

Mensagem da Presidente	3
Editorial	5
Conferência Inaugural	6
Bloqueio do Nervo Supraorbitário: uma Boa Alternativa Anestésica para Exérese de Lesão Frontal	10
Articulação do Psicodrama com a Musicoterapia na Intervenção da Dor Crónica no Centro Multidisciplinar Dor Beatriz Craveiro Lopes	13
Hiperalgisia Induzida pelos Opioides: Mito ou Realidade?	18
O Averso e o Direito no Doente Oncológico	22



Director da revista

Sílvia Vaz Serra

Editores

Eunice Silva

Sara Santos

Teresa Fontinhas

Mensagem da Presidente Ana Pedro	3
Editorial Sílvia Vaz Serra	5
Conferência Inaugural Dr. José Luís Portela	6
Bloqueio do Nervo Supraorbitário: uma Boa Alternativa Anestésica para Exérese de Lesão Frontal Cláudia Antunes, Sara Ferreira, Ana Coutinho e Joana Magalhães	10
Articulação do Psicodrama com a Musicoterapia na Intervenção da Dor Crónica no Centro Multidisciplinar Dor Beatriz Craveiro Lopes Cristina Catana, Alexandra Reis e Gil Henriques	13
Hiperalgisia induzida pelos opioides: mito ou realidade? Rita Inácio e Janete de Jesus	18
O Avesso e o Direito no Doente Oncológico João Santana Lopes	22

Ilustração da capa: Ana Couceiro, Pintura faceless.



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.

Currículo do autora da capa

Ana Couceiro, médica, nasceu em Abrantes e reside em Coimbra. Iniciou a sua atividade como artista plástica em 1998, frequentando desde então cursos livres de desenho e pintura em regime pós-laboral. Participou, desde 1998, em exposições individuais e coletivas em Portugal e no estrangeiro (Espanha, França, Itália, Brasil, EUA). É sócia da Sociedade Portuguesa de Escritores e Artistas Médicos (SOPEAM), da Galeria de Arte do Auto-Club Médico Português (ACMP) e da Sociedade Nacional de Belas Artes (SNBA). Está representada em coleções particulares e oficiais. Participou em feiras internacionais de arte: Artexpo New York 2008, 2009 e 2010; Feira Puro Arte Vigo 2008; Feria Mercado de Los Artistas 2009, em Madrid; e FIARTE-Arteuropa 2011, em Coimbra. Finalista do Arte Laguna Prize 2015, Veneza. Finalista da Artmap Poetry in visual 2015, em Aveiro. 1.º Prémio de pintura Mário Botas (SOPEAM), em 2003.

Menção Honrosa no Concurso de Pintura da Ordem dos Médicos da Zona Centro, integrado no II Encontro "Ser Médico", Outubro de 2003. 1.º Prémio no concurso organizado pelo grupo Sonae para a representação de Coimbra na CowParade em Lisboa. Pintura ao vivo de modelo tridimensional, intitulado "Coimbra, Cidade do Conhecimento", exposto em Lisboa, de maio até finais de agosto de 2006, com leilão que reverteu para causas sociais. Ilustração da capa do livro "Ser médico, ser solidário", editado pelo Sindicato dos Médicos da Zona Centro, em 2006. Ilustração das capas de vários números da revista DOR – Órgão de Expressão Oficial da APED (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor). Representada no Guia d'Arte 2009, editado pela Artes e Leilões e em livros de arte nacionais e internacionais. Além da pintura, executa escultura em *papier mâché* e gosta de experimentar técnicas de artes plásticas com materiais variados e plasticidade particular.



PERMANYER PORTUGAL
www.permanyer.com

© 2018 Permanyer Portugal

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

ISSN: 1647-3299

Dep. Legal: B-17364/2000

Ref.: 4461AP184



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.

Mensagem da Presidente

Ana Pedro

2019 – UM ANO DE SONHOS CONCRETIZADOS

“If you can dream it. You can do it.” Walt Disney

E assim tem sido! 2019 foi um ano de muitos sonhos concretizados e novos projetos para a APED. Quanto a 2020, não obstante os múltiplos desafios que nos tem apresentado, tem sido também o impulsionador da evolução dos nossos sonhos.

As circunstâncias atuais obrigaram a uma pausa, essencial e necessária, para o crescimento de projetos e a preparação da evolução da revista Dor.

Em 2019 reforçámos a nossa presença e colaboração nas atividades da IASP e do Ano Global. Tivemos a nosso cargo a **tradução das Fact Sheets do Ano Global**, participámos em diferentes reuniões e colaborações e fizemos parte do lançamento da **plataforma nacional SIP. PORTUGAL (SIP.PT)**, que, sendo constituída por representantes nacionais de organizações, sociedades científicas e associações de doentes, tem por missão: reduzir o impacto social da dor crónica nos portugueses.

De igual modo, temos **reforçado a nossa colaboração com a EFIC**, estabelecendo **novos benefícios para os nossos sócios** e proporcionando **maior intercâmbio de conhecimento e de materiais** de sensibilização para a prevenção e tratamento da Dor. Esse intercâmbio permitiu a presença da nossa **Exposição “Deseñhos da Minha Dor”**, no Congresso da EFIC em Valência, construída com base no livro homólogo que editámos também neste ano, bem como a participação de diversos elementos da APED nesses eventos.

Paralelamente, **reforçámos a nossa presença e participação** nos congressos internacionais, onde destacamos para além do Congresso da EFIC, **o Sociedade Espanhola de Dor (SED) 2019, Congresso Brasileiro de Dor (CBDor) 2019, Reunião Iberoamericana de Dor (RIAD)**.

No cenário nacional reforçámos o nosso apoio na promoção de eventos e atividades de asso-

ciações de doentes e associações de profissionais de saúde ligadas à dor, bem como aumentámos a nossa presença editorial nos meios de comunicação social generalistas e da especialidade, dando cada vez mais voz à nossa missão. Das muitas ações que promovemos e apoiámos destacamos, por exemplo, As Jornadas Astor; as XIII Jornadas da Dor sob o tema “Sinergias em Dor Crónica”, organizadas pelo Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E. e o 1st Minis-pine Meeting organizado pela Cruz Vermelha. No apoio de iniciativas de associações de doentes, estivemos presentes no aniversário da Associação Portuguesa de Fibromialgia (APJOF) e apoiámos a divulgação do livro da associação Força 3P, entre tantos outros.

Na celebração do nosso XXVIII aniversário, realizámos o *workshop* **“Opioides em Populações Vulneráveis”** e o **7º Encontro Nacional das Unidades de Dor**.

Entregámos as **Bolsas de formação APED 2018** e os **Prémios da Revista Dor 2016 e 2017**, tanto na área clínica como de ciências básicas.

No **7º Encontro Nacional das Unidades de Dor**, foram discutidas as opiniões e gerado consenso dos participantes, relativamente ao documento que expressa a posição da APED, com várias recomendações dirigidas aos profissionais de saúde, acerca da utilização de canabinoides em Dor Crónica. O documento produzido será o primeiro artigo da revista Dor em formato digital.

Com o intuito de promovermos um intercâmbio mais ativo e presente entre as diversas unidades de Unidade de Dor nacionais, lançámos uma nova edição do **Atlas da Dor**. Hoje, mais do que nunca, a partilha de conhecimentos e experiências entre colegas é fundamental. Acreditamos que esta ferramenta, que coloca um rosto e nome em quem todos os dias trabalha para minimizar a dor em Portugal, pode ajudar a agilizar esse contacto.

Com o crescimento da nossa atividade tornou-se crucial avaliar, reajustar e sistematizar modelos de funcionamento para uma ação mais sustentável da APED. Nesse sentido, desenvolvemos um **Guia de Boas Práticas** que disponibilizamos para consulta no nosso *site* (<https://bit.ly/guiaboaspraticasaped>).

Mas os nossos sonhos não acabam em 2019...

2020 – Novos paradigmas requerem novos formatos

Há muito que sonhávamos em dar um novo foco e estrutura à revista Dor. Algo que a nossa Diretora – Dra. Sílvia Vaz Serra – e o conselho científico da APED discutiam há já algum tempo.

“DOR” – do formato tradicional ao formato de plataforma digital

Mais uma vez, a paragem foi-nos útil para repensarmos o formato e as mais-valias que a revista Dor podia cumprir e que não eram possíveis apenas no seu formato mais tradicional.

Assim, é já no último trimestre deste ano que contamos lançar a revista “Dor” no seu novo formato de plataforma digital, em resposta e alinhamento com as novas tendências de pesquisa, consulta, publicação e disseminação de conhecimento da sociedade científica. Alinhamo-nos, desta forma, com as maiores referências editoriais científicas.

Enquanto **plataforma digital, a revista DOR** vai permitir a submissão de artigos *online*, revisão por pares, uma maior frequência de publicação, um *head of print* e a almejada indexação científica da *Scielo*, *Excerpta Medica*, *Medline* e eventualmente outros, para além de facilitar a referenciação e permitir uma consulta de conteúdos mais ágil. Esta mudança reforça o nosso carácter de fonte de informação científica credibilizada no âmbito da Dor.

Novos conteúdos editoriais acompanham esta evolução da revista Dor

As novidades editoriais e de formação a serem lançadas ainda este ano não terminam por aqui.

Acabámos de lançar a **primeira edição em português do livro “Como confortar um bebé nos cuidados intensivos” da Dra. Linda S.**

Franck, em formato **ebook interativo** – um projeto desenvolvido e implementado pela Dra. Clara Abadesso que lidera o grupo de trabalho “Dor na criança e adolescente” da APED.

Muito em breve, iremos ter também uma **coleção de livros sobre a Ciência da Dor**, também em formato digital.

No âmbito da formação, estamos a preparar um **calendário de webinars e workshops presenciais e online**, que irão ter o seu lançamento já em outubro.

Por último, mas não menos importante, quero agradecer à Dra. Sílvia Vaz Serra todo o trabalho extraordinário que desenvolveu nos anos em que esteve à frente deste projeto. A sua visão, dedicação, paixão e entrega ao tema da dor foram essenciais para que a **revista Dor** fosse um sucesso e se mantivesse sempre alinhada com a nossa missão e projeto. Bem haja por todo o seu trabalho, presença e apoio Dra. Sílvia Vaz Serra!

Aproveito ainda para dar as boas-vindas ao Professor Armando Almeida que vai abraçar o projeto digital da revista Dor como novo Diretor.

