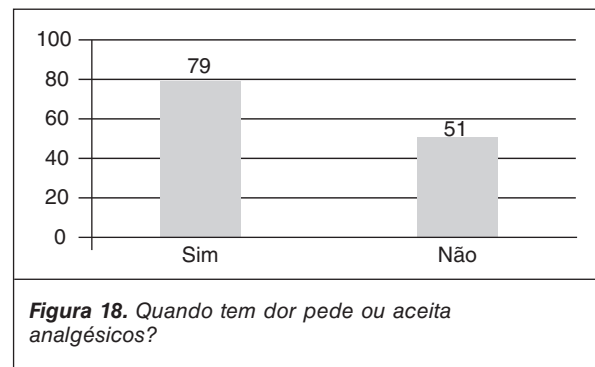
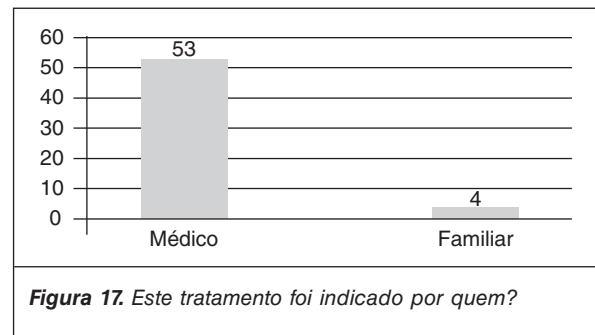
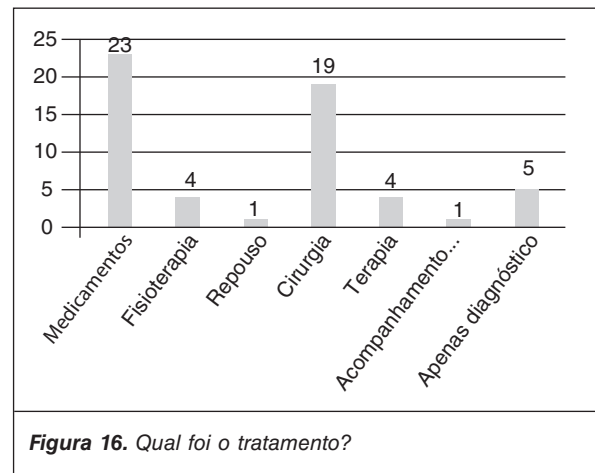
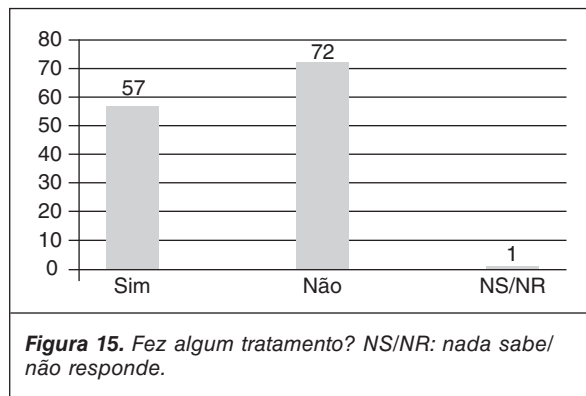
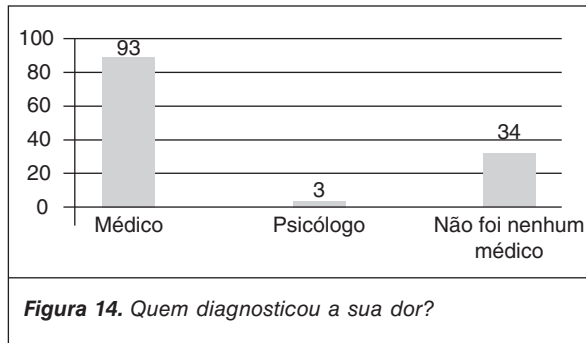
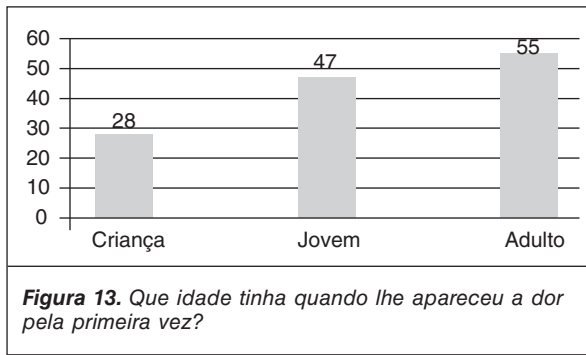
a dor foi diagnosticada por um médico; três com o peso de 2,3% na amostra disseram que a dor foi diagnosticada por um psicólogo; e 34 com o peso de 26,2% disseram que não foram a nenhum médico (Fig. 14).

Dos 130 inquiridos que responderam à pergunta «fizeram algum tratamento para a sua dor»; 57 com o peso de 43,8% na amostra responderam que sim; 72 com o peso de 55,4% na amostra responderam que não; e um com o peso de 0,8% na amostra não sabe ou não respondeu (Fig. 15).

Dos 57 inquiridos que responderam à pergunta «fez algum tratamento para a sua dor»; 23 com o peso de 40,4% responderam que o tratamento foi medicamentoso; quatro com o peso de 7% responderam que fizeram fisioterapia; um com o peso de 1,8% respondeu que fez repouso; 19 com o peso de 33,3% disseram que o tratamento foi cirúrgico; quatro com o peso de 7% disseram que fizeram terapia; um com o peso de 1,8% fez acompanhamento psicológico;



**Figura 12.** Diga qual foi o problema.



e cinco com o peso de 8,8% responderam que fizeram apenas o diagnóstico (Fig. 16).

Dos 57 inquiridos que responderam à pergunta «fez algum tratamento», quando questionados sobre quem indicou o tratamento, 53 com o peso de 93% responderam que o tratamento foi indicado por um médico; e quatro com o peso de 7% responderam que o tratamento foi indicado por um familiar (Fig. 17).

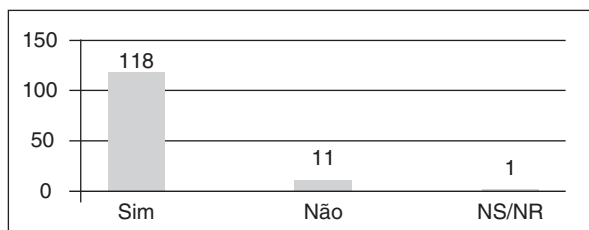
Dos 130 inquiridos que responderam à questão «quando tem dor pede ou aceita analgésicos»; 79 com o peso 80,8% na amostra responderam que sim; e 51 com o peso de 39,2% na amostra responderam que não (Fig. 18).

Dos 130 inquiridos que responderam à questão «acha importante tratar a dor»; 128 com o peso de 98,5% na amostra responderam que sim; e dois com o peso de 1,5% na amostra responderam que não (Fig. 19).

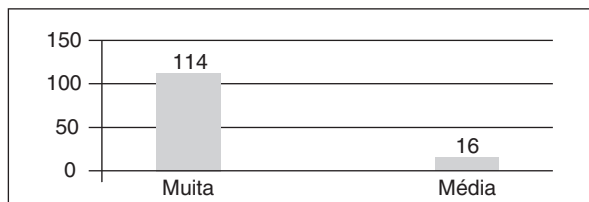
Dos 130 inquiridos que responderam à questão «parece-lhes que há necessidade de centros

de dor para apoio às pessoas que padecem algum tipo de dor»; 128 com o peso de 90,8% na amostra responderam que sim; 11 com o peso de 8,5% na amostra responderam que não há necessidade de centros de dor; e um com o peso de 0,8% na amostra não sabe ou não respondeu (Fig. 20).

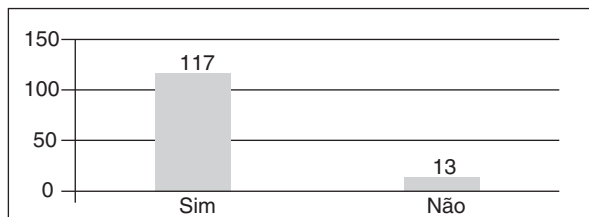




**Figura 20.** Parece-lhe que há necessidade de centros de dor para apoio às pessoas que padecem de algum tipo de dor? NS/NR: nada sabe/não responde.



**Figura 21.** Diga qual a importância de uma consulta de dor.



**Figura 22.** Acha que a dor interfere na sua qualidade de vida?

Dos 130 inquiridos que responderam à pergunta «qual a importância de uma consulta de dor», 114 com um peso de 87,7% na amostra responderam que tem muita importância; e 16 com o peso de 12,3% na amostra responderam que tem uma importância média (Fig. 21).

Dos 130 inquiridos que responderam à questão «acha que a dor interfere na sua qualidade de vida»; 117 com o peso de 90% na amostra disseram que sim; e 13 com o peso de 10% na amostra responderam que a dor não interfere na sua qualidade de vida (Fig. 22).

## Discussão dos resultados

A discussão dos resultados é o núcleo central de qualquer investigação científica. Permite analisar os resultados obtidos e tirar conclusões, tendo sempre em conta as variáveis independentes (idade, sexo, habilitações literárias e categoria profissional).

Os conhecimentos adquiridos poderão ajudar no desenvolvimento de novas estratégias na abordagem da dor na sociedade cabo-verdiana,

tendo em conta a mudança e a melhoria nos cuidados prestados.

## Conclusão

A dor é uma experiência totalmente subjetiva. Perante a dor alheia poderá existir comoção, sofrimento ou até prazer, com maior ou menor envolvimento. Apesar de pessoal, a dor pode ser compartilhada, transformando-se num sentimento coletivo, permitindo a expressão «entendo a dor que sente». Perante este fenómeno, perguntamos: o que há de social num sentimento tão singular? A singularidade da dor como experiência subjetiva faz dela um campo privilegiado para projetar a relação entre o indivíduo e a sociedade.

Ao aceitarmos a dor como um fenómeno sociocultural, aceitamos também que toda e qualquer realidade humana depende da sociedade em questão.

Após avaliação cuidadosa e criteriosa dos resultados do inquérito, aplicado a 130 pessoas da Universidade do Mindelo, tiraram-se conclusões relativas aos objetivos do estudo.

Nível de escolaridade elevada como seria de esperar; uma população muito jovem; na sua maioria do sexo feminino, que refere início de dor numa idade muito precoce.

O diagnóstico da dor foi feito na sua maioria (71,5%) por um médico; a quase totalidade da amostra achou importante tratar a dor (98,5%) e a existência de consulta de dor (87,7%); 90,8% responderam, sim, à necessidade de existência de centros de dor; a maioria (90%) acha que a dor interfere na qualidade de vida, apesar de apenas uma minoria (43,8%) ter feito o tratamento prescrito.

Estas conclusões poderão ser aplicadas para a melhoria dos cuidados prestados sem qualquer tipo de discriminação, com inclusão social e igualdade de direitos. Terá como grande objetivo divulgar a importância do tratamento da dor, a existência de consulta de dor e unidades de tratamento de dor, de forma a garantir cuidados aos que padecem, que irão refletir-se na melhoria da qualidade de vida, o melhor indicador do bem-estar de uma sociedade.

## Bibliografia

1. International Association for Study Pain. Task Force on taxonomy, Classification of Chronic Pain. 2.ª Edição, Seattle, IASP Press, 1994.
2. Direção Geral da Saúde – Plano Nacional da luta contra a dor, circular normativa n.º 9. Disponível em: <http://www.dgs.pt>. Consultado em agosto de 2017.
3. Twycross R. Cuidados Paliativos, 2.ª Edição. Lisboa: Climepsi Editora, 2003.
4. [http://www.aped-dor.org/images/biblioteca\\_dor/documentos/Multidisciplinaridade\\_e\\_Organizacao\\_das\\_Unidades\\_de\\_Dor\\_Cronica.pdf](http://www.aped-dor.org/images/biblioteca_dor/documentos/Multidisciplinaridade_e_Organizacao_das_Unidades_de_Dor_Cronica.pdf). Consultado em agosto de 2017.
5. Fortain MF. O processo de investigação, da conceção à realização, Faculdade de Ciências de Enfermagem, Universidade de Montreal, Lusociência, Loures, 1999.
6. Polite DF, et al. Fundamentos de Pesquisa de Enfermagem, 5.ª edição. São Paulo Editora, 2004.





Concurso de Fotografia 2017 | Associação Portuguesa para o Estudo da Dor | aped-dor.org | GERAL | Fernando Fortes

**GERAL – 2.** *Fernando Fortes (foto 3).*



Concurso de Fotografia 2017 | Associação Portuguesa para o Estudo da Dor | aped-dor.org | GERAL | João Galamba

**GERAL – 4.** *João Galamba (foto 2).*





Concurso de Fotografia 2017 | Associação Portuguesa para o Estudo da Dor | aped-dor.org | MOBILE © Cristina Silva

**MOBILE – 2.** Cristina Silva (foto 3).



Concurso de Fotografia 2017 | Associação Portuguesa para o Estudo da Dor | aped-dor.org | MOBILE © Inês Marques Vidal

**MOBILE – 4.** Inês Marques Vidal (foto 2).



# Síndrome Doloroso Regional Complexo, Abordagem Multidisciplinar

Igor Santos Neto<sup>1</sup>, Telma Gameiro<sup>2</sup>, João Silva<sup>3</sup> e Teresa Fontinhas<sup>3</sup>

## Resumo

A síndrome dolorosa regional complexa (SDRC) é uma patologia incapacitante que envolve os membros superiores e/ou inferiores. Manifesta-se por dor intensa e alterações sensoriais, autonómicas, motoras e/ou tróficas<sup>1,2</sup>. Pode ser ou não identificado um fator precipitante (traumatismo ou cirurgia), não havendo, no entanto, correlação com a gravidade do mesmo. O diagnóstico de SDRC pode ser difícil, uma vez que, sinais como edema ou alterações cutâneas, tendem a desaparecer com o tempo, persistindo ainda assim, a dor<sup>3</sup>. Por ser uma patologia complexa, requer uma abordagem terapêutica interdisciplinar e personalizada, com o objetivo de controlar a dor, e preservar ou até mesmo recuperar a função do membro, que muitas vezes fica diminuída ou perdida. Estas abordagens visam capacitar o doente e melhorar a sua qualidade de vida<sup>4</sup>. Os autores descrevem três casos clínicos, com o objetivo de demonstrar a necessidade de uma abordagem terapêutica multidisciplinar e individualizada. O artigo realça ainda a importância de se realizar um diagnóstico precoce desta entidade clínica incapacitante e dolorosa, de forma a se adequar, da melhor forma, a abordagem de tratamento.

**Palavras-chave:** Síndrome dolorosa regional complexa. Hipnose. Neuroestimulação. Dor crónica.

## Abstract

Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) is a disabling condition involving the upper and/or lower limbs. It is manifested by intense pain and sensorial, autonomic, motor and/or trophic changes<sup>1,2</sup>. A precipitating factor (trauma or surgery) may or may not be identified, but when present there is no correlation with its severity. The diagnosis of CRPS can be difficult, since signs such as edema or cutaneous alterations tend to disappear over time, although pain persists<sup>3</sup>. Because it is a complex pathology, it requires an interdisciplinary and personalized therapeutic approach, with the objective of controlling pain, and preserving or even recovering the function of the limb, which is often diminished or lost. These approaches aim to empower patients and improve their quality of life<sup>4</sup>. The authors describe three clinical cases, with the objective of demonstrating the need of a multidisciplinary and individualized therapeutic approach. The article also highlights the importance of performing an early diagnosis of this incapacitating and painful clinical entity, so as to best fit the treatment approach. (Dor. 2017;25(4):19-23)

Corresponding author: Igor Santos Neto, igorsantosneto@gmail.com

**Key words:** Complex regional pain syndrome. Hypnosis. Neurostimulation. Chronic pain.

## Introdução

O SDRC é uma patologia que envolve os membros, superiores e/ou inferiores, cuja incidência, a nível europeu, é de 26/100.000 pessoas/ano<sup>5-7</sup>, cerca de 2 a 5% dos adultos e até

20% dos doentes na consulta de dor crónica<sup>2</sup>. Pode ser causada por cirurgia ou um traumatismo (*major* ou *minor*). Em alguns casos, o SDRC esteve presente sem trauma evidente, apesar de ser incomum. Pode apresentar-se desde uma forma ligeira e autolimitada, até uma doença crónica, que condiciona a qualidade de vida, as atividades do dia a dia e a saúde mental. Caracteriza-se classicamente por uma dor severa, do tipo queimadura, acompanhada de alterações sensoriais, autonómicas, motoras e/ou tróficas<sup>2,5,6</sup>. O diagnóstico é clínico, baseado nos critérios de Orlando e nos de Budapeste<sup>1</sup>, desenvolvidos pela Associação Internacional para o

<sup>1</sup>Department of Anesthesiology, Hospital São João, Porto

<sup>2</sup>Unidade de Saúde Familiar Tílias, ACES Lisboa Norte, Lisboa

<sup>3</sup>Department of Anesthesiology, Chronic Pain Multidisciplinary Unit, Centro Hospital Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria, Lisboa

E-mail: igorsantosneto@gmail.com

Estudo da Dor (IASP)<sup>5</sup>. Atualmente, consideram-se dois tipos de SDRC, tipo I e II, pela ausência ou presença de lesão nervosa, respetivamente, anteriormente denominadas por distrofia simpática reflexa ou atrofia de Sudeck/causalgia<sup>2</sup>.

Pela sua complexidade, requerem a intervenção de várias especialidades, profissionais de saúde, devendo o tratamento ser personalizado. O plano terapêutico poderá incluir: abordagem farmacológica, não farmacológica, intervencional e cirúrgica<sup>8</sup>.

Os autores descrevem três casos clínicos, com o objetivo de demonstrar a necessidade de uma abordagem multidisciplinar e individualizada que o SDRC exige.

### Caso clínico 1

Doente do sexo feminino, de 32 anos, técnica do INEM, que sofreu um acidente de trabalho em abril de 2012, com fratura oculta do astrágalo direito, submetido apenas a tratamento conservador.

Dos antecedentes pessoais destacam-se asma controlada e taquiarritmia supraventricular com necessidade de ablação do feixe anómalo, em 2000, sem intercorrências, mantendo terapêutica com bisoprolol 5 mg/dia.

Assumido inicialmente como uma entorse, fez tratamento conservador durante três meses, tendo retomado a atividade profissional, realizando concomitantemente fisioterapia. Pela persistência da dor, realizou ressonância magnética (RMN) que documentou a osteonecrose do astrágalo direito, atribuível a fratura oculta do astrágalo. Recusou terapêutica cirúrgica, pelo que se optou por realizar descarga do pé durante quatro meses, com melhoria imagiológica franca. Findo este período, iniciou então carga progressiva, mantendo fisioterapia até 2017, com persistência das queixas típicas de algoneurodistrofia (alterações da coloração e temperatura cutânea, edema e algias muito acentuadas, mesmo sem mobilização) e limitação funcional.

Em 2014, reinicia seguimento em consulta de ortopedia, no Hospital Beatriz Ângelo, onde é diagnosticada distrofia de Sudeck, sendo medicada pela primeira vez com pregabalina 50 2/dia, tendo sido escalada até uma dose total de 150 mg por dia. Teve melhoria clínica parcial, não obstante, por motivos económicos fez conversão para gabapentina 300 mg 3/dia. De realçar que, por aconselhamento médico, suspendeu as sessões de fisioterapia por alguns períodos. Em 2017, é reencaminhada para a consulta de dor crónica, do Centro Hospitalar Lisboa-Norte/Hospital de Santa Maria (CHLN/HSM), onde foi proposta uma abordagem individualizada. Após reunião da equipa multidisciplinar, sugeriu-se combinar terapêutica farmacológica e hipnose clínica. Estava medicada com gabapentina 600 QID, tapentadol 50 mg QID e amitriptilina 10 mg QID. Apresentava uma Escala

númerica (EN): 7/8, com edema, alterações da temperatura e alodinia. Propôs-se tapentadol 50 mg 2/dia e duloxetina 30 mg, e sugeriu-se colocação de neuroestimulador medular (NE) ou hipnose clínica, tendo a doente optado pela segunda hipótese. Na consulta de reavaliação, após quatro meses de hipnoterapia, a doente refere um controlo algico significativo desde a terceira sessão, e descreve uma diminuição dos edemas, alodinia, parestesias e retorno da funcionalidade desde a quinta sessão. Perante esta evolução clínica, opta por fazer desmame terapêutico, tendo parado tapentadol 50 mg QID e duloxetina 30 mg, manteve gabapentina 100 mg 2/dia, com indicação para suspensão após 15 dias. No total, a doente realizou oito sessões de hipnoterapia, estando previsto realizar mais sete sessões e ponderar alta clínica.