Resta-me agradecer-vos por permanecerem desse lado, motivando-nos a ir mais longe. Os canais de comunicação e partilha da APED estão abertos às vossas sugestões e conteúdos científicos. Participem e partilhem connosco as vossas ideias, artigos e estudos. Juntos vamos mais longe.

Bem-hajam!

Ana Pedro

Presidente APED

APED – Por um futuro com menos dor

Editorial

Sílvia Vaz Serra

Olá. Este volume inicia-se com a conferência inaugural proferida pelo Dr. Luís Portela, aquando da sua despedida do Instituto Português de Oncologia de Lisboa. Perguntar-se-ão acerca do motivo de incluir uma palestra, de certo modo pessoal e datada, num volume científico de âmbito nacional. As suas palavras são um testemunho, na primeira pessoa, do percurso da dor no mundo e em Portugal. No seu texto, apaixonado, está vertida a homenagem a todos os profissionais que trabalharam em Dor. Extravasa a mera nomeação de uns, fala o sentir de muitos outros e lança mensagens de desafio. Não é somente o relato de um homem agradecido, do profissional de excelência mas, sim, a voz, uníssonas, de muitos outros profissionais de mérito que todos os dias dão o melhor de si.

No texto seguinte, os autores relatam mais uma opção anestésica e analgésica: o bloqueio do nervo supraorbitário. Demonstram a sua grande mais-valia e o seu lugar nas opções terapêuticas. Nunca serão demais, como bem sabemos.

A dor crónica é um desafio constante para os profissionais de saúde. Na procura de novas possibilidades terapêuticas da dor crónica e da dor psíquica associada, os autores abordam um instrumento psicoterapêutico inovador que se tem demonstrado muito eficaz. Baseia-se na articulação do psicodrama com a musicoterapia. E mais não digo. Vai ter de ler...

O autor começa com a frase: “Talvez as metáforas sejam das poucas formas a que temos acesso para dizermos o indizível.” Se não temos quem nos ajude a criar imagens ou histórias em que caibam a dor e o medo, que acompanham as experiências particularmente penosas e indizíveis, corremos o risco de nos tornarmos colecionadores solitários de vivências dolorosas sem abrigo, diz o autor. E prossegue, fazendo um percurso por esta função geradora de metáforas, centrando-se principalmente na relação com as imagens e em particular com as imagens fotográficas. Surpreendente!

É mundialmente reconhecido o papel fundamental dos opioides no tratamento da dor. Recentemente têm sido publicados vários artigos científicos que sustentam a existência de hiperalgesia associada a estes fármacos. Estes afirmam que a hiperalgesia induzida pelos opioides é um fator relevante na falência da terapêutica da dor. Os autores fazem uma exaustiva revisão, deixando

vários alertas. É importante fazer-se uma leitura atenta e detalhada.

Seguem-se os *posters* premiados na XVI Reunião Iberoamericana de Dor e VI Congresso da APED, que se realizou em outubro de 2018 em Lisboa, porque é importante dar nota, mesmo que breve, do que se faz bem!

Mas este volume é o último, o derradeiro volume em suporte de papel. Termina aqui, encerra-se um ciclo, uma história de uns longos, curtos anos. O tempo, esse que nunca foi meu amigo, corre rápido, surpreende-nos... O ontem, que foi hoje e será amanhã – a viagem do tempo. Mas o que é tempo senão uma ilusão de momentos, uma soma de instantes, fugazes como a vida. E ando às voltas, qual avião cruzando os céus em círculos, largos, aguardando a sua vez para aterrar! Esta dificuldade em vos dizer adeus, por agora... Foram muitos anos, não sei dizer quantos (nunca fui boa nestas contas) mas esse pormenor não é relevante, penso. Tenho de agradecer, muito, a quem me lançou o primeiro desafio como editora da nossa revista, a quem de seguida me empurrou para a direção e aos sucessivos presidentes que me foram “renovando o mandato”. Obrigado. E a todos com quem tive a honra de trabalhar. A todos peço que relevem o que terá corrido menos bem. Aprendi bastante, cresci muito. Estive de corpo e alma mas fica sempre a sensação de que muito mais poderia ter sido feito, de uma outra forma talvez... A sensação do inacabado. Mas a vida é assim, sem perfeições ou terminações. É um *continuum* de acrescentos, complementos, aprendizagens e mudanças. Chegamos ao final desta viagem. Esta etapa terminou. Está criado o momento de abraçar um novo desafio, um novo caminho.

O futuro está aí, desafiante para todos.

“De tudo ficaram três coisas:

A certeza de que estamos sempre a começar

A certeza de que é preciso continuar

A certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar.

Por isso devemos:

Fazer da interrupção um caminho novo

Da queda, um passo de dança

Do medo, uma escada...

Do sonho, uma ponte...

Da procura, um encontro.”

Depois de Tudo, Fernando Sabino

Até sempre.

Conferência Inaugural

Dr. José Luís Portela

Gostaria de começar por agradecer o amável convite para estar presente na comemoração dos 40 anos da criação da Unidade de Dor do Instituto Português de Oncologia (IPO) de Lisboa, bem como as palavras da minha querida Amiga Dra. Beatriz Gomes, palavras tão amáveis quanto, eventualmente, imerecidas.

Gostaria, também, de recordar, aqui, três nomes, que considero extremamente relevantes nesta efeméride: o Dr. Chichorro, neurologista desta instituição, infelizmente já desaparecido; a Dra. Nair de Azevedo, ex-diretora do Serviço de Anestesiologia; e o Professor José Conde, cirurgião, e, na altura, diretor do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil (IPOFG), Centro de Lisboa, que também já não se encontra entre nós.

O Dr. Chichorro foi, sem dúvida, um dos grandes impulsionadores nesta luta. Neurologista de formação, percebeu que a dor na doença oncológica não era só um epifenómeno. Ela autonomizava-se, muitas vezes, e a ausência de um diagnóstico correto criava sofrimento no doente, que era preciso estudar, avaliar e tratar adequadamente.

A Dra. Nair de Azevedo, uma das primeiras anestesistas portuguesas, de quem tive o gosto de ser discípulo e membro do seu Serviço, por ter percebido que um anestesista não se circunscreve apenas às tarefas que lhe são específicas numa sala de operações, mas pode e deve transferir para fora destas a sua experiência. E criou-me todas as possibilidades para que desenvolvesse trabalho e frequentasse estágios que, juntamente com o Dr. Chichorro, permitissem estabelecer as bases do que viria a ser a primeira Unidade de Dor do nosso país.

O Professor José Conde, por ter aprovado a nossa proposta e adequasse os meios necessários à sua implementação

E assim se passaram 40 anos.

Quando começámos o panorama não era fácil.

Eram tempos difíceis para os nossos doentes.

Vivia-se um pouco na euforia que se instalou na classe médica de então, dos grandes avanços das tecnologias, que pareciam tudo invadir

e com elas êxitos assinaláveis na cirurgia e em várias modalidades terapêuticas como a radioterapia e a quimioterapia.

Avaliava-se o doente em função da sobrevivência, mesmo que esta se traduzisse, muitas vezes, em escassos dias ou semanas, com grande sofrimento, arrastando consigo familiares e amigos.

A cura da doença passou a ser o denominador comum de toda a atuação em Medicina, parecendo até que os insucessos se deviam mais ao próprio doente do que à ineficácia das terapêuticas.

Em consequência, os doentes arrastavam-se pelas consultas, vítimas da doença e tratamentos, com quadros de grande desconforto e sofrimento.

A dor era uma constante física, por vezes lancinante, emocional, com quadros frequentes de depressão, arrastando tudo e todos, que se consideravam impotentes perante o que consideravam uma inevitabilidade.

O arsenal terapêutico era escasso.

Acreditava-se, ainda, que a interrupção da via ascendente era a solução mais adequada para a maior parte dos casos e os doentes eram autenticamente massacrados com todo o tipo de bloqueios, a que não era avessa, naturalmente, a formação em anestesia dos pioneiros neste tipo de atividade.

Foi preciso redescobrir a morfina, já francamente utilizada e, em muitos casos criticada, nos hospícios ingleses sob a forma do *Brompton cocktail*.

Existia, nessa altura, no nosso instituto, uma fórmula parecida, chamada poção de morfina composta, mas que ninguém prescrevia.

Era constituída por morfina, cocaína, gin, mel e água cloroformada e, segundo as indicações da sua preparação, esta devia ser recente e não ultrapassar os 30 dias.

Havia que descobrir, redescobrir e criar.

Passados anos de aparente estagnação, quer na investigação quer na descoberta de novos fármacos, em parte fruto de uma mentalidade judaico-cristã que teimava em persistir, tinham surgido recentemente dois factos notáveis.

O primeiro facto foi a teoria do *gate control* de Melzack e Wall (o primeiro um psicólogo canadiano, o segundo, um anatomista inglês), que postulam, em 1965, na revista *Science*, da Associação Americana para o Avanço da Ciência, que a dor não era apenas o simples resultado da ativação dos nociceptores, mas a modulação,

por interação entre diferentes neurónios, da transmissão de sensações álgicas e não álgicas.

Pela primeira vez, chamava-se a atenção para o corno posterior da medula como uma autêntica central algogénica, onde confluíam estímulos periféricos, mas também estímulos descendentes capazes de bloquear a passagem do estímulo.

Era um autêntico conceito cibernético em que não faltava sequer o envolvimento emocional e comportamental num verdadeiro *feedback*, e que conferia à dor uma grande complexidade.

O segundo facto foi a descoberta dos recetores opioides.

Em 1973, Snider, Simon e Terenius, os dois primeiros americanos e o terceiro sueco, demonstraram a existência de recetores no corpo humano capazes de poderem ser preenchidos por substâncias morfínicas.

A demonstração destes recetores, com vários tipos e subtipos veio, naturalmente, suscitar a pergunta: mas qual a razão pela qual o ser humano nasceu com recetores para os alcaloides de uma papoila?

E surge assim, dois anos depois, em 1975, a resposta a esta pergunta, quando Hughes e Kosterlitz isolam na cabeça do porco as primeiras morfínicas endógenas a que chamam encefalinas, posteriormente seguidas das endorfinas e dinorfinas.

Além destes eventos, há dois conceitos a que atribuo uma excecional importância e que vieram abrir mentalidades e modificar atitudes. Refiro-me aos conceitos de qualidade de vida e de Dor Total.