Na última consulta, apresentava remissão completa das queixas típicas de algoneurodistrofia, mantendo, no entanto, esporadicamente, a queixa algica (EN 2-3/10), quando exposta a baixa temperatura.

### Caso clínico 2

Doente do sexo masculino, de 51 anos, que sofreu um acidente de viação há 24 anos, com fratura e esmagamento de L2, e que apresenta dor no terceiro e quarto dedos do pé direito e região glútea ipsilateral.

Dos antecedentes pessoais, destaca-se a insónia inicial e a perturbação de ansiedade generalizada.

Há 24 anos, fraturou L2, tendo sido intervenido, com colocação de barras estabilizadoras, retiradas um ano depois. Esteve sem queixas até há cerca de 14 anos, altura em que inicia queixas de características neuropáticas na área correspondente à lesão. Inicialmente ligeiras e raras, tornaram-se progressivamente de maior intensidade e frequência. Em 2012, realizou RMN que revela anterolistese grau 1 em 4 de L1 sobre L2, laminectomia bilateral entre L2 e L3; colapso e fratura sequelar do corpo vertebral de L2, com estenose moderada do canal raquidiano central; e conflito de espaço dos canais conjugação em L2 e L3. Realizou eletromiografia (EMG) nesse mesmo ano, que evidenciou «lesão radicular moderada em L5, sem critérios de túnel társico».

É enviado para consulta na unidade de dor em 2015. Realizou terapêutica farmacológica (pregabalina 150 mg 2/dia, amitriptilina 10 mg QID) e técnicas invasivas (bloqueio poplíteo, acupuntura médica, radiofrequência em 2015, e ozonoterapia discal) com alívio apenas temporário. Propôs-se hipnose que não surtiu efeito. Perante este quadro, foi proposto para colocação de NE, que teve lugar em 25 de maio de 2017.

Após a adaptação ao equipamento, houve alívio da dor em cerca de 80%, melhoria das



alterações da temperatura cutânea e hipostesia, tendo iniciado desmame progressivo da terapêutica médica. Na última consulta, em setembro de 2017, reduziu em 50% a terapêutica médica e foi referenciado à psicoterapia, por agravamento da insônia e da perturbação de ansiedade.

### Caso clínico 3

Doente do sexo feminino, de 56 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, doença coronária aterosclerótica com duplo *stent* coronário (2013); diabetes não insulino-tratada e síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS); medicada com nifedipina, furosemida, carvedilol, telmisartan + hidroclorotiazida, metformina, ezetimibe, sinvastatina e ácido acetil salicílico (AAS).

Realizou coronariografia (CAT) de controlo, em 28 de março de 2017, no serviço de cardiologia do CHLN, sem intercorrências e sem alterações identificadas na mesma. Dois dias depois inicia um desconforto torácico inespecífico à direita, paroxístico, sem fatores de agravamento ou alívio, que descreve como leves picadas. No dia seguinte, enquanto conduzia, teve uma toracalgia direita, bem localizada, numa área com 2 cm de diâmetro, com características neuropáticas («vidros a estilhaçar/arranhar e às vezes com choques elétricos»). Agravada com a flexão dos segundo e terceiro dedos ipsilaterais, com duração de segundos, e aliviava com a flexão e com a imobilização do membro. Apesar de não ter queixas álgicas no membro superior direito, apresentava alterações da temperatura (calor) e edema da mão e dedos, com anestesia do quarto e quinto dedos, e hipostesias nos restantes. Recorre ao serviço de urgência (SU) a 2 de abril, onde foi medicada com carbamazepina 200 mg 2/dia, tramadol + paracetamol 3/dia, metamizol 575 mg 3/dia e ibuprofeno 600 mg 2/dia. Recorre novamente ao SU, por persistência das queixas, a 6 de abril, onde foi observada pela cardiologia, cirurgia vascular e cirurgia plástica, reconstrutiva e estética. Foram excluídas complicações da CAT, síndrome compartimental ou outra patologia com necessidade de cuidados urgentes, ficando internada no serviço de neurologia, durante sete dias, para esclarecimento etiológico do quadro. Foi diagnosticado SDRC tipo 1 e ficou medicada com ibuprofeno 600 mg 2/dia, pregabalina 100 mg 2/dia, amitriptilina 50 mg QID, tapentadol 100 mg 2/dia, metamizol 575 mg 3/dia, paracetamol 1 g 3/dia e morfina 10 mg em SOS. À data de alta apresentava melhoria clínica, com ganho parcial da capacidade funcional.

Foi encaminhada para a consulta de medicina física e reabilitação (MFR), que iniciou em abril, para a terapia ocupacional e para a unidade de dor do CHLN, tendo a primeira consulta ainda nesse mês. Aumentou a dose de tapentadol

para 150 mg 2/dia, mantendo a restante terapêutica. Na consulta de reavaliação seis meses depois, a doente apresentava melhoria significativa das queixas disautonómicas, mantendo ainda algumas queixas álgicas. Ajustou-se a dose de tapentadol para 200 mg 2/dia, mantendo a restante terapêutica.

### Discussão

A fisiopatologia do SDRC é incerta. Existem várias teorias sobre a mesma, que descrevem mecanismos centrais e periféricos, com ênfase nas alterações do sistema nervoso central (SNC)<sup>2</sup>. No que respeita ao SDRC tipo 2, acredita-se que o sistema nervoso periférico (SNP) reaja a uma lesão parcial do nervo, o que leva a uma regulação anormal dos recetores  $\alpha$ -2, que explica o uso do fenoxibenzamina<sup>5</sup>, com libertação de catecolaminas e noradrenalina nos terminais sinápticos pós-ganglionares<sup>2,9,10</sup>. Este mecanismo pode explicar, em parte, as alterações tróficas que foram verificadas nos casos clínicos. As citocinas (IL-1 $\beta$ , IL-2, IL-6, IL-10, TNF- $\alpha$ , substância P e CGRP)<sup>5,11,12</sup> têm um papel essencial na fase aguda do SDRC, causando uma inflamação neurogénica e reações inflamatórias tanto a nível do membro como no SNC. As alterações periféricas levam à hiperexcitabilidade e sensibilização central, acreditando-se que seja este o principal mecanismo, na origem dos sintomas do SDRC. A lesão dos nervos periféricos leva a uma estimulação dos axónios simpáticos ipsilaterais na região dorsal da medula espinhal (ME), tornando os hipersensíveis, esta hipótese tem como base o início da estimulação da via dolorosa<sup>5</sup>. Outras hipóteses, que podem explicar as alterações tróficas, são a libertação do glutamato na ME e a hiperexcitabilidade mediada pelos recetores N-metil D-Aspartato (NMDA).

Alguns estudos conseguiram identificar fatores de risco acrescido para o desenvolvimento do SDRC. Os estudos de Sandroni, et al., Moseley, et al. e Mos, et al. mostraram que mulheres<sup>2</sup> em período pós-menstrual<sup>13</sup> apresentam um risco elevado. Os estudos retrospectivos de Allen, et al. e Anderson, et al. mostraram uma maior incidência em caucasianos<sup>2</sup>, idades mais jovens, nas fraturas recentes do radio distal, entorses do tornozelo ou fraturas intra-articulares e quando há queixas álgicas desproporcionais ao que seria expectável após o trauma. Os estudos não mostraram um risco acrescido para SDRC nos doentes com um perfil ansioso, depressivo ou obsessivo<sup>13-15</sup>.

Perante uma lesão que poderá desencadear o aparecimento de SDRC, é essencial iniciar precocemente uma terapêutica profilática, através do bloqueio do gânglio estrelado e/ou com suplemento de vitamina C (500 a 1.000 mg) durante 50 dias<sup>2,16</sup>, pela sua capacidade em antagonizar os radicais livres de oxigénio; corticoides,

anti-inflamatórios não esteroides (AINE), clonidina<sup>5,17</sup>, cetamina<sup>5</sup> e infusões intravenosas de lidocaína<sup>2</sup>. Os estudos apontam, também, resultados favoráveis com a administração de calcitonina intranasal (para casos com menos de seis a oito semanas de evolução), bem como de bifosfonatos, apesar de neste último o método de atuação ser desconhecido, bloqueio da reabsorção óssea, associada a esta patologia<sup>2,6,18</sup>.

Após o diagnóstico do SDRC, é essencial ter presente todos os recursos que estão atualmente disponíveis para tratar esta entidade nosológica incapacitante e devastadora. A MFR e a terapia ocupacional devem ser iniciadas o mais cedo possível, mas sem induzir agravamento da dor para restaurar a função do membro. Do ponto de vista farmacológico, o maior estudo foi realizado por Kingery, que destacou o benefício dos antioxidantes tais como: N-acetilcisteína e vitamina C<sup>2,16</sup>; gabapentinoides (pregabalina e gabapentina<sup>19,20</sup>), corticoides, fármacos moduladores dos canais de cálcio, e os AINE.

Em relação aos AINE, parecem ter um papel essencial no controlo dos mecanismos inflamatórios já descritos, em particular na presença de edema<sup>2,6</sup>. Apesar de amplamente usados, a eficácia dos antidepressivos tricíclicos, anticonvulsivantes, bloqueadores do NMDA<sup>5</sup> e capsaicina são duvidosos<sup>2</sup>. Existe também descrita a falta de evidência para o uso de droperidol e atropina no tratamento desta entidade.

Os corticoides devem ser considerados no princípio dos sintomas. O início e a duração do tratamento são incertos. A dose de prednisolona 30 mg/dia pode ser sucessivamente diminuída após desaparecimento dos sintomas<sup>2,5,9,21</sup>.

O bloqueio dos nervos simpáticos é crucial, não só nos estádios iniciais da doença, como já referido, mas também na doença já estabelecida. Assim, verifica-se que o efeito analgésico dos anestésicos locais é superior ao esperado, pelo que podem ser aplicados no gânglio estrelado<sup>2</sup>, ou na cadeia simpática superior/inferior, consoante a área afetada.

Apesar de comumente usados, a analgesia regional intravenosa (lidocaína, clonidina e bretylium), e acupuntura médica não mostraram superioridade em relação ao placebo.

Como adjuvante, a estimulação elétrica transcutânea (TENS)<sup>5</sup> mostrou ser uma arma simples, segura e eficaz. A neuromodulação<sup>5</sup> está descrita como terapêutica de última linha por abordagem minimamente invasiva, sendo muito útil, porque atua quer nos nervos das raízes nervosas quer na via descendente da dor, libertando opioides endógenos e por mecanismos de inibição da dor, uma vez que, ao passar o estímulo do NE pela teoria do portão, a informação algica é bloqueada.

A hipnose, bem como a terapia comportamental cognitiva, *mindfulness* e técnicas de relaxamento<sup>2,6</sup> estão integradas na abordagem multidisciplinar e individualizada desta síndrome.

Apesar de não se compreender a fisiopatologia, sabe-se que existem alterações induzidas pelo SDRC no humor, na emoção e na somatização.

Como terapêutica invasiva, existe a amputação do membro, quando todas as técnicas utilizadas falharam, e a dor, a infeção e/ou a isquemia são intratáveis. Se esta opção terapêutica for escolhida, o tratamento profilático do membro fantasma deve ser iniciado precocemente.

Por último, importa recordar que o SDRC deve ter uma abordagem multidisciplinar, com uma articulação construtiva e uma comunicação eficaz entre os diversos profissionais envolvidos. A longo prazo, a monitorização e o tratamento dos casos mais resistentes, será partilhada entre os cuidados de saúde primários e secundários (unidade de dor, reumatologia e MFR).

A referenciação pelo Medicina Geral e Familiar (MGF) deve ocorrer<sup>2</sup>:

- Nos casos em que há necessidade de excluir outros diagnósticos do foro ortopédico, reumatológico e neurológico;
- Quando a sintomatologia é resistente a terapêutica médica;
- Potenciar a recuperação e/ou otimização pelos meios de fisioterapia em doentes com SDRC moderada ou severa; e
- Para confirmar o diagnóstico em caso de dúvida<sup>1</sup>.

Com o indispensável envolvimento de vários profissionais, há o risco de fragmentação e contradição nas abordagens propostas aos doentes, sendo importante a perspetiva holística do médico de família para as conciliar e clarificar, bem como a importância de reuniões multidisciplinares<sup>2,8</sup>, sempre que for possível e exequível.

## Conclusão

O SDRC é atualmente a patologia de dor crónica mais subdiagnosticada. Vários estudos epidemiológicos fornecem dados essenciais, que permitiram compreender e tratar melhor esta entidade clínica. Ainda assim, são necessários estudos genéticos (padrão hereditário mitocondrial, HLA-B62 e DQ8)<sup>5</sup>, hormonais, étnicos, bem como a avaliação do impacto na área socioeconómica dos doentes.

A dificuldade no diagnóstico, a fisiopatologia pouco clara, os diferentes fatores que a influenciam e a forma como se manifesta, exigem que o SDRC tenha uma abordagem no seio de uma equipa multidisciplinar, com uma terapêutica personalizada caso a caso<sup>6</sup>.

## Bibliografia

1. Dutton K, Littlejohn G. Terminology, criteria, and definitions in complex regional pain syndrome: challenges and solutions. *J Pain Res.* 2015;8:871-7.
2. Palmer G. Complex regional pain syndrome. *Aust Prescr.* 2015;38(3):82-6.

3. Hugo Martins TF. Síndrome Dolorosa Regional Complexa: O Desafio no Controlo Algíco. *Rev Dor*. 2010;18:31-2.
4. Tajerian M, Clark JD. New Concepts in Complex Regional Pain Syndrome. *Hand Clin*. 2016;32(1):41-9.
5. Goh EL, Chidambaram S, Ma D. Complex regional pain syndrome: a recent update. *Burns Trauma*. 2017;5(1):2.
6. Harden RN, Oaklander AL, Burton AW, et al. Complex regional pain syndrome: practical diagnostic and treatment guidelines. *Pain Med*. 2013;14(2):180-229.
7. de Mos M, de Bruijn AGJ, Huygen FJPM, Dieleman JP, Stricker BHC, Sturkenboom MC. The incidence of complex regional pain syndrome: a population-based study. *Pain*. 2007;129(1-2):12-20.
8. Turner-Stokes L, Goebel A, Guide Development Group. Complex regional pain syndrome in adults: concise guidance. *Clin Med J R Coll Physicians*. 2011;11(6):596-600.
9. Legrain V, Bultitude JH, De Paepe AL, Rossetti Y. Pain, body, and space: What do patients with complex regional pain syndrome really neglect? *Pain*. 2012;153:948-51.
10. Marinus J, Moseley GL, Birklein F, et al. Clinical features and pathophysiology of complex regional pain syndrome. *The Lancet Neurology*. 2011;10(7):637-48.
11. Uçeyler N, Eberle T, Rolke R, Birklein F, Sommer C. Differential expression patterns of cytokines in complex regional pain syndrome. *Pain*. 2007;132(1-2):195-205.
12. Parkitny L, McAuley JH, Di Pietro F, et al. Inflammation in complex regional pain syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Neurology*. 2013;80:106-17.
13. Pons T, Shipton EA, Williman J, Mulder RT. Potential risk factors for the onset of complex regional pain syndrome type 1: a systematic literature review. *Anesthesiol Res Pract*. 2015;2015:956539.
14. Bruehl S. An update on the pathophysiology of complex regional pain syndrome. *Anesthesiology*. 2010;113(3):713-25.
15. Dilek B, Yemez B, Kizil R, et al. Anxious personality is a risk factor for developing complex regional pain syndrome type I. *Rheumatol Int*. 2012;32(4):915-20.
16. Shibuya N, Humphers JM, Agarwal MR, Jupiter DC. Efficacy and Safety of High-dose Vitamin C on Complex Regional Pain Syndrome in Extremity Trauma and Surgery-Systematic Review and Meta-Analysis. *J Foot Ankle Surg*. 2013;52(1):62-6.
17. Davis KD, Treede RD, Raja SN, Meyer RA, Campbell JN. Topical application of clonidine relieves hyperalgesia in patients with sympathetically maintained pain. *Pain*. 1991;47(3):309-17.
18. Tran de DQ, Duong S, Bertini P, Finlayson RJ. Treatment of complex regional pain syndrome: a review of the evidence. [Review] [66 refs]. *Can J Anaesth*. 2010;57(2):149-66.
19. Moore RA, Straube S, Wiffen PJ, Derry S, McQuay HJ. Pregabalin for acute and chronic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(3):CD007076.
20. Moore RA, Wiffen PJ, Derry S, McQuay HJ. Gabapentin for chronic neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(3):CD007938.
21. Fischer SGL, Zuurmond WWA, Birklein F, Loer SA, Perez RSGM. Anti-inflammatory treatment of Complex Regional Pain Syndrome. *Pain*. 2010;151:251-6.

# Dor Crónica Após Hernioplastia Inguinal. Qual o Papel da Inflamação Local?

Eva Antunes<sup>1</sup>, Daniel Pedro<sup>1</sup>, Joana Rodrigues<sup>1</sup>, Renata Gouveia<sup>1</sup>  
e Graça Mesquita<sup>2</sup>

## Resumo

**Introdução:** A análise dos fatores preditivos para a dor crónica após a cirurgia de reparação da hérnia inguinal ajuda a identificar grupos de risco e orienta o desempenho médico. O objetivo primário do nosso trabalho foi investigar a relação entre a inflamação no local cirúrgico entre o 7.º e o 10.º dia de pós-operatório e a existência de dor crónica pós-cirúrgica. Os objetivos secundários foram a idade, sexo, existência de dor crónica pré-operatória, patologia psiquiátrica, tipo de cirurgia, tipo de anestesia, intensidade da dor às 24 horas e no 7.º dia. **Métodos:** Um estudo observacional, retrospectivo e prospetivo, de doentes submetidos a hernioplastia inguinal foi realizado numa Unidade de Cirurgia de Ambulatório, dentro do período de um ano. Os dados foram obtidos através da consulta dos registos da Unidade e de uma entrevista por telefone realizada aos seis meses de pós-operatório. **Resultados:** Um total de 101 doentes foram incluídos no estudo. Destes, 20% desenvolveram dor crónica pós-cirúrgica. A análise estatística dos dados identificou três fatores de risco para o desenvolvimento de dor crónica pós-cirúrgica: género feminino, dor crónica pré-operatória e tipo de anestesia. **Conclusão:** O controlo perioperatório eficaz da dor, juntamente com a anestesia regional, parecem ser importantes na prevenção da dor crónica pós-cirúrgica. Com um  $p = 0,054$ , a inflamação local implicou um aumento no risco relativo de desenvolver dor crónica em 91%. Uma vez que a inflamação local é um parâmetro facilmente avaliado, o seu estudo pode levar a uma maior vigilância destes doentes, a fim de evitar a cronicidade da dor pós-cirúrgica, podendo inclusive levar a uma mudança nos hábitos de prescrição medicamentosa.