A expressão “qualidade de vida” parece vir dos primórdios da civilização, pois já os gregos se lhe referiam quando Platão coloca na boca de Sócrates a frase: “Há coisa pior do que a morte que é uma vida sem qualidade”. Aristóteles comparava a qualidade de vida à felicidade.

Após a Segunda Guerra Mundial, com o crescimento económico e, sobretudo, industrial, este conceito passa a incluir outras áreas como a saúde, o que levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a integrar no conceito de saúde noções de bem-estar físico, emocional e social, no fundo, um conceito de qualidade de vida tal como o entendemos nos nossos dias.

A introdução deste conceito em medicina foi fundamental.

A qualidade de vida, mais do que a quantidade, passa a constituir o fim último de qualquer atuação em medicina, passando a acompanhar a introdução de novos fármacos e novas técnicas e, ainda, na esfera da ética e boa prática médica.

O outro conceito importante foi o da Dor Total, criado por Dame Cecily Saunders.

Ao criar o conceito de dor total, Saunders veio chamar a atenção de que o ser humano não sofre apenas por danos físicos, mas também pelas consequências emocionais, sociais e espirituais próprias do sofrimento e pela proximidade da morte.

É *o homo crucians* da literatura, que envolve toda a sua personalidade como que atraindo todo o sofrimento do mundo para si.

Este conceito holístico da dor, em que o todo não é só a soma das partes, mas mais do que isto, veio modificar totalmente a abordagem clínica da dor, tanto em termos de avaliação como tratamento, e ainda a necessidade de se criarem equipas multidisciplinares, interdisciplinares ou transdisciplinares, capazes de darem resposta adequada ao doente em sofrimento, já, aliás, preconizadas por Bonica, Alexander e outros precursores das Unidades de Dor. Este conceito, em conjunto com o de qualidade de vida, esteve, também, na base do movimento dos Cuidados Paliativos, sendo justo realçar entre nós a Unidade de Dor e Cuidados Paliativos do Hospital do Fundão, dirigida pelo meu Amigo Dr. António Lourenço Marques.

As décadas de 80 e 90 foram pródigas em factos e descobertas no campo da dor. Realço, fundamentalmente, três:

A primeira foi a publicação da brochura *Cancer Pain Relief*, em 1986, e, curiosamente, traduzida para português pela Liga Portuguesa contra o Cancro, Núcleo Regional de Coimbra, um ano depois, em 1987. Nesta brochura preconizava-se uma escada de ação analgésica, com três degraus, começando o primeiro com analgésicos não opioides; o segundo com opioides fracos; e o terceiro com opioides fortes. Em todos os degraus se preconizava a utilização de substâncias adjuvantes, assim como no segundo e terceiro degraus a possibilidade de se associarem analgésicos não opioides.

Foi uma autêntica pedrada no charco.

Pela primeira vez se desmitificava o uso de opioides, que deviam ser utilizados não pela evolução da doença mas pela persistência da dor, o que, na altura, podia considerar-se revolucionário. Também aí se preconizava, essencialmente, para o doente oncológico, frases como: “*by mouth, by dosis, by ladder*”, ou “*right dose, right time, right patient*” – o que implicava uma avaliação e uma reavaliação constantes.

O segundo facto foi a introdução de novos fármacos como a buprenorfina por via sublingual, em 1983; a morfina oral de libertação lenta, em 1985; o fentanil por via transdérmica, em 1998, e o fentanil transmucoso para a dor irruptiva, já em 2001; como também novas formas de administração de medicamentos através de técnicas invasivas como as vias epidural, intratecal e interpleural.

O terceiro facto foi o extraordinário avanço na investigação básica, particularmente ao nível das prostaglandinas, que conferem a Sir John Vane o prémio Nobel da Medicina, em 1982; bem como os estudos sobre a sensibilização dos neurónios do corno dorsal e o conceito, introduzido por Clifford Wolf, da *pré-emptive analgesia*, em 1983, que pode evitar a cronicidade da dor aguda pós-operatória e a sua manutenção.

Começa também a despontar o conceito de translação, isto é, a passagem da investigação básica para a clínica. Embora muitas vezes esta situação não seja evidente, um tratamento adequado ao doente não deve ser apenas clínico. É fundamental que este assente em estudos criteriosos e controlados que justifiquem as várias opções terapêuticas. É o caso do estudo do sistema nervoso e, em particular, dos efeitos moduladores, excitatórios ou por inibição, que podem constituir um extraordinário avanço na procura de substâncias que possam ter essa ação. A Prof. Deolinda Lima, da Faculdade de Medicina do Porto, afirmava há tempos que a translação deve ser tão natural como a água que brota das fontes num intercâmbio permanente entre a investigação e a clínica.

A década de 90 foi também uma década realizações e divulgação.

É criada a Associação para o Estudo da Dor (APED) – e aqui gostaria de realçar o Dr. Nestor Rodrigues, infelizmente já falecido, e criador da segunda Unidade de Dor no IPO do Porto.

A nível internacional, é fundada a European Pain Federation (EFIC) e a Sociedade Espanhola de Dor (SED).

Portugal publica a sua primeira revista, DOR, e Espanha a revista Dolor – as primeiras revistas da Península Ibérica dedicadas exclusivamente ao estudo e tratamento da dor.

Em 1995, a dor é equiparada ao “quinto sinal vital”, de registo obrigatório nas instituições hospitalares, chamando a atenção para a dor não visível ou não relatada e, como tal, não tratada ou subtratada.

Nesse mesmo ano é instituído, por decreto ministerial, o Dia Nacional da Luta contra a Dor.

Tinham, entretanto, proliferado as Unidades de Dor em Portugal, embora com estruturas organizativas muito diferentes, em consequência de vários constrangimentos – pessoal, instalações, equipamentos – que ainda hoje persistem.

É exatamente nos finais da década de 90 – 1997, 1998 – que, em conjunto com o meu amigo Dr. João Mota Dias, da indústria farmacêutica, também já falecido, decidimos, pela primeira vez, fazer uma abordagem sobre a situação da dor em Portugal em termos organizativos. Concluímos, através de um inquérito enviado a todos os hospitais, que as Unidades de Dor se situavam na ordem dos 50%, em grande parte muito rudimentares; em termos organizativos, apenas um escasso número se poderia classificar como Clínicas Multidisciplinares de Dor, segundo o critério baseado numa *task force* da IASP, de 1990, como foi o nosso caso. Deixem-me dizer que só em 2017, é criado um Centro Multidisciplinar de Dor no Hospital Garcia de Orta, sob a orientação da minha amiga Dra. Beatriz Gomes, a quem desejo os maiores êxitos.

Já neste século, em 2004, é criada a competência em Medicina da Dor pela Ordem dos Médicos.

É, também, nesta década que é criado o Plano Nacional para o Controlo da Dor que se insere no Plano de Saúde 2004-2010.

Em 2002 inicia-se, na Faculdade de Medicina do Porto, sob a orientação do Prof. Castro Lopes, o primeiro curso de Medicina da Dor, que se tem mantido ao longo dos anos, e nos quais colaborei até 2015. Em 2011 é criada a Cátedra de Medicina da Dor, a cargo do mesmo Professor e, atualmente, Diretor do Departamento de Biomedicina da mesma Faculdade.

A nossa Unidade foi, desde o seu aparecimento, uma unidade multidisciplinar, agregando médicos (anestesiologistas, neurologistas e internistas), psicólogos, enfermeiros, bem como técnicos administrativos e auxiliares de ação médica, dispondo de instalações próprias, hospital de dia e, ainda, uma linha aberta telefónica para informação e aconselhamento aos doentes e seus familiares. Também, praticamente desde o seu início, a Unidade de Dor do IPO de Lisboa foi campo de estágio de médicos, psicólogos e enfermeiros.

Entre 2010 e 2012, no âmbito de uma parceria com a Unidade de Missão e Cuidados Continuados e Integrados e a Fundação Calouste Gulbenkian, a nossa Unidade ministrou formação avançada em dor crónica, a nível nacional.

Em 2007, alguns elementos da nossa Unidade criam a Associação Nacional para o Estudo da Dor Oncológica (ANEDO). Esta Associação esteve na base de algumas realizações desta Unidade, dos quais destaco três cursos relacionados com dor oncológica, como também a publicação do *Manual de Dor Crónica*, em colaboração com a Fundação Grünenthal, em 2012, e revisto em 2017.

Em 2009, nas VI Jornadas sobre Dor desta Unidade, evento que precedeu a minha aposentação, dizia na Conferência de Abertura:

«Julgo que estamos numa fase do desenvolvimento e do progresso científico em que o acaso ou a experimentação ocasional são cada vez mais reduzidos. Cada vez mais, a investigação procura antecipar-se ao imprevisto, formular hipóteses e propor soluções, melhorando a eficácia e diminuindo os efeitos secundários, numa autêntica terapêutica adaptada e medida pelo doente», e dava como exemplos estudos sobre a neuróglia e o sistema canabinoide

Infelizmente, parece não ter havido, nestes últimos anos, particular desenvolvimento nestes dois itens. As células não neuronais, em particular, a neuróglia, continuam a ser uma preocupação dos investigadores, embora não tenham surgido novos conceitos ou novos fármacos. Quanto ao sistema canabinoide, a discussão atual parece ter enveredado pela discussão política como tema fraturante e a sua utilização indiscriminada, deixando de parte uma investigação séria sobre o seu verdadeiro papel como intermediário ativo na terapêutica da dor.

O interesse atual pelo tratamento da dor parece verificar-se mais nas técnicas invasivas com efeitos modulares na transmissão nociceptiva, esperando, sinceramente, que a translação sobre circuitos genéticos, plasticidade e modelos de dor conduza a terapêuticas inovadoras, sempre atentas ao princípio ético *primum non nocere*.

Não gostaria de terminar esta exposição sem deixar umas palavras de apreço e gratidão a todos quantos se empenharam no êxito da nossa Unidade: médicos, psicólogos, enfermeiros, pessoal administrativo e de ação médica; assim como serviços com os quais colaborámos mais

ativamente como: a Farmácia, o Serviço de Radiologia, o Serviço de Medicina Física e Reabilitação, o Serviço Social, a Liga Portuguesa contra o Cancro, bem como todos aqueles que nos confiaram os seus doentes numa ação que ultrapassa largamente o simples envio para se transformar numa autêntica medicina baseada no doente.

Gostaria também de prestar a minha homenagem a todos quantos trabalham, atualmente, na Clínica de Dor do nosso IPO, por manterem viva a chama que presidiu à sua criação, e a quem desejo os maiores êxitos.