**Palavras-chave:** Dor crónica. Dor crónica pós-cirúrgica. Inflamação. Cirurgia de ambulatório.

## Abstract

**Introduction:** The analysis of predictive factors for chronic pain after inguinal hernia repair helps to identify risk groups and guides medical performance. The primary endpoint of our work was to investigate the relationship between inflammation at the surgical site between the 7<sup>th</sup> and the 10<sup>th</sup> postoperative day and the existence of chronic postoperative pain. Secondary endpoints were age, gender, existence of preoperative chronic pain, psychiatric pathology, type of surgery, type of anesthesia, pain intensity at 24 hours and on day 7. **Methods:** A retrospective observational study of patients subjected to inguinal hernioplasty was carried out at an Ambulatory Surgery Unit, within a one-year period. The data was obtained through the consultation of the records of the Unit and by a telephone interview carried out at 6 months postoperatively. **Results:** A total of 101 patients were included in the study. Of these, 20% developed chronic postoperative pain. The statistical analysis of the data identified 3 risk factors for the development of chronic post-surgical pain: female gender, preoperative chronic pain and type of anesthesia. **Conclusion:** Effective peri-operative control of pain, along with regional anesthesia, appears to be important in the prevention of chronic postoperative pain. With a  $p = 0.054$ , tissue inflammation implied an increase in the relative risk of developing chronic pain by 91%. Since local inflammation is an easily assessed parameter, it may lead to a greater vigilance of these patients in order to avoid the chronicity of post-surgical pain, and may even lead to a change in prescription drug habits. (Dor. 2017;25(4):24-30)

Corresponding author: Eva Antunes, eva.mm.antunes@gmail.com

**Key words:** Chronic pain. Chronic postoperative pain. Inflammation. Ambulatory surgery.

<sup>1</sup>Interno de Anestesiologia

<sup>2</sup>Assistente Hospitalar Graduada de Anestesiologia

Centro Hospitalar de Lisboa Central  
Lisboa

E-mail: eva.mm.antunes@gmail.com

Os autores declaram que não há subsídio(s) e/ou bolsa(s) que contribuíram para o trabalho. Declaram também que não há conflitos de interesse associados a esta publicação.

## Introdução

A dor crônica pós-cirúrgica (DCPC) após hernioplastia inguinal é uma entidade com uma incidência estimada de 18%<sup>1</sup>. Sabe-se que certas cirurgias estão associadas a um maior risco do seu desenvolvimento, tal como a hernioplastia inguinal, cirurgias por toracotomia, cirurgia da mama ou cesariana. Uma definição de DCPC, que será incluída no futuro CID-11, abrange os seguintes parâmetros<sup>2</sup>:

- Dor que se desenvolve após um procedimento cirúrgico ou aumenta de intensidade após o mesmo;
- Dor que dura pelo menos três meses, com impacto negativo significativo na qualidade de vida;
- A dor é a continuação da dor pós-operatória aguda ou pode ocorrer após um período assintomático;
- A dor é localizada na área cirúrgica ou numa área referida;
- Outras possíveis causas de dor são excluídas (por exemplo, infecção, tumores, recorrência).

A cirurgia de correção da hérnia inguinal é um dos procedimentos mais realizados no mundo<sup>3</sup>. A taxa de recorrência da hérnia, inicialmente uma das suas principais complicações, é hoje um pequeno problema devido às técnicas cirúrgicas atuais e próteses sintéticas utilizadas. No entanto, a DCPC após a hernioplastia inguinal tem aumentado nas últimas décadas, tornando-se um grave problema que deve ser considerado antes de se proceder a esta cirurgia<sup>4-6</sup>. Apesar das diferentes definições utilizadas, estima-se que a incidência de DCPC após a cirurgia de reparo da hérnia inguinal ronde os 18%. A razão para este aumento da incidência pode estar relacionada com uma resposta inflamatória à prótese colocada, uma vez que se sabe que nem todas as neuropatias pós-operatórias são puramente mecânicas<sup>1,4,7,8</sup>, e que mecanismos inflamatórios ainda não esclarecidos podem contribuir para o seu desenvolvimento<sup>9</sup>. O trabalho nesta área é ainda escasso, o que significa que o risco de desenvolvimento do DCPC após inflamação local pode estar a ser subestimado num grande número de doentes<sup>10</sup>. Assim, decidimos elaborar um estudo para identificar se a inflamação no local cirúrgico, entre os 7.º e 10.º dias de pós-operatório de hernioplastia inguinal, contribua para a cronificação da dor – objetivo primário. Outros fatores também foram analisados: idade, sexo, existência de dor pré-operatória, patologia psiquiátrica (ansiedade e/ou depressão), tipo de cirurgia, tipo de anestesia, existência de dor às 24 horas e ao 7.º dia – objetivos secundários.

## Métodos

Este é um estudo observacional, retrospectivo e prospetivo, que incluiu todos os doentes

submetidos a hernioplastia inguinal, no período de um ano (1 de agosto de 2015 a 1 de agosto de 2016).

Os critérios de inclusão foram todos os doentes submetidos a hernioplastia inguinal numa Unidade de Cirurgia de Ambulatório. Não houve critérios de exclusão. Os *drop-outs* foram:

- Doentes sem dados de follow-up após a alta hospitalar;
- Doentes que não atenderam a chamada aos seis meses;
- Recorrência, infecção ou tumor na região inguinal.

Os dados foram obtidos através da consulta dos registos da Unidade e de uma entrevista telefónica realizada aos seis meses de pós-operatório. A DCPC foi definida utilizando a definição futura da Classificação Internacional de Doenças (CID-11): dor no local cirúrgico, que se desenvolve após a hernioplastia inguinal ou aumentou de intensidade após a mesma (com um período assintomático ou não), com duração de, pelo menos, três meses e um impacto negativo significativo nas atividades de vida diárias do doente, independentemente da sua intensidade.

Nesta Unidade, os doentes são avaliados pré-operatoriamente em consulta de cirurgia geral, anestesiologia e enfermagem. Nessa altura, a história médica é registada, incluindo a existência de patologia psiquiátrica e de dor pré-operatória no local cirúrgico ou noutra local. Após a cirurgia, um regime analgésico multimodal com ibuprofeno (fármaco anti-inflamatório não-esteróide [AINE]), metamizol e paracetamol, é administrado para ambulatório (segundo um protocolo predefinido) por um período de três a cinco dias. Não foram prescritos opioides nos doentes estudados. Às 24 horas e ao 7.º dia, os doentes são avaliados por telefone pela equipa de enfermagem, sendo registada a existência de:

- Dor: intensidade (escala numérica), localização, tipo de dor e impacto nas atividades diárias;
- Sinais de inflamação no local cirúrgico: definidos como a presença de hiperemia, calor, edema, hematoma ou exsudado no local cirúrgico;
- Outras complicações (por exemplo, recorrência).

Os doentes são também avaliados em consulta de seguimento de cirurgia geral (entre os 7.º e 10.º dias de pós-operatório, e aos seis meses de pós-operatório). Além da consulta destes dados, aos seis meses foi realizada uma entrevista telefónica, conduzida por um anestesiologista. Nesta, foram questionados possíveis sinais de inflamação ou alguma outra complicação no local cirúrgico (por exemplo, recorrência, tumor), e foi avaliada a existência de DCPC. Para isso, utilizou-se um questionário padronizado, onde os doentes foram avaliados quanto à intensidade



<b>Tabela 1. Dados demográficos e características clínicas</b>			
	<b>NDCPC (n = 81)</b>	<b>DCPC (n = 20)</b>	<b>p</b>
Idade (média ± DP)	58,12 ± 15,971	55,95 ± 11,501	0,569
Género (n, %)			0,026
Masculino	77 (95%)	16 (80%)	
Feminino	4 (5%)	4 (20%)	
Dor pré-operatória (n, %)			0,001
Não	65 (80%)	8 (40%)	
No local da hérnia	13 (16%)	8 (40%)	
Dor crónica não relacionada com a hérnia	3 (4%)	4 (20%)	
Patologia psiquiátrica (n, %)	16 (20%)	9 (45%)	0,019
Lateralidade (n, %)			0,076
Direita	38 (47%)	5 (25%)	
Esquerda	30 (37%)	13 (65%)	
Bilateral	13 (16%)	2 (10%)	
Tipo de cirurgia (n, %)			0,184
Lichtenstein	62 (77%)	18 (90%)	
Rutkow-Robbins	19 (24%)	2 (10%)	
Técnica anestésica (n, %)			0,001
Anestesia geral balanceada	25 (31%)	14 (70%)	
Bloqueio subaracnoideu	56 (69%)	6 (30%)	
Técnica analgésica pós-operatória (n, %)			0,701
Com AINE	75 (93%)	18 (90%)	
Inflamação entre os 7.º e 10.º dias (n, %)	19 (24%)	9 (45%)	0,054

DP: desvio-padrão; NDCPC: não desenvolvimento de DCPC; DCPC: dor crónica pós-cirúrgica; AINE: anti-inflamatórios não-esteroides.

(utilizando a escala numérica), caráter e frequência do desconforto causado pela sua dor. O impacto negativo da dor no quotidiano foi também foi avaliado. Os dados foram analisados usando a versão de *software* SPSS 24. O teste de *T-student* foi utilizado para amostras independentes na existência de variável paramétrica, e o teste do qui-quadrado usado quando variável não-paramétrica.

## Resultados

Um total de 110 doentes foram analisados. Destes, tivemos nove *drop-outs* (quatro doentes

sem acompanhamento; três doentes não atenderam a chamada aos seis meses; um doente com recorrência da hérnia inguinal; um doente com tumor na região inguinal).

Dos 101 doentes incluídos, 20% desenvolveram o DCPC e 80% não desenvolveram DCPC (definida como NDCPC). A idade média foi de  $57,7 \pm 15,2$  anos; 93% dos doentes eram do sexo masculino e 7% do sexo feminino. Quanto às comorbilidades, 25% apresentavam ansiedade e/ou depressão e 28% apresentavam dor pré-operatória: 21% apresentavam dor local e 7% apresentavam dor crónica relacionada com outras patologias. Em 79% dos casos, a correção

<b>Tabela 2. Intensidade da dor (escala numérica) às 24 horas e ao 7.º dia</b>			
	<b>NDCPC (n, %)</b>	<b>DCPC (n, %)</b>	<b>p</b>
<b>Dor após 24 horas</b>			
Sem dor (EN 0)	38 (47%)	10 (50%)	0,475
Dor controlada (EN 1-3)	37 (46%)	7 (35%)	
Dor não controlada (EN > 3)	6 (7%)	3 (15%)	
<b>Dor ao 7.º dia</b>			
Sem dor (EN 0)	69 (85%)	12 (60%)	< 0,001
Dor controlada (EN 1-3)	11 (14%)	3 (15%)	
Dor não controlada (EN > 3)	1 (1%)	5 (25%)	

NDCPC: não desenvolvimento de DCPC; DCPC: dor crónica pós-cirúrgica; EN: escala numérica.

da hérnia foi feita pela técnica de Lichtenstein e em 21% pela abordagem de Rutkow-Robbins. Nenhum doente foi submetido a hernioplastia laparoscópica. Quanto ao tipo de anestesia, o bloqueio subaracnoideu foi realizado em 61% dos doentes e a anestesia geral nos restantes 39%. Os doentes em cada grupo receberam os mesmos medicamentos anestésicos (anestesia geral – propofol, fentanil e sevoflurano; bloqueio subaracnoideu – bupivacaína pesada intratecal e sufentanil). No grupo que desenvolveu DCPC houve uma associação estatisticamente significativa com o género feminino, existência prévia de dor, existência de patologia psiquiátrica e anestesia geral (Tabela 1). Em 92% dos doentes, foi prescrito um AINE. Não observámos diferença estatisticamente significativa na incidência de DCPC entre os doentes que receberam AINE vs. os que não receberam AINE.

A presença de inflamação no local cirúrgico entre os 7.º e 10.º dias do pós-operatório ocorreu em 28% dos doentes. Não houve diferença estatisticamente significativa com o desenvolvimento de DCPC ( $p = 0,054$ ) (OR: 2670; IC 95%: 0,963-7,403), mas esta relação implicou, no entanto, um aumento do risco relativo de desenvolver DCPC em 91%, o que se traduz num resultado clinicamente importante. Numa análise realizada *post hoc*, no grupo submetido a hernioplastia pela técnica de Lichtenstein, a presença de inflamação esteve relacionada com um maior risco de desenvolver DCPC (37,5% no grupo com inflamação vs. 16,1% no grupo sem inflamação,  $p = 0,035$ ).

Em termos de controlo da dor, houve uma associação estatisticamente significativa entre a dor não controlada – considerada como dor na escala numérica (EN) com intensidade > 3 – no

7.º dia pós-operatório e o desenvolvimento do DCPC (Tabela 2). Foi feita uma regressão linear múltipla pelo método *Stepwise* para calcular a incidência da dor crónica baseada nos fatores preditivos encontrados. Uma equação significativa de regressão foi encontrada ( $F [3,97] = 12,261$ ,  $p < 0,001$ ), com  $R^2$  de 0,253. Os fatores dor crónica pré-operatória (noutro local que não o cirúrgico), anestesia geral e género feminino mantiveram-se associados ao desenvolvimento de DCPC. Nos doentes que desenvolveram DCPC, a intensidade média da dor aos seis meses foi de  $6 \pm 2$  na EN, em que 55% dos doentes apresentaram intensidade de dor de quatro a seis na EN (dor moderada) e 35% apresentaram intensidade de dor de sete a dez na EN (dor intensa) (Tabela 3). A descrição das características do DCPC foi variável e foi mais frequentemente referida como «moinha» (Tabela 3).

## Discussão

De acordo com registos e meta-análises encontradas, 18% dos doentes podem vir a sofrer de DCPC após uma hernioplastia inguinal, resultado não muito distante da nossa taxa de incidência de 20%<sup>1</sup>. Apesar da prevalência do componente neuropático diferir entre os procedimentos cirúrgicos (dependendo da probabilidade de lesão nervosa iatrogénica e da ferramenta utilizada para avaliar a sua presença), num grande número de doentes, a DCPC assemelha-se à dor neuropática<sup>11</sup>. Este conceito é, desde há muito tempo, suportado pelo facto de cirurgias que comportam grande lesão nervosa, tais como as amputações, terem associadas uma grande incidência de dor do tipo neuropático. A deteção

<b>Tabela 3. Intensidade e descritivos da DCPC</b>	
<b>Dor crónica após 6 meses n = 20 (20%)</b>	
Intensidade da dor (média ± DP)	6 ± 2
Ligeira (EN 1-3)	2 (10%)
Moderada (EN 4-6)	11 (55%)
Severa (EN 7-10)	7 (35%)
<b>Caraterísticas descritivas (n, %)</b>	
Moinha	9 (45%)
Facada	6 (30%)
Ardor	2 (10%)
Choque	1 (5%)
Mordida	1 (5%)
DP: desvio-padrão; EN: escala numérica.	

de dor neuropática é relevante, não só por esta estar associada a uma maior intensidade da dor e impacto na qualidade de vida, mas por exigir uma abordagem terapêutica específica. No entanto, ainda há muita discussão sobre a natureza da DCPC, o que é suportado pelo facto de que um número considerável destes doentes apresenta apenas componentes de dor nociceptiva, como o nosso trabalho revelou. Num subgrupo de doentes, uma resposta inflamatória prolongada como aquela provocada pelas próteses sintéticas, poderá contribuir para uma dor mantida do tipo inflamatório, o que revela um mecanismo fisiopatológico complexo e ainda não totalmente esclarecido para a DCPC<sup>11</sup>.

### Objetivo primário

A DCPC envolve uma reação inflamatória, e a sua não-resolução pode representar um fator importante na gravidade da dor. O estado pró-inflamatório sistémico pode ser considerado como um fator de vulnerabilidade, correspondendo à teoria de que as modificações no equilíbrio pró-inflamatório/anti-inflamatório podem favorecer o desenvolvimento de dor crónica. Um estudo que caracterizou neurofisiologicamente a dor pós-herniotomia concluiu que esta podia resultar da lesão nervosa intraoperatória e/ou da persistência da inflamação/resposta à prótese colocada, com subsequente lesão das estruturas nervosas. A existência de inflamação e lesão neuronal, pela colocação da prótese ou por outro mecanismo, poderá ser mais um fator contributivo, e a sua não-resolução parece ser determinante na persistência da dor após a cirurgia. A inflamação peri-

férica e a inflamação neuronal influenciam a via excitatória e a via inibitória da dor, desempenhando um importante papel na hiperalgesia e na sensibilização periférica e central. Deste modo, os processos inflamatórios são alvos interessantes de investigação para a estratificação precoce do risco, e tratamento atempado dos doentes com maior probabilidade de virem a desenvolver DCPC<sup>10</sup>. No nosso trabalho, não se verificou uma relação estatisticamente significativa entre a inflamação tecidual (entre os 7.º e 10.º dias de pós-operatório) e o desenvolvimento de DCPC ( $p > 0,05$ ) (OR: 2,670; IC 95%: 0,963-7,403), mas esta relação implicou um aumento do risco relativo de desenvolvimento de dor crónica de 91%, algo que traduz um resultado clinicamente muito importante. Alguns estudos não relataram diferenças estatisticamente significativas na DCPC entre a cirurgia pela abordagem de Lichtenstein vs. abordagem de Rutkow-Robbins, tal como o nosso trabalho também sugere quando analisamos a totalidade dos doentes. No entanto, um estudo concluiu previamente que a técnica de Lichtenstein induz uma maior resposta inflamatória em comparação com o reparo convencional pela técnica de Bassini<sup>13</sup>. No nosso trabalho, a presença de inflamação no grupo submetido a hernioplastia pela abordagem de Lichtenstein esteve associada a um maior risco de desenvolver DCPC.

Tanto quanto podemos dizer, nenhum estudo analisou previamente esta relação. Uma vez que a inflamação é um parâmetro facilmente avaliado, seria uma característica interessante ser analisada em trabalhos futuros. No 7.º dia pós-operatório, nenhum dos doentes ainda fazia a terapia analgésica prescrita para ambulatório. Uma

eventual associação entre a inflamação (numa altura tão precoce quanto o 7.º dia) e o desenvolvimento de DCPC implica uma apertada vigilância destes doentes no futuro, e até uma possível mudança de hábitos de prescrição medicamentosa, no sentido de prevenir esta ocorrência.

### **Objetivos secundários**

A análise estatística dos dados identificou três fatores de risco para o desenvolvimento de dor crônica pós-cirúrgica: género feminino, existência de dor crônica pré-operatória (noutro local que não o cirúrgico) e o tipo de anestesia realizada.

### **Género feminino**

Verificámos uma associação estatisticamente significativa entre o género feminino e o risco de desenvolvimento de DCPC ( $p = 0,027$ ). Estes dados vão de encontro ao já descrito noutros estudos: as mulheres apresentam maior intensidade de dor pós-operatória do que os homens<sup>11</sup>, e uma maior incidência de todos os tipos de dor crônica no geral, algo que pode estar relacionado com a modulação do processamento nociceptivo provocada pelo estrogénio<sup>7</sup>.

### **Dor crônica pré-operatória**

Tal como se encontra descrito na literatura, no nosso trabalho a dor crônica pré-operatória (não relacionada com a hérnia) foi um fator de risco independente para o desenvolvimento de DCPC. A presença de dor pré-operatória parece também ser um fator de risco para o desenvolvimento de dor aguda pós-operatória precoce. Uma explicação para o fenómeno é a ligação entre a dor existente e a sensibilização para a dor subsequente. Um tema ainda pouco trabalhado e interessante de analisar no futuro seria o controlo da dor pré-operatória na prevenção e redução da incidência, tanto de dor aguda pós-operatória, como de dor crônica pós-cirúrgica<sup>14</sup>.

### **Tipo de anestesia**

Relativamente ao tipo de anestesia, existem dados retrospectivos para as cirurgias de histerectomia e cesariana que mostram um efeito protetor da anestesia do neuroeixo em relação à anestesia geral, com redução do risco relativo de desenvolvimento de DCPC na faixa dos 50%. No entanto, outros trabalhos mostraram que na cirurgia da hérnia inguinal a anestesia local teve resultados superiores à anestesia do neuroeixo, com os doentes a apresentarem menor taxa de complicações e menor tempo de internamento.