Muito obrigado pela vossa atenção.

Bloqueio do Nervo Supraorbitário: uma Boa Alternativa Anestésica para Exérese de Lesão Frontal

Cláudia Antunes¹, Sara Ferreira², Ana Coutinho³ e Joana Magalhães⁴

Resumo

O tratamento de cancro está associado a morbimortalidade significativa. As escolhas anestésicas durante a cirurgia oncológica afetam a função imunológica, e podem ter um papel na disseminação neoplásica.

No caso clínico em questão, um homem de 61 anos, classificação de acordo com a escala da ASA (American Society of Anesthesiologists) 3, é proposto para exérese de lesão na região frontal, sugestiva de metástase óssea. Apresentava antecedentes de colangiocarcinoma metastizado, com agravamento progressivo e marcado do seu estado geral. Efetuámos um bloqueio anestésico do nervo supraorbitário, bilateralmente, que assegurou a anestesia e analgesia adequadas durante todo o procedimento.

Muitos dos efeitos da cirurgia na dor e na resposta ao stress podem ser drasticamente reduzidos pela anestesia regional. O bloqueio do nervo supraorbitário revelou-se uma opção adequada e segura neste doente, evitando os riscos de uma anestesia geral num doente com múltiplas comorbilidades e do recurso a opioides, os quais parecem relacionar-se com imunossupressão e risco de disseminação e recorrência neoplásica.

Palavras-chave: Anestesia. Bloqueio nervo supraorbitário. Cancro. Opioides.

Abstract

Cancer treatment is associated with significant morbimortality. Anesthetic choices during oncologic surgery affect immune function and may play a role in neoplastic spread.

In this case report, a 61-year-old man, ASA 3, is proposed to forehead injury exeresis, suggestive of bone metastasis. He had a history of metastatic cholangiocarcinoma, with progressive worsening of his general condition. We performed an anesthetic blockade of the supraorbital nerve, bilaterally, which ensured adequate anesthesia and analgesia throughout the procedure.

Many of the effects of surgery on pain and stress response can be drastically reduced by regional anesthesia. Supraorbital nerve block has proved to be an adequate and safe option in this patient, avoiding the risks of general anesthesia in a patient with multiple comorbidities and the use of opioids, which seem to be related to immunosuppression and risk of dissemination and neoplastic recurrence. (Dor. 2018;26(4):10-12)

Corresponding author: Cláudia Antunes, claudiantunes90@hotmail.com

Key words: Anesthesia. Supraorbital nerve block. Cancer. Opioids.

Introdução

A abordagem anestésica pode influenciar a longo prazo desfechos da neoplasia¹. Durante uma cirurgia em contexto de cancro, as células tumorais podem ser inadvertidamente dissemina-

das para a circulação, aumentando o risco de doença metastática^{2,3}. Esses mecanismos, combinados com vários fatores perioperatórios que incluem anestesia, dor, hipotermia, inflamação e infeção, podem ter impacto direto na doença residual e na imunidade mediada por células⁴. Esta complexa interação de fatores pode influenciar o microambiente neoplásico durante o período perioperatório, e micrometástases quiescentes preexistentes podem tornar-se células-tronco ativas.

Evidências clínicas *in vitro* e em animais (principalmente retrospectivas) apoiam três abordagens anestésicas que podem reduzir o risco de recorrência de neoplasia: anestesia regional, incluindo bloqueios do neuroeixo e de nervos

¹Interna de formação específica de Anestesiologia

²Interna de formação específica de Anestesiologia

³Especialista de Anestesiologia

⁴Especialista de Anestesiologia,

Hospital Senhora da Oliveira

Guimarães

E-mail: claudiantunes90@hotmail.com

periféricos; adjuvantes anestésicos, como anti-inflamatórios não esteroides (AINE); e anestesia com propofol (vs. halogenados)⁵.

A imunossupressão induzida pela cirurgia e pela anestesia ativa as respostas do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA) e do sistema nervoso simpático (SNS), que, por sua vez, aumentam os mediadores neuroendócrinos. A ativação destes dois sistemas suprime a imunidade mediada por células e a liberação de catecolaminas e prostaglandina E2 (PGE2). Esses fatores, aumentam as citocinas imunossupressoras (como interleucina 4, interleucina 10, fator de crescimento β [TGF- β] e fator de crescimento endotelial vascular [VEGF]), assim como citocinas pró-inflamatórias (interleucinas 6 e 8), que promovem angiogênese e metastização tumoral. Durante este processo, as células cancerígenas escapam à imunorregulação pelas células *natural killer* (NK) e células T, para se estabelecerem em locais distantes e proceder à angiogênese.

Quase todos os agentes anestésicos demonstraram ter um impacto negativo em vários componentes do sistema imunológico.

Opioides e agentes anestésicos voláteis produzem efeitos diversos sobre as células cancerígenas que dependem da dose, duração e tempo de uso. Por outro lado, a anestesia regional e a anestesia baseada em propofol parecem reduzir o *stress* cirúrgico, a imunossupressão perioperatória e a angiogênese.

Os halogenados prejudicam inúmeras funções imunológicas, incluindo neutrófilos, macrófagos, células dendríticas, células T e células NK (suprimem a sua atividade), e aumentam a angiogênese por meio da atividade do fator 1α induzido por hipoxia (HIF- 1α). Têm propriedades antiapoptóticas, que promovem a proliferação de doença residual mínima⁶.

Os opioides geralmente inibem a proliferação de linfócitos T e a atividade das células NK^{7,8}.

Em contraste, o propofol usado para anestesia intravenosa total pode ser protetor ao inibir a angiogênese do tumor e não suprimir a imunidade mediada por células, para além da sua ação anti-inflamatória e propriedades antioxidantes⁹.

A anestesia regional preserva a imunidade mediada por células e diminui as respostas neuroendócrinas induzidas pela cirurgia, atenuando a ativação da transmissão nervosa aferente do eixo HPA e a resposta do SNS¹⁰.

Os anestésicos locais parecem conferir proteção contra o crescimento do tumor e de metástases. Atuam através de vários mecanismos, incluindo citotoxicidade direta e indução de apoptose (são citotóxicos de células-tronco mesenquimatosas *in vitro*, causando atraso no ciclo celular ou paragem na fase G0/G1-S¹¹); inibição da proliferação, migração e invasão de células neoplásicas; e modulação da expressão gênica via metilação¹². A lidocaína demonstrou desmetilar o ácido desoxirribonucleico (ADN) nas linha-



Figura 1. Lesão frontal sugestiva de metástase óssea.

gens de células de neoplasia de mama^{13,14}. Para além disso, os anestésicos locais bloqueiam os canais de sódio dependentes de voltagem, que são altamente expressos e ativos nas neoplasias de mama, cólon e pulmão, podendo inibir o crescimento do tumor; e inibem o proto-oncogene Src (cuja sobre-expressão em tumores sólidos está associada à progressão, invasão e metástase de células tumorais)¹⁰.

Benefícios adicionais da anestesia regional incluem a redução dos requisitos de anestesia com halogenados e opioides, diminuindo potencialmente a probabilidade de recidiva da neoplasia após a cirurgia; e reduzindo a dor relacionada com a cirurgia. Estudos sugerem que a anestesia regional é mais eficaz no manuseio da dor neuropática associada a invasão tumoral ou como resultado da própria cirurgia¹⁵.

Tanto a lidocaína como a ropivacaína demonstraram ter efeitos antiproliferativos sobre as células cancerígenas *in vitro*.

Caso clínico

Homem, 61 anos de idade, ASA 3, proposto para exérese de lesão na região frontal sugestiva de metástase óssea (Fig. 1), com afeção da qualidade de vida do doente. Antecedentes pessoais de colangiocarcinoma metastizado, em quimioterapia paliativa; hepatite C; mastectomizado por neoplasia da mama. Parcialmente dependente das atividades de vida diárias, com agravamento progressivo e marcado do seu estado geral. À data da cirurgia, caquexia evidente. Sem estigmas de via aérea difícil.

Sob monitorização standard da ASA, optou-se por realizar um bloqueio anestésico do nervo supraorbitário, bilateralmente. Explicada a técnica ao doente, que compreendeu, tendo consentido por escrito a sua realização. O bloqueio foi efetuado sob controlo ecográfico, com agulha de 50 mm, administrando-se uma mistura contendo lidocaína a 1,5% (3 ml por bloqueio) e ropivacaína a 0,5% (2 ml por bloqueio). Efetuada infiltração na região do couro cabeludo, usando 4 ml da mesma mistura. Administrados 1000 mg de paracetamol no intraoperatório.

A cirurgia teve a duração de 55 minutos, e o procedimento decorreu sem intercorrências. O doente manteve-se hemodinamicamente estável, confortável e sem dor durante todo o período do intra e pós-operatório.

Discussão

Os bloqueios de nervos periféricos são frequentemente usados para evitar efeitos colaterais e complicações da anestesia geral, e para fornecer analgesia adequada.

O recurso a técnica anestésica regional pode evitar a exposição a outros fatores que resultam na progressão do tumor, como dor mal controlada e exposição a anestésicos voláteis e opioides. Os opioides mostraram um efeito proliferativo nas células cancerígenas, enquanto os anestésicos locais podem prevenir diretamente a proliferação e migração, ou induzir a apoptose das mesmas (aumentando a atividade das células NK).

A decisão de realizar anestesia regional no doente em questão revelou-se uma boa opção, permitindo evitar os riscos inerentes a uma anestesia geral num indivíduo em caquexia evidente, ao mesmo tempo que assegurou uma analgesia adequada e evicção de fármacos potenciadores de disseminação e recorrência neoplásica, como halogenados ou opioides.