Alguns benefícios e o menor custo associado à anestesia local levam muitas vezes ao seu uso na cirurgia de hérnia<sup>7</sup>.

Este parece ser o primeiro estudo a investigar o efeito da inflamação local no desenvolvimento de DCPC.

Os nossos dados corroboram o que já foi amplamente descrito noutros trabalhos: género feminino, existência de dor crônica pré-operatória e anestesia geral parecem estar relacionados com o desenvolvimento de DCPC.

No nosso trabalho, a dor às 24 horas encontrava-se aparentemente controlada em 91% dos doentes com o regime analgésico prescrito. A dor não controlada no 7.º dia foi de apenas 6%, mas esteve estatisticamente associada ao desenvolvimento de DCPC. O controlo da dor às 24 horas não significa que esta permanecerá controlada nos dias seguintes, e isso pode ser um fator decisivo para o desenvolvimento de DCPC. De acordo com alguns autores<sup>15</sup>, o pico de incidência da dor não controlada, em doentes sob AINE, é às 24 horas. Não conhecemos a intensidade da dor dos nossos doentes entre as 24 horas e o 7.º dia, e o questionário utilizado para avaliar a DCPC também não foi validado externamente, sendo estas algumas das limitações do nosso trabalho.

Este é um estudo observacional, e para avaliar verdadeiramente o impacto do regime terapêutico na inflamação e no desenvolvimento de DCPC é preferível um estudo aleatorizado e controlado. Propomos, assim, para uma investigação futura: se um curto prolongamento do regime analgésico com um AINE no grupo que desenvolve inflamação local se traduzirá numa redução da taxa de inflamação no local cirúrgico, de dor não controlada ao 7.º dia e em menor incidência de DCPC.

### **Conclusões**

A identificação perioperatória dos doentes com elevado risco de desenvolver DCPC é um grande objetivo para o futuro. A patogénese e relação temporal entre a inflamação e o desenvolvimento de dor crônica após hernioplastia inguinal estão ainda por esclarecer. O nosso estudo sugere que a inflamação no local cirúrgico tende a aumentar o risco relativo de desenvolvimento de dor crônica em 91%. O controlo perioperatório eficaz da dor, a par da anestesia regional, parece ser importante na prevenção da DCPC. Antes da alta hospitalar, a adesão ao regime terapêutico deve ser focada, pois os doentes com controlo ineficaz ou subótimo da dor pós-operatória parecem ter uma maior incidência de DCPC. O estudo destes fatores vai possibilitar o desenvolvimento de estratégias preventivas eficazes e evitar tratamentos com efeitos colaterais nocivos para os doentes que não estão em risco de desenvolver DCPC.

## Bibliografia

1. Reinpold W. Risk factors of chronic pain after inguinal hernia repair: a systematic review. *Innov Surg Sci.* 2017;2(2):61-8.
2. Lavand'homme P. Transition from acute to chronic pain after surgery. *Pain.* 2017;158(Suppl 1):S50-S54.
3. Bjurstrom MF, Nicol AL, Amid PK, Chen DC. Pain control following inguinal herniorrhaphy: current perspectives. *J Pain Res.* 2014;7:277-90.
4. Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M, et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia.* 2009;13(4):343-403.
5. Bay-Nielsen M, Perkins FM, Kehlet H. Pain and functional impairment 1 year after inguinal herniorrhaphy: a nationwide questionnaire study. *Ann Surg.* 2001;233(1):1-7.
6. Reinpold WM, Nehls J, Eggert A. Nerve management and chronic pain after open inguinal hernia repair. *Ann Surg.* 2011;254(1):163-8.
7. Schug S, Pogatzki-Zahn EM. Chronic Pain after Surgery or Injury. *Pain: Clinical Updates.* 2011;19(1). Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsletterIssue.aspx?ItemNumber=2080>. Acesso a 21 de Abril de 2017.
8. Aasvang EK, Gmaehle E, Hansen JB, et al. Predictive risk factors for persistent postherniotomy pain. *Anesthesiology.* 2010;112(4):957-69.
9. Staff NP, Engelstad J, Klein CJ, et al. Post-surgical inflammatory neuropathy. *Brain.* 2010;133(10):2866-80.
10. Bugada D, Lavand'homme P, Ambrosoli AL, et al. Effect of Preoperative Inflammatory Status and Comorbidities on Pain Resolution and Persistent Postsurgical Pain after Inguinal Hernia Repair. *Mediators Inflamm.* 2016; 2016:5830347.
11. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet.* 2006;367(9522):1618-25.
12. Aasvang EK, Brandsborg B, Christensen B, Jensen TS, Kehlet H. Neurophysiological characterization of postherniotomy pain. *Pain.* 2008;137(1):173-81.
13. Di Vita G, Milano S, Frazzetta M, et al. Tension-free hernia repair is associated with an increase in inflammatory response markers against the mesh. *Am J Surg.* 2000;180(3):203-7.
14. Treede RD, Rief W, Barke A, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain.* 2015;156:1003-7.
15. Bugada D, Lavand'homme P, Ambrosoli AL, et al. Effect of postoperative analgesia on acute and persistent postherniotomy pain: a randomized study. *J Clin Anesth.* 2015;27(8):658-64.

# Anestesia Regional na Síndrome de Dor Regional Complexa

Joana Azevedo

## Resumo

**Introdução:** A síndrome de dor regional complexa (SDRC) é uma das entidades de dor crónica mais desafiantes para os médicos e doentes e pode ser associada a um curso prolongado de dor intensa e disfunção psicossocial<sup>1,2,3</sup>. **Objetivo:** Fazer uma revisão dos artigos publicados nos últimos 15 anos, no âmbito da SDRC e técnicas de anestesia regional para o seu controlo. **Material e métodos:** Foram consultados artigos desde o ano 2000, na base de dados Pubmed, utilizando as seguintes palavras-chave: *complex regional pain syndrome, peripheral nerve block, interventional therapy*. **Resultados:** Da bibliografia encontrada, foram selecionados oito artigos. Não foram encontradas revisões ou ensaios clínicos, apenas relatos de casos individuais onde se aplicou a técnica. **Discussão/conclusão:** São necessários mais estudos para poder ser avaliada a eficácia da utilização da anestesia regional nesta síndrome. Contudo, na bibliografia analisada os resultados apresentam-se como favoráveis.

**Palavras-chave:** Síndrome de dor regional complexa. Bloqueio de nervos periféricos. Terapia intervencional.

## Abstract

**Introduction:** Complex regional pain syndrome (CRPS) is one of the most challenging pain conditions for physicians and patients and may be associated with a prolonged course of severe pain and psychosocial dysfunction<sup>1,2,3</sup>. **Objectives:** To review the articles published in the last 15 years under CRPS and regional anesthesia techniques for its control. **Material and methods:** Were consulted articles from the year 2000 in the Pubmed database, using the following keywords: *complex regional pain syndrome, peripheral nerve block, interventional therapy*. **Results:** from the bibliography found, 8 articles were selected. No reviews or clinical trials were found, only reports of individual cases where the technique was applied. **Discussion/conclusion:** Further studies are needed to assess the efficacy of regional anesthesia in this syndrome. However, in the analyzed bibliography the results are favorable. (Dor. 2017;25(4):31-34)

*Corresponding author: Joana Filipa Raminhos, joana.raminhos@gmail.com*

**Key words:** Complex regional pain syndrome. Peripheral nerve block. Interventional therapy.

## Introdução

A síndrome de dor regional complexa (SDRC) é uma das entidades de dor crónica mais desafiante para os médicos e doentes, e pode ser associada a uma evolução prolongada de dor intensa e disfunção psicossocial<sup>1,2,3</sup>.

## Objetivos

Fazer uma revisão dos artigos publicados nos últimos 15 anos no âmbito da SDRC e técnicas de anestesia regional, nomeadamente bloqueio de nervo periférico, para o seu controlo.

## Material e métodos

Foram consultados artigos desde o ano 2000, na base de dados Pubmed, utilizando as seguintes palavras-chave: *complex regional pain syndrome, peripheral nerve block, interventional therapy*.

## Resultados

A SDRC possui características autonómicas e inflamatórias, sendo caracterizada por dor regional

Interna de Formação Específica em Anestesiologia  
Centro Hospitalar de Setúbal  
Setúbal  
E-mail: joana.raminhos@gmail.com



**Tabela 1. Sinais e sintomas**

<b>Sensitivo</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dor tipo queimadura, desproporcional ao evento desencadeante, que agrava com o membro pendente</li> <li>2. Dor evocada ao estímulo (alodinia e hiperalgesia)</li> <li>3. Sintomas mais graves distalmente e sem relação à inervação de um nervo específico</li> </ol>
<b>Autonómico</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alteração da temperatura da pele</li> <li>2. Edema</li> <li>3. Aumento ou diminuição da sudorese</li> <li>4. Alterações vasomotoras</li> </ol>
<b>Trófico</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Crescimento anormal das unhas</li> <li>2. Crescimento anormal do cabelo/pelo</li> <li>3. Fibrose</li> <li>4. Pele fina e translúcida</li> <li>5. Osteoporose</li> </ol>
<b>Motor</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fraqueza</li> <li>2. Distonia</li> </ol>

*Adaptada de Martin, et al., 2013<sup>5</sup>.*

espontânea e evocada, habitualmente com início numa extremidade distal<sup>4</sup>.

Ocorre de forma aguda em 7% dos doentes com fraturas ou cirurgias de membros e outras lesões<sup>4</sup>. O cenário mais habitual é a ocorrência de um evento traumático inicial, mas com manutenção e agravamento progressivo da dor associada, apesar da recuperação da lesão original. A disfunção simpática torna-se aparente com alteração na cor da pele, temperatura, crescimento do cabelo e das unhas e sudorese anormal<sup>3</sup>.

A história inespecífica de lesão *minor* geralmente é o prelúdio para o desenvolvimento de SDRC I. Na SDRC II, pelo contrário, existe a descrição de lesão de nervo bem documentada, acompanhada pela manifestação clínica da dor e disfunção simpática<sup>3</sup>.

Segundo alguns autores, a incidência de SDRC I é de 5,46 por 100.000 pessoas/ano de risco e uma prevalência de 20,57 por 100.000 pessoas/ano. A relação entre mulheres e homens é de 4:1, e 46 anos a idade média em que se inicia. O membro superior é afetado duas vezes mais que o membro inferior. Todos os casos relatam algum tipo de evento antecedente e a fratura é o *trigger* mais comum (46%)<sup>3</sup>.

Na tabela 1 encontram-se os sinais e sintomas mais comuns desta condição.

A dor crónica na SDRC I e II pode ser espontânea ou induzida pelo toque leve (alodinia) e exagerada pela estimulação álgica (hiperalgesia). Existem edema e alterações vasomotoras e sudomotoras na região da dor desde o evento inicial<sup>3</sup>.

Muitos casos resolvem no primeiro ano, com um menor grupo a progredir para a cronicidade. A história natural da SDRC geralmente é considerada em três estágios. No estágio agudo, predominam a dor neuropática e a disfunção

vasomotora (com edema e sudorese); no estágio distrófico (após três a seis meses de progressão da doença), os fenómenos motores e tróficos intensificam-se, paralelamente ao agravamento da dor; por fim, no estágio atrófico, a intensidade da dor diminui mas os distúrbios tróficos e motores persistem<sup>4,6</sup>.

Não existe um *gold-standard* para a confirmação de SDRC por nenhum exame específico. A cintigrafia óssea pode fornecer informações importantes para as alterações ósseas comuns na SDRC<sup>3</sup>.

A fisiopatologia não é completamente compreendida, mas pensa-se que seja mediada pela disfunção local da atividade simpática e disfunção do sistema nervoso autónomo<sup>5</sup>. Vários mecanismos periféricos e centrais parecem estar envolvidos, nomeadamente: sensibilização periférica e central, mudanças autonómicas e simpáticas, alterações inflamatórias e imunes, alterações cerebrais e fatores genéticos e psicológicos<sup>4</sup>.

O tratamento é difícil, com a falência de múltiplos regimes farmacológicos. As modalidades terapêuticas mais frequentemente utilizadas variam desde o tratamento farmacológico (anti-convulsivantes, antidepressivos tricíclicos, opioides) até procedimentos invasivos (bloqueios nervosos periféricos, bloqueios simpáticos, estimuladores da medula espinhal, estimuladores de nervos periféricos e neurólise permanente)<sup>7</sup>.

As técnicas anestésicas regionais, incluindo o bloqueio neuraxial, bloqueio simpático, bloqueio Bier ou cateteres nervosos periféricos têm sido utilizados com diferentes graus de sucesso, destacando-se cateteres a nível do plexo braquial e a infusão contínua de anestésico local<sup>7,8</sup>.

Não existem muitos dados na literatura sobre a utilização de técnicas anestésicas/analgésicas

regionais no tratamento da SDRC. Não foram encontradas revisões da literatura nem ensaios clínicos. Os dados existentes dizem respeito a casos clínicos onde esta técnica foi utilizada.

Tanto o bloqueio de nervo periférico isolado como a cetamina em monoterapia foram utilizados, com sucesso, no tratamento da SDRC<sup>2</sup>.

Nos casos analisados, o bloqueio de nervo periférico foi utilizado após falência das modalidades terapêuticas convencionais. Esta técnica foi utilizada tanto em adultos como em crianças.

Num dos casos, o doente foi submetido à colocação de um cateter interescalênico durante uma semana, para produzir um bloqueio contínuo do plexo braquial, procurando controlar a dor. As sessões de reabilitação foram iniciadas concomitantemente (com o objetivo de ganhar amplitude de movimento da articulação) e continuaram durante duas a três semanas após a remoção do cateter. Foi utilizada uma perfusão de bupivacaína 0,0625% a 5 mL/hora (com um valor máximo de 18 mL/hora, se necessário). Poderia ser usada uma concentração de 0,125% se houvesse insucesso da primeira. O objetivo era usar um anestésico local em baixa dose para bloquear as fibras C. A velocidade de perfusão basal foi progressivamente reduzida ao longo da semana. No entanto, sendo ocasionalmente aumentada antes da reabilitação para torná-la menos dolorosa<sup>6</sup>.

Noutro caso, foi colocado um cateter do nervo ciático, com uma perfusão contínua de ropivacaína a 0,2% a 10 mL/hora, com uma dose de *bolus*, controlada pela doente, de 3 mL a cada 20 minutos, associada a uma infusão de cetamina endovenosa a 0,1 mg/kg/h. A doente manteve-se sem queixas algícas durante três dias com uma infusão de cetamina 0,6 mg/kg/h e uma infusão de ropivacaína a 0,2% a 10 mL/h<sup>2</sup>.

Outro caso dizia respeito a uma doente que desenvolveu o SDRC tipo II, após trauma do nervo radial superficial<sup>7</sup>.

Num outro relato, uma doente foi diagnosticada com SDRC tipo II e submetida a um procedimento cirúrgico para a lesão inicial, uma lesão traumática do pé direito. Oito semanas após a cirurgia, os sintomas de alodinia, hiperestesia e dor reapareceram. A doente foi então submetida a um bloqueio contínuo de nervo periférico. As pontuações de dor analógica visual (VAS) antes da colocação do cateter (escala de 0-10) foram relatadas como 7 em repouso e 10 em movimento. Trinta minutos após a colocação do cateter a nível do nervo peroneal superficial e a injeção de anestésico local, a doente relatou um VAS de 0<sup>8</sup>.

Segundo Martin, et al. (2013), utilizou-se pela primeira vez a colocação de múltiplos cateteres nervosos periféricos no tratamento da SDRC tipo I, em pediatria, numa doente com 10 anos e 42 kg, com SDRC tipo I no pé esquerdo e cotovelo direito provocados por eventos traumáticos separados. A lesão no cotovelo

ocorreu um mês antes da admissão e no pé três meses antes. Após múltiplas intervenções terapêuticas falhadas, foi colocado um cateter de nervo periférico supraclavicular, com apoio ecográfico. Iniciou-se uma perfusão contínua de ropivacaína a 0,1% a 6 mL/hora após um *bolus* de 10 mL de ropivacaína a 0,2%. Nove dias após a remoção deste cateter, foram colocados dois cateteres no membro inferior, um ciático e outro femoral, também com apoio ecográfico. Foi iniciada uma perfusão contínua de ropivacaína 0,1% (6 mL/hora femoral e 9 mL/hora ciático)<sup>5</sup>.

## Discussão/Conclusão

São necessários mais estudos para poder ser avaliada a eficácia da utilização da anestesia regional nesta síndrome. Contudo, a bibliografia encontrada e analisada demonstra existirem resultados favoráveis.

Uma vantagem adicional, quando comparado com o bloqueio simpático lombar ou um bloqueio Bier, é que um cateter de nervo periférico permite a perfusão contínua de um anestésico local durante dias, facilitando a realização de fisioterapia, crucial para a recuperação destes doentes. Os cateteres nervosos periféricos oferecem a vantagem sobre as perfusões epidurais contínuas, pois podem ser aplicáveis na patologia das extremidades superiores, oferecerem anestesia unilateral, bloqueio simpático limitado e localizado, e não afetarem a função da bexiga ou do intestino<sup>5</sup>.

A colocação de cateteres de nervo periférico com perfusão contínua tem aumentado na população adulta, como técnica analgésica principal nos procedimentos cirúrgicos das extremidades superiores e inferiores. A sua execução em segurança é garantida pela utilização da ecografia. Embora com menor frequência, estas técnicas também são utilizadas na população pediátrica como um meio efetivo de controlo da dor pós-operatória<sup>5</sup>.

Foi proposto que a ativação excessiva do complexo recetor N-metil-D-Aspartato (NMDA) podia estar envolvida no desenvolvimento da SDRC. A cetamina é um potente antagonista do recetor NMDA, e tem sido utilizada no tratamento da dor crónica e aguda. Ambas as vias central e periférica estão provavelmente envolvidas na patogénese da SDRC, reconhecendo-se o papel da hiperexcitabilidade central e a desregulação autonómica periférica. A combinação da cetamina e do cateter de nervo periférico pode ter efeitos sinérgicos<sup>2</sup>.

Quando a resposta terapêutica aos bloqueios nervosos falha, deve-se considerar intervenções terapêuticas mais avançadas, como a estimulação de nervo periférico, estimulação medular, bombas de infusão espinhal implantáveis e a estimulação cerebral profunda<sup>3</sup>.

## Bibliografia

1. Pasupuleti MD, Jacobs S. Infraclavicular brachial plexus block and infusion for treatment of long-standing complex regional syndrome type 1: A case report. *Pain Physician*. 2004;7(2):265-8.
2. Everett A, Mclean B, Plunkett A, Buckenmaier C. A unique presentation of complex regional pain syndrome type I treated with a continuous sciatic peripheral nerve block and parenteral ketamine infusion: A case report. *Pain Med*. 2009;10(6):1136-9.
3. Hsu ES. Practical management of complex regional pain syndrome. *American Journal of Therapeutics*. 2009;16(2):147-54.
4. Bruehl S. Complex regional pain syndrome. *BMJ*. 2015;351:h2730.
5. Martin DP, Bhalla T, Rehman S, Tobias JD. Successive multisite peripheral nerve catheters for treatment of complex regional pain syndrome type I. *Pediatrics*. 2013;131(1):e323-6.
6. Detaille V, Busnel F, Ravary H, Jacquot A, Katz D, Allano G. Use of continuous interscalene brachial plexus block and rehabilitation to treat complex regional pain syndrome of the shoulder. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2010;53(6-7):406-16.
7. Henshaw DS, Kittner SL, Jaffe JD. Ultrasound-guided continuous superficial radial nerve block for complex regional pain syndrome. *Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy*. 2016;30(2):118-23.
8. Jaffe JD, Henshaw DS, Nagle PC. Ultrasound-guided continuous superficial peroneal nerve block below the knee for the treatment of nerve injury. *Pain Pract*. 2013;13(7):572-5.