Bibliografia

- Hiller JG, Perry NJ, Poulgiannis G, Riedel B, Sloan EK. Perioperative events influence cancer recurrence risk after surgery. *Nat Rev Clin Oncol*. 2018;15:205-18.
- Camara O, Kavallaris A, Nöschel H, Rengsberger M, Jörke C, Pachmann K. Seeding of epithelial cells into circulation during surgery for breast cancer: the fate of malignant and benign mobilized cells. *World J Surg Oncol*. 2006;4:67.
- Peach G, Kim C, Zacharakis E, Purkayastha S, Ziprin P. Prognostic significance of circulating tumour cells following surgical resection of colorectal cancers: a systematic review. *Br J Cancer*. 2010;102:1327-34.
- Heaney A, Buggy DJ. Can anaesthetic and analgesic techniques affect cancer recurrence or metastasis? *Br J Anaesth*. 2012;109(Suppl1):i17-i28.
- Fodale V, D'Arrigo M G, Triolo S, Mondello S, La Torre D. Anesthetic techniques and cancer recurrence after surgery. *Scientific World Journal* 2014;328513.
- Stollings LM, Jia LJ, Tang P, Dou H, Lu B, XuY. Immune modulation by volatile anesthetics. *Anesthesiology*. 2016;125:399-411.
- Das J, Kumar S, Khanna S, Mehta Y. Are we causing the recurrence-impact of perioperative period on long-term cancer prognosis: review of current evidence and practice. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2014;30:153-9.
- Gong L, Qin Q, Zhou L, Ouyang W, Li Y, Wu Y, et al. Effects of fentanyl anesthesia and sufentanil anesthesia on regulatory T cells frequencies. *Int J Clin Exp Pathol*. 2014; 7:7708-16.
- Inada T, Kubo K, Shingu K. Promotion of interferon-gamma production by natural killer cells via suppression of murine peritoneal macrophage prostaglandin E2 production using intravenous anesthetic propofol. *Int Immunopharmacol*. 2010;10:1200-8.
- Piegeler T, Votta-Velis EG, Bakhshi FR, Mao M, Carnegie G, Bonini MG, et al. Endothelial barrier protection by local anesthetics: ropivacaine and lidocaine block tumor necrosis factor-alpha-induced endothelial cell Src activation. *Anesthesiology*. 2014;120(6):1414-28.
- Lucchinetti E, Awad AE, Rahman M, Feng J, Lou PH, Zhang L, et al. Antiproliferative effects of local anesthetics on mesenchymal stem cells: potential implications for tumor spreading and wound healing. *Anesthesiology*. 2012;116:841-56.
- Xuan W, Hankin J, Zhao H, Yao S, Ma D. The potential benefits of the use of regional anesthesia in cancer patients. *Int J Cancer*. 2015; 137:2774-84.
- Lirk P, Berger R, Hollmann MW, Fiegl H. Lidocaine time and dose-dependently demethylates deoxyribonucleic acid in breast cancer cell lines in vitro. *Br J Anaesth*. 2012;109:200-7.
- Ramirez MF, Tran P, Cata JP. The effect of clinically therapeutic plasma concentrations of lidocaine on natural killer cell cytotoxicity. *Reg Anesth Pain Med*. 2015;40:43-8.
- Power I, McCormack JG, Myles PS. Regional anaesthesia and pain management. *Anaesthesia*. 2010;65(Suppl 1):38-47.

Articulação do Psicodrama com a Musicoterapia na Intervenção da Dor Crónica no Centro Multidisciplinar Dor

Beatriz Craveiro Lopes

Cristina Catana¹, Alexandra Reis² e Gil Henriques³

Resumo

Os autores abordam a articulação do psicodrama com a musicoterapia, como um modelo psicoterapêutico importante, na intervenção do controlo da dor crónica. Esta prática psicoterapêutica potencia a expressão e consciencialização dos padrões emocionais, cognitivos, conflitos e conteúdos psíquicos associados à perpetuação da dor, visando a sua transformação e respetivo aumento do limiar de tolerância. Através da espontaneidade e da criatividade, no contexto grupal, a pessoa terá a possibilidade de ampliar o desenvolvimento dos vários papéis de vida, das inter-relações sociais e familiares, das novas e ativas estratégias de coping para o controlo dor crónica, no mundo de diversidade e de constante mudança.

Palavras-chave: Dor crónica. Musicoterapia. Psicodrama.

Abstract

The authors address the Psychodrama and Music Therapy articulation, as an important Psychotherapeutic Model, in interventions for Chronic Pain control. This psychotherapeutic practice enhances expression and awareness of the emotional, cognitive patterns, conflicts and psychic contents related to Pain, aiming its transformation and increase in the tolerance threshold. Through spontaneity and creativity, in the group context, the person is able to expand the development of the various roles of life, social and familiar inter-relations, new and active coping strategies for Chronic Pain control, in a world of diversity and constant change. (Dor. 2018;26(4):13-7)

Corresponding author: Cristina Catana, criscatana3@gmail.com

Key words: Chronic pain. Music therapy. Psychodrama.

Introdução

A Dor Crónica tem um impacto de impregnação global na vida da pessoa que dela padece: na vida emocional, psíquica, social, na psicomotricidade e linguagem.

A (con)vivência com a dor lança a pessoa para uma desorientação com a sua imagem cor-

poral: realidade individual e subjetiva. O corpo passa a ser lugar e agente de castração da qualidade de vida.

Para além da complexa realidade anatomofisiológica, o corpo é um continente de signos, emoções, significados singulares e culturais. Transgredido pela dor, ele próprio, lugar de abrigo, transforma-se naquele incompreendido e estranho.

Se não é avaliada e tratada a dor, a tempo útil, a pessoa vulnerabiliza-se para as múltiplas consequências de dor total¹, uma doença crónica global: limitação da funcionalidade e da dimensão psicossocial; estreitamento do mundo social, laboral, vivencial e ideativo.

Banalizar a dor é uma forma de exclusão e de subtração de um importante direito humano.

¹Assistente Principal de Psicologia

²Anestesiologista e Diretora

³Estagiário de Musicoterapia

Centro Multidisciplinar Dor Dra. Beatriz Craveiro Lopes

Hospital Garcia de Orta

E-mail: criscatana3@gmail.com

A dor crónica e a relação tempo/espaço

Quando escutamos a pessoa portadora de DC, observamos-lhe uma fratura na sua continuidade temporal:

Aparece um «antes da DC» e um «depois da DC». A pessoa queixa-se que antes de sofrer de DC a sua vida era uma, e depois de padecer de DC a sua vida tornou-se outra.

A perceção das suas coordenadas espaço/tempo transtorna-se. O que era fácil tornou-se difícil, o que era perto tornou-se longe e o rápido tornou-se lento. A pessoa fica vulnerável, demasiado sensível às exigências exteriores, vivenciando-as como ameaça à sua estrutura, e ao sentimento de pertença.

O foco da sua atenção, potencialmente, fica prejudicado. A pessoa fica mais atenta ao agente stressor, a dor, em detrimento dos outros aspetos da vida.

O medo predomina. O evitamento e a passividade poderão ser as estratégias mais utilizadas.

A dor assume um carácter hipnotizante. Absorve, para si, a atenção e o foco, com consequente desinvestimento dos vínculos afetivos e papéis psicossociais.

A consciência fica, tendencialmente, sequestrada e centrada na experiência dolorosa.

Aqui temos o terreno fértil para a intrusão de pensamentos catastróficos e para a alienação emocional.

Então, o círculo da dor contrai e vicia-se cada vez mais!

Alterados os referenciais corpo-espaço e o sentimento de confiança-segurança, a pessoa fica confrontada com uma mudança difícil e com a necessidade de ter uma rede robusta, que nem sempre é a realidade frequente. Ainda mais nesta sociedade do século XXI, que, no seu modelo veloz quantitativo e competitivo, não tem tempo para esperar por nada nem por ninguém.

A imprevisibilidade e o descontrolo da dor são fontes de quadros psicopatológicos de ansiedade e depressivos, requerendo intervenções psicoterapêuticas específicas.

A pessoa com limitações funcionais e emocionais fica, potencialmente, excluída e rotulada pela (psico)patologia. A par do medo da sucessão de pequenas catástrofes e agravamento do seu adoecer.

Que paradigma a disponibilizar?

Partindo-se do pressuposto da DC ser uma experiência que põe em causa os limites da pessoa que a sofre, adoecendo-a no seu todo e singularidade, urge a necessidade de um paradigma que apele a um lugar amplo onde se contenha e promova a integração da desorganização psicossomática, através das diversas valências terapêuticas.

Não havendo causalidades lineares para o tratamento da DC, não existe uma só resposta, mas, sobretudo, um processo. Há um conjunto de respostas às várias necessidades do doente. É necessário um cruzamento das várias intervenções: médicas, enfermagem, psicologia, psicomotricidade, musicoterapia, nutrição e abertura para outras complementaridades.

A instauração de um trabalho de equipa que apela aos movimentos unificadores, de cooperação de síntese, está na base do plano terapêutico integrado (que contempla as diferenças e singularidades de cada doente com DC), postulado e defendido pelo Centro Multidisciplinar Dor Dra. Beatriz Craveiro Lopes.

Nesta filosofia, a psicologia do Centro Multidisciplinar de Dor Dra. Beatriz Craveiro Lopes (CMDDBCL) optou por integrar a musicoterapia na intervenção do psicodrama de um grupo de pessoas com DC. Esta, como um ego-auxiliar que amplia o veículo da expressão emocional e a exploração da criatividade e espontaneidade humanas.

O psicodrama e a musicoterapia oferecem um lugar para as múltiplas e subjetivas expressões da dor: ritmo, intensidade, lugar corporal, nova narrativa, relações interpessoais e toda a complexidade psíquica envolvente.

Se é verdade que o corpo está sempre presente no contexto hospitalar, no *setting* psicoterapêutico também o está. O corpo desdobra-se em vários planos: o corpo real e, por vezes, hiper-real, para a sua representação psíquica, para a sua comunicabilidade e aceitação.

A psicologia lida com o universo da representação mental, das várias realidades, contendo os componentes afetivo, cognitivo e as relações interpessoais significativas, na história (re)construída de cada um. O sintoma dor, no âmbito psicoterapêutico, liga-se ao sofrimento. Dói no corpo, sofre-se na mente.

A integração de técnicas psicoterapêuticas (como distração, relaxamento, psicoterapia individual e psicodrama de grupo e musicoterapia) tem-se revelado uma mais-valia no plano terapêutico integrado do CMDDBCL.

Temos observado que a pessoa com DC é atraída para a hipervigilância dos aspetos fisiológicos, cognitivos e emocionais da dor. Este movimento psíquico tende a focar-se excessivamente nela, que potencia intoxicação psíquica, pelo excesso de ansiedade, humor depressivo, incompreensão, medo, exclusão, pensamentos catastróficos compulsivos.

Ana Gomes, na Abordagem Psicológica no Controlo da Dor², citando David Barlow, diz-nos que acerca desta realidade existe uma excessiva preocupação com as sensações somáticas aversivas, cada nova sensação tende a ser perspetivada como um indicador de deterioração ou novo problema de saúde; a focalização da atenção acaba por ser feita quase exclusivamente sobre o corpo físico, estando dificultada

para outros estímulos ou atividades, como memória, o julgamento ou a capacidade para resolver problemas.

Técnicas que envolvam distração são importantes na gestão da tolerância e controlo da DC pela razão de que os processos de atenção entram em competição com outros estímulos. E, por outro lado, a importância da ampliação de competências de abstração, de flexibilidade adaptativa e de simbolização leva à metabolização e desintoxicação das ansiedades intoleráveis.

É transversal a todos os modelos psicoterapêuticos a construção de uma aliança terapêutica promotora de participação da pessoa, transformando a passividade, as estratégias de evitamento em autonomia ativa, e um saber ampliado sobre si próprio e sobre a reconstrução da sua identidade.

Intervenção integrada de psicodrama e musicoterapia

“O psicodrama é a ciência que explora a verdade mediante os métodos dramáticos”³.

Desde a Antiguidade, os grandes jogos públicos tinham forte importância sociopsicológica. Tanto na dimensão privada como coletiva. Por exemplo, durante o tempo dos jogos não havia execuções nem guerras. Surge, neste ritual social, o sentimento cívico. Os Jogos Olímpicos são a sua melhor expressão que, à época, eram consagrados a Zeus⁴.

O jogo aparece como um verdadeiro ritual social que exprime, através da ordem simbólica, um objetivo comum, a unidade grupal e a construção de vínculos humanos: o sentido de pertença.

A atividade lúdica do brincar e do jogar não se confina ao puro divertimento, mas à vivência de conflitos interpessoais e intrapessoais, bem como à expansão dos conteúdos psíquicos humanos.

Jacob Levi Moreno, fundador do psicodrama, nasceu em maio de 1889, em Bucareste, foi educado em Viena, onde realizou os seus estudos de medicina e filosofia, em 1917. Ensinou na Universidade de New York de 1936 a 1968. Morreu aos 84 anos⁵. E, por seu desejo, foi escrito na sua lápide: “Aqui jaz o homem que abriu as portas da psiquiatria para a alegria”⁵.

Durante o tempo de estudante, interessou-se particularmente pelo teatro e a sua aplicação nas dimensões social e clínica. Criou a conceção do teatro da espontaneidade. Neste modelo de teatro, a ênfase não é colocada na perfeição da arte de representar, mas no estar genuinamente presente-no-momento-da-criação. O epicentro é a dramatização da cena da vida.

Nos teatros de grupo, a espontaneidade é a regra de ouro. Por um lado, esta tem uma função plástica, potenciando uma capacidade de adaptação a um mundo em mudança. Por outro lado,

a função da espontaneidade promove o desenvolvimento psíquico, desbloqueando os conflitos internos, as emoções reprimidas e o incompreensível.

Quatro elementos são estruturantes no psicodrama: espontaneidade, criatividade, catarse e a história contada contemplada pela teoria dos papéis.

Para Moreno, o psicodrama promovia o eu total, como uma integração dinâmica entre o corpo, a psique e a sociedade.

Na estrutura básica do psicodrama, Moreno descreveu cinco instrumentos (cenário, protagonista, auditório, diretor e ego-auxiliar), três etapas (aquecimento, dramatização e comentários finais realizados pelo grupo e, na sua conclusão, pela equipa terapêutica) e três contextos (social, grupal e dramático)⁶.

Existem várias técnicas para a exploração da verdade psíquica, no contexto da dramatização. Por exemplo: o solilóquio, onde a pessoa expressa a média voz os pensamentos e os sentimentos mais secretos, até então, ocultados; a inversão de papéis, onde se coloca no lugar do outro, ampliando a perspetiva e o autoconhecimento através do outro; a técnica do espelho, permite que o sujeito seja refletido pelo ego-auxiliar, sobre diversas situações de vida, aspetos da sua personalidade e padrões de ação, por exemplo⁷.

A dinâmica psicodramática sublinha o tratamento individual feito em grupo, sublinha que não existem mentes sozinhas. Existem mentes emocionadas e vinculativas, existem mentes sociais. A realidade da pessoa que sofre de DC manifesta, como principais emergentes no psicodrama, o eu-corporal doloroso, a DC como uma relação específica e as inter-relações da pessoa com o mundo. Este modelo pretende reconstruir a integração vinculativa entre o corpo, a psique e a sociedade.

Observamos que o paciente comunica, predominantemente, com o corpo pautado pelo ritmo da dor e o seu impacto nos vários vínculos e papéis de vida. A dor parece criar vazios e, paradoxalmente, preenchê-los.

Tendencialmente, a pessoa com DC encontra-se regredida, com queixas depressivas e ansiosas, associadas ao isolamento sócio-afetivo, eventuais relações conflituais com possível transferência emocional para a equipa terapêutica.

Através da intervenção do psicodrama e musicoterapia, que se desenvolve na ação psicodramática e na interação com os elementos dos grupos, a pessoa terá a oportunidade de expressar e consciencializar, através dos movimentos criativos e espontâneos (do som à corporalidade), os elementos emocionais, cognitivos, relacionais e sociais associados e reativados pela dor.

A tolerância à dor e a motivação para a mudança aumentam, através do resgate da espon-

taneidade e das partes saudáveis da pessoa. Observando-se, igualmente, o poder que este modelo psicoterapêutico tem em descentrar a pessoa nas posições de excessiva vigilância da dor e do caráter dos pensamentos catastróficos e resistência à mudança.

O encorajamento à expressão das problemáticas emocionais, a capacidade de improvisação, a exploração da imagem corporal, plasticidade adaptativa e dos vários papéis sociais e familiares são objetivos contemplados.

A pessoa é espectador de si mesmo e do outro. Amplia o seu desenvolvimento pessoal, desinstalandando o excesso de identificação à doença, como principal papel de vida. A narrativa transforma-se.

Deste modo, objetiva-se o desbloqueio dos sentimentos de impasse, ansiedades catastróficas, comportamentos e estratégias patogênicas. Objetiva-se, igualmente, o contacto com as experiências genuínas e íntimas, para promover a motivação para uma mudança saudável. Reforça-se, deste modo, o encontro empático e a função geradora de significados mais toleráveis à mente humana.

Se é verdade que a arte que inspira o psicodrama é o teatro, na musicoterapia será a música.

No CMDBCL, optou-se por criar este encontro entre as linguagens complementares do psicodrama e da musicoterapia, onde a DC é o ponto de partida e o ponto de chegada será a pessoa reabilitada na sua dimensão psicossocial, incluindo-se-lhe a autonomia de tomada de decisão e de escolha.

Efetivamente, existem pontes comuns e complementares entre o psicodrama e a musicoterapia. E optou-se por realizar grupos terapêuticos, com este modelo integrado para o tratamento da DC, na frequência semanal, sustentado na construção de um lugar de intimidade, de escuta particular, de criatividade e descoberta de ser-se mais quem se é.

Musicoterapia para a dor crónica

A música é um recurso comum para a diminuição da ansiedade e da dor, procurada para experiências de bem-estar e de relacionamento. A musicoterapia, como método não farmacológico da terapia da DC, dirige experiências musicais ao abrigo dos objetivos da equipa multidisciplinar.

É num processo sistemático, dentro do contexto de uma relação terapêutica, que o musicoterapeuta aplica as técnicas que otimizam os efeitos sociais, emocionais, cognitivos, comportamentais e fisiológicos da música, na pessoa e no grupo.

O neurologista Oliver Sacks distingue a mobilização fomentada pela música para a coesão humana⁸. Esta é uma função empática que permite atender a necessidades relacionais da pes-

soa com DC. A música fornece um sentido de intencionalidade compartilhada⁹ que é utilizado na musicoterapia para o estabelecimento de confiança, facilitando a interação, a coordenação e a cooperação entre pessoas¹⁰.

A ressonância afetiva da música torna-a um veículo de expressão capaz de comunicar emoções básicas¹¹, assim como sentimentos ambivalentes, muitas vezes presentes na pessoa com DC. A musicoterapia assegura a utilização da música para regular a excitação emocional e o humor.

A música foca a ação e o pensamento na reatualização de experiências passadas, na vivência do presente ou na previsão de cenários futuros. A pessoa com DC desenvolve a sua musicalidade com as suas capacidades atuais. Em contraste com situações de perda e incapacidade, a aquisição de capacidades musicais potencia benefícios para o bem-estar, funções cognitivas e motoras.

A rede bilateral de regiões cerebrais ativada pela música está relacionada com a atenção, processos semânticos, memória, funções motoras e processos emocionais¹². Envolve a ação intencional e o planeamento do comportamento motor¹³, envolvendo a pessoa com DC na sua mobilização.

A música produz ainda uma redução na intensidade da dor, como conclui uma revisão que apresenta 31 estudos¹⁴. Aumenta a libertação de endorfinas e encefalinas, atuando na inibição descendente da dor¹⁵.

Melzack, Wesz e Sprague¹⁶ sugerem que a estimulação auditiva através da música, conjugada com sugestão, poderia efetivamente abolir a dor. Contudo, a duração da tolerância à dor não tem um aumento significativo. Estes resultados apoiam a integração dos processos psicológicos no tratamento da dor, que exercem um controlo dinâmico sobre os padrões de impulsos nervosos que influenciam a percepção de dor.

O psicodrama e musicoterapia, através das suas técnicas e estruturas, afirmam e ampliam a comunicação, o autoconhecimento, a integração social e uma modulação da DC na linha da maior tolerabilidade. Neste lugar, a pessoa terá a oportunidade de recriar novos significados à sua história da dor, através da capacidade de reequacionar as necessidades, desejos, encontros relacionais e novas escolhas.

Conclusão

A DC desafia os profissionais de saúde a repensarem-na, através da cumplicidade multidisciplinar dialogante, dos modelos teóricos e de intervenção multimodais.

A articulação do psicodrama com a musicoterapia tem-se revelado um dos instrumentos psicoterapêuticos eficazes no tratamento da DC e da dor psíquica associada, muitas vezes irrepresentável e incomunicável. A sistematização des-

te modelo psicoterapêutico potencia a tolerância à dor total, através da redução do padrão patogênico dos comportamentos estereotipados, das crenças irracionais, e prejuízo nos vínculos afetivos; e, por outro lado, a promoção do desenvolvimento de estratégias de *coping* da linha da autonomia, criatividade, espontaneidade, e motivação para o reconhecimento das potencialidades para as novas respostas ao mundo psicossocial e aos novos projetos de vida.

Bibliografia

1. Saunders C, Baines M. Living with Dying. The management of the terminal disease. Londres: Oxford University Press. 1983.
2. Gomes A. Abordagem Psicológica no Controle da Dor. Biblioteca da Dor. Permanyer Portugal. 2008.
3. Moreno J. Psicodrama. São Paulo. Cultrix. 1978.
4. Chevalier J, Gibebrant A. Dicionário dos Símbolos. Editorial Teorema. 1982.
5. Moreno J. Autobiografia. S. Paulo: Ágora. 2014.
6. Abreu JL. O modelo do Psicodrama Moreniano. Lisboa: Climepsi Editores. 2006.
7. Rojas-Bermudez. Introdução ao Psicodrama. São Paulo: 3.ª Ed. Mestres Jou. 1980.
8. Sacks O. Musicophilia: tales of Music and the Brain. Vintage Books. 2008.
9. Cross I. Musicality and the human capacity for culture. *Musicae Scientiae*. 2008;147-69.
10. Koelsch S. From social contact to social cohesion—The 7 Cs. *Music and Medicine*. 2013;5(4):204-9.
11. Juslin P, Soloboda J. Handbook of Music and Emotion: Theory, research, Applications. New York. 2010.
12. Altenmüller E, Finger S, Boller F. Music, Neurology, and Neuroscience: Evolution, the Musical Brain, Medical Conditions, and Therapies. Amsterdam: Elsevier. 2015.
13. Thaut M, Hoember V. Handbook of Neurologic Music Therapy. Oxford University Press. 2014.
14. Cepeda M, Carr D, Lau J, Alvarez H. Music for pain relief. 2010.
15. Beaulieu-Boire GB. Music and biological stress dampening in Mechanically-ventilated patients at the intensive care unit ward: A prospective interventional randomized crossover trial. *Journal of Critical Care*. 2013;442-50.
16. Melzack R, Casey K. Sensory, motivational, and central control determinants of Pain. In Kenshalo D, The Skin Senses. Springfield: Charles C. Thomas. 1968:423-39.

Hiperalgisia Induzida pelos Opioides: Mito ou Realidade?

Rita Inácio¹ e Janete de Jesus²

Resumo

Justificativa e objetivos: Os opioides são uma ferramenta fundamental para o tratamento da dor. Recentemente, têm sido publicados vários artigos científicos que sustentam a existência de hiperalgisia associada a estes fármacos. **Conteúdo:** A hiperalgisia está associada a uma sensibilização central com redução do limiar da dor, ampliação do campo recetivo e aumento da resposta a um estímulo nocivo. É provável que haja contribuição de múltiplos fatores e mecanismos neurobiológicos para a hiperalgisia induzida pelos opioides (HIO): ativação do sistema glutaminérgico central, aumento da dinorfina endógena e de péptidos excitatórios, facilitação descendente, alteração da resposta do recetor opioide, entre outros. Além disso, as alterações celulares ocorrem em vários locais anatómicos, desde o neurónio aferente da medula espinhal à glia, núcleos encefálicos e vias moduladoras descendentes. Parece existir relação entre a incidência de HIO e a dose, tipo e duração de tratamento com o opioide. O processo de diagnóstico, subsequente avaliação e tratamento do doente com suspeita de HIO é bastante complexo. **Conclusão:** Com a utilização crescente de opioides a HIO torna-se um problema bastante relevante de falência da terapêutica da dor que apresenta cada vez mais suporte científico.

Palavras-chave: Dor crónica. Hiperalgisia. Opioides.

Abstract

Background and objectives: The use of opioids is fundamental for the treatment of pain. In recent years, the growing body of literature supports the association between opioids and hyperalgisia. **Content:** Hyperalgisia is a state of central sensitization that results in lowering pain threshold, amplification of the receptive field and increased response to a noxious stimulus. Opioid-induced hyperalgisia (OIH) probably results from contribution of multiple factors and neurobiological mechanisms: activation of the central glutaminergic system, increase of endogenous dynorphin and excitatory peptides, descending facilitation, alteration of the opioid receptor response among others. In addition, cellular changes occur at various anatomical sites, from the afferent neuron of the spinal cord to the glia, encephalic nuclei and descending modulating pathways. It appears to exist a relationship between the incidence of OIH and the opioid dose, type and duration of treatment. The process of diagnosis, subsequent evaluation and treatment of the patient with OIH is quite complex. **Conclusion:** With the increasing use of opioids, OIH becomes a very relevant problem of pain therapy failure that presents more and more scientific support. (Dor. 2018;26(4):18-21)

Corresponding author: Rita Inácio, rita.g.inacio@gmail.com

Key words: Chronic pain. Hyperalgisia. Opioids.

¹Interna de Formação Específica em Anestesiologia

²Assistente Hospitalar de Anestesiologia

Departamento de Anestesiologia, Reanimação e Terapêutica da Dor

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

Amadora

E-mail: rita.g.inacio@gmail.com

Introdução

Os opióides são fármacos fundamentais no tratamento da dor moderada a intensa. Embora o seu objetivo terapêutico consista na analgesia, há evidência de que os opióides causam hiperálgia¹.

A International Association for the Study of Pain (IASP) define hiperálgia como uma sensibilidade álgica aumentada a um estímulo doloroso².

A hiperálgia induzida pelos opióides (HIO) é um estado de potenciação da sensibilidade álgica a estímulos dolorosos em doentes sob terapêutica com opióides. Historicamente, o fenómeno de HIO foi inicialmente descrito no século XIX, como um efeito paradoxal de exacerbação da sensibilidade álgica com a utilização de opióides³.

A apresentação da HIO com a utilização crónica de opióides caracteriza-se por um efeito antinociceptivo inicial, e subsequente perda do efeito terapêutico e hiperálgia progressiva³. Em termos gerais, vai ocorrer um desequilíbrio entre as vias nociceptivas e antinociceptivas⁴.

Métodos

Revisão bibliográfica a partir do motor de pesquisa PubMed com os termos MeSH Hyperálgia AND Opioid AND Induced com data de publicação entre 2000 e 2017.

Tolerância e hiperálgia

A eficácia da terapêutica opióide pode ser limitada pela ocorrência de duas situações clínicas: a HIO e a tolerância.

A hiperálgia está associada a uma sensibilização central, com redução do limiar da dor, ampliação do campo recetivo e aumento da resposta a um estímulo nocivo. Na HIO, o efeito analgésico diminui ao longo do tempo com uma determinada dose de opióide, não havendo melhoria com o aumento da dose – pelo contrário, pode haver agravamento da dor⁵.

Tolerância é o fenómeno em que a exposição ao opióide leva gradualmente à diminuição do seu efeito, sendo necessárias doses cada vez maiores para mantê-lo. Reflete a dessensibilização da via antinociceptiva⁵.

Farmacologicamente consistem em dois fenómenos distintos que podem envolver mecanismos celulares opostos, com dessensibilização (tolerância) e sensibilização (HIO)⁶. Contudo, na prática clínica, a distinção dos dois fenómenos é difícil. Ambos podem coexistir e há evidência de que a tolerância e a hiperálgia compartilham vários mecanismos celulares e alguns sistemas de neurotransmissores e recetores¹.

Fisiopatologia da hiperálgia induzida pelos opióides

Na HIO, os sistemas neurobiológicos que inicialmente respondem aos opióides e promo-

vem analgesia alteram-se com o tempo de tal forma que potenciam a nociceção. É provável que haja contribuição de múltiplos fatores e mecanismos neurobiológicos para a HIO. Além disso, as alterações celulares ocorrem em vários locais anatómicos, desde o neurónio aferente da medula espinhal à glia, aos núcleos encefálicos e às vias moduladoras descendentes^{3,4}.

Sistema glutaminérgico central

A ativação do sistema glutaminérgico central está envolvida nos mecanismos de HIO⁷. A expressão diminuída dos transportadores de glutamato origina um aumento dos níveis deste neurotransmissor excitatório no corno dorsal da medula e, conseqüentemente, leva ao aumento da atividade dos recetores N-metil-D-Aspartato (NMDA). Os recetores NMDA ativados pelo glutamato levam à entrada de cálcio na célula e conseqüente sensibilização central e inativação de recetores opióides^{1,8,9}.

Dinorfina

A administração de opióides provoca um aumento de dinorfina, um opióide endógeno, que pode ser um dos responsáveis pela HIO. A dinorfina espinhal é pró-nociceptiva e há evidência de que provoca libertação de neurotransmissores e péptidos excitatórios dos neurónios aferentes primários, promovendo a ampliação da aferência sensitiva nociceptiva^{6,11}.

Péptidos excitatórios

O aumento da expressão de péptidos excitatórios (péptido relacionado ao gene da calcitonina [CGRP], substância-P, nociceptina) a nível da medula rostral ventromedial potencia o *input* nociceptivo e está implicado no processo de hiperálgia^{9,10}.

Facilitação descendente

Outro mecanismo envolve a ativação das vias descendentes facilitadoras da dor pela ação dos opióides em *on cells* localizadas na medula rostral ventromedial¹¹.

Recetor opióide

A exposição crónica aos opióides pode alterar a resposta do recetor, que passa de uma resposta inibitória, com hiperpolarização da célula neuronal, para uma resposta excitatória que pode contribuir para a hiperálgia²³.

Existem outros mecanismos potencialmente implicados na génese da HIO como a libertação de citocinas, ativação da cicloxigenase (COX) e da óxido nítrico sintase e redução do controlo inibitório glicinérgico⁵.

Fatores associados à hiperalgesia induzida pelos opioides

Parece existir uma correlação direta entre a dose de opioide e a incidência de HIO⁵. Em dois estudos prospectivos, demonstrou-se que a administração intraoperatória de doses mais elevadas de opioides está associada a *scores* de dor mais elevados e maior consumo de opioides no pós-operatório^{3,6,12}. Contudo, existem estudos que relatam o seu aparecimento com a utilização de doses baixas de remifentanil e morfina^{13,14}.

A fórmula molecular parece ser importante para a gênese de HIO. Outro fator implicado é a curta duração da ação do opioide, como é o caso do remifentanil^{15,16}. Por outro lado, na maioria dos estudos sobre HIO em contexto de dor crônica, o opioide desencadeador é a morfina, levando à possibilidade do metabolito morfina-3-glicuronídeo estar implicado⁴. Além disso, existe sensibilidade cruzada com outros opioides⁶.

A HIO correlaciona-se com a administração prolongada de opioides⁵. O consumo crônico de morfina oral durante quatro semanas associou-se ao desenvolvimento de hiperalgesia⁴. Todavia, existem alguns estudos que demonstram o aparecimento de hiperalgesia em doentes após a administração de opioide por um curto período ou durante o período intraoperatório^{5,12,15}.

As diversas vias de administração estão implicadas na HIO⁵. A dor ocorre durante a infusão contínua do opioide, contrariando a hipótese de que a alteração sensitiva está associada à suspensão do opioide¹¹.

Diagnóstico da hiperalgesia induzida por opioides

Os mecanismos que levam ao desenvolvimento da HIO ainda são pouco claros, pelo que ainda não se formularam critérios ou *guidelines* oficiais para o diagnóstico de HIO³. Recentemente, Eisenberg sugeriu uma série de critérios clínicos para o diagnóstico de HIO¹⁷.

O diagnóstico da HIO é difícil. A redução da eficácia analgésica pode dever-se à tolerância ao opioide, HIO ou ambas. Também pode ser confundida com a suspensão aguda de opioides cujos sintomas podem mimetizar a HIO. A HIO deve ser considerada quando o aumento repetido da dose não consegue promover um efeito analgésico, provoca exacerbação da dor ou o surgimento de hiperalgesia/alodinia em local não associado à dor prévia, após exclusão de outras causas, nomeadamente progressão da doença de base ou uma lesão aguda *de novo*^{4,5}.

A dor é mais intensa do que a dor original, pouco definida em termos de qualidade e localização, e exibe um limiar diminuído⁶. A avaliação da hiperalgesia pode ser feita através do limiar de dor a um estímulo mecânico ou com o teste de tolerância ao frio⁵.

Abordagem e modulação da hiperalgesia induzida pelos opioides

O processo de avaliação e tratamento do doente com dor crônica e suspeita de HIO pode ser bastante lento e desafiante, com diminuição temporária da qualidade de vida do doente e necessidade de múltiplas consultas. A titulação do opioide pode revelar padrões de aumento ou diminuição da hiperalgesia.

Reduzir ou trocar o opioide são estratégias adotadas para prevenir ou tratar HIO, embora não exista evidência clara para as mesmas⁵. A rotação de opioides assenta no pressuposto de que a sensibilização cruzada dos opioides é incompleta, permitindo uma redução da dose administrada para um melhor efeito analgésico^{4,18}. A buprenorfina é um agonista opioide com atividade antagonista dos recetores κ , opondo-se à ação da dinorfina, que apresenta atividade anti-hiperalgésica, pelo que pode ser eficaz no controlo da HIO⁷.

Outras opções incluem o uso concomitante de baixas doses de antagonistas opioides ou de antagonistas de recetores NMDA. A inibição dos recetores NMDA pode impedir ou reduzir o desenvolvimento de HIO. Há evidência de que doses baixas de cetamina podem modular a HIO¹⁹. A metadona é um agonista opioide que apresenta um franco antagonismo NMDA e em vários estudos melhorou significativamente a HIO, após rotação para este opioide^{4,20}. Contudo, em estudos com doentes toxicodependentes sob metadona, esta parece ter um papel no desenvolvimento/agravamento da HIO³. A naloxona, como antagonista opioide puro, demonstrou em estudos animais promover os efeitos antinociceptivos dos opioides mas não demonstrou modulação dos efeitos da HIO²¹.

A estratégia mais usada para evitar tolerância e hiperalgesia do opioide é o uso concomitante de outros analgésicos, anticonvulsivantes, antidepressivos ou de técnicas invasivas, adotando uma abordagem multimodal da dor⁵. Os inibidores de COX-2 (ciclooxigenase-2) parecem promover inibição da hiperalgesia por estimulação da recaptção de glutamato no corno dorsal da medula espinal, além de bloquearem os recetores NMDA⁵. A pregabalina, clonidina e dexmedetomidina administradas no intraoperatório demonstraram eficácia na prevenção da hiperalgesia e diminuição do consumo de opioides²⁰.

O propofol tem sido proposto como protetor da hiperalgesia, através da sua ação nos recetores ácido gama-aminobutírico (GABA) supraespinhais²².

Conclusão

À medida que a prescrição de opioides aumenta no tratamento da dor crônica, a HIO torna-se cada vez mais relevante. Apesar do debate acerca da existência ou não da HIO, a

evidência científica crescente sustenta a HIO como uma entidade clínica real^{3,20}.

A HIO quando não diagnosticada pode ter consequências prejudiciais para o doente e a sua abordagem carece de um acompanhamento especializado.

Conflito de interesses

Nada a declarar.

Bibliografia

1. Angst MS, Clark JD. Opioid-induced hyperalgesia: a quantitative systematic review. *Anesthesiology*. 2006;104(3):570-87.
2. Merskey H, Bogduk N. Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage Classification of Chronic Pain, Second Edition, IASP Task Force on Taxonomy. Seattle: IASP Press. 1994:209-14.
3. Yi P, Pryzbylkowski P. Opioid Induced Hyperalgesia. *Pain Med*. 2015;16(1):S32-6.
4. Chu LF, Angst MS, Clark D. Opioid-induced hyperalgesia in humans: molecular mechanisms and clinical considerations. *Clin J Pain*. 2008;24(6):479-96.
5. Leal PC, Clivatti J, Garcia JBS, Sakata RK. Hiperalgisia induzida por opioides (HIO). *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 2010;60(6):643-7.
6. Mao J. Opioid-induced abnormal pain sensitivity: implications in clinical opioid therapy. *Pain*. 2002;100(3):213-7.
7. Silverman S. Opioid induced hyperalgesia: Clinical implications for the pain practitioner. *Pain Physician*. 2009;12(3):679-84.
8. DuPen A, Shen D, Ersek M. Mechanisms of opioid-induced tolerance and hyperalgesia. *Pain Manage Nurs*. 2007;8(3):113-21.
9. Ossipov MH, Lai J, King T, Vanderah TW, Porreca F. Underlying mechanisms of pronociceptive consequences of prolonged morphine exposure. *Biopolymers*. 2005;80(2-3):319-24.
10. Simonnet G, Rivat C. Opioid-induced hyperalgesia: abnormal or normal pain? *Neuroreport*. 2003;14(1):1-7.
11. Vanderah TW, Ossipov MH, Lai J, Malan TP Jr., Porreca F. Mechanisms of opioid-induced pain and antinociceptive tolerance: descending facilitation and spinal dynorphin. *Pain*. 2001;92(1-2):5-9.
12. Guignard B, Bossard AE, Coste C, Sessler DI, Lebrault C, Alfonsi P, et al. Acute opioid tolerance: intraoperative remifentanyl increases postoperative pain and morphine requirement. *Anesthesiology*. 2000;93(2):409-17.
13. Hood D, Curry R, Eisenach, JC. Intravenous remifentanyl produces withdrawal hyperalgesia in volunteers with capsaicin-Induced hyperalgesia. *Anesth Analg*. 2003;97(3):810-5.
14. Woodward OB, Naraen S, Naraen A. Opioid-induced myoclonus and hyperalgesia following a short course of low-dose oral morphine. *British Journal of Pain*. 2017;11(1):32-5.
15. Koppert W, Schmelz M. The impact of opioid-induced hyperalgesia for postoperative pain. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2007;21(1):65-83.
16. Schmidt S, Bethge C, Förster MH, Schäfer M. Enhanced postoperative sensitivity to painful pressure stimulation after intraoperative high dose remifentanyl in patients without significant surgical site pain. *Clin J Pain*. 2007;23(7):605-11.
17. Eisenberg E, Suzan E, Pud D. Opioid-induced hyperalgesia (OIH): A real clinical problem or just an experimental phenomenon? *J Pain Symptom Manage*. 2015;49(3):632-6.
18. Mercandante S, Arcuri E. Hyperalgesia and opioid switching. *Am J Hospice Palliative Med*. 2005;22(4):291-4.
19. DeKock MF, Lavand'homme PM. The clinical role of NMDA receptor antagonist for the treatment of postoperative pain. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2007;21(1):85-98.
20. Bannister K. Opioid-induced hyperalgesia: Where are we now? *Curr Opin Support Palliat Care*. 2015;9(2):116-21.
21. Tsai RY, Tai YH, Tzeng JI, Cherng CH, Yeh CC, Wong CS. Ultra-low dose naloxone restores the antinociceptive effect of morphine in pertussis toxin-treated rats by reversing the coupling of I-opioid receptors from Gs-protein to coupling to Gi-protein. *Neuroscience*. 2009;164(2):435-43.
22. Singler B, Tröster A, Manering N, Schüttler J, Koppert W. Modulation of remifentanyl-induced postinfusion hyperalgesia by propofol. *Anesth Analg*. 2007;104(6):1397-403.
23. Colvin LA, Fallon MT. Opioid-induced hyperalgesia: a clinical challenge. *Br J Anaesth*. 2010;104(2):125-7.

O Averso e o Direito no Doente Oncológico

João Santana Lopes

Talvez as metáforas sejam das poucas formas a que temos acesso para dizermos o indizível. Na verdade, representar o sofrimento, seja este físico ou psíquico, é sempre dar-lhe uma roupagem metafórica e assim possibilitar que se torne personagem dos sonhos e dos pesadelos que são encenados no palco da nossa imaginação — quer estejamos acordados ou a dormir. Quando ainda não têm um nome, uma forma ou uma representação, o medo, o sofrimento ou a dor que acompanham a condição de se estar doente tornam-se mais difíceis de suportar. Se não temos quem nos ajude a criar imagens ou histórias em que caibam a dor e o medo que acompanham as experiências particularmente penosas e indizíveis, corremos o risco de nos tornarmos colecionadores solitários de vivências dolorosas sem abrigo. Tentarei aqui fazer um percurso por esta função geradora de metáforas, centrando-me principalmente na relação com as imagens e em particular com as imagens fotográficas.

António Lobo Antunes¹, num texto para o livro *Olhares* do fotógrafo Eduardo Gageiro¹, escrevia assim sobre os fotógrafos da sua infância: «Tive sempre tanto medo dos fotógrafos: ordenam-nos que fiquemos quietos e principiam a examinar-nos, a sondar-nos, a aproximar-se, a afastar-se, semiescondidos naquela horrível órbita mecânica e míope que pestaneja de tempos a tempos a sua pálpebra circular, pedem-nos que sejamos naturais enquanto nos espiam só aparelho e mãos (um segundo aparelho, pendurado ao pescoço, fita-nos a baloiçar por alturas da barrega) e nisto um estalido devora-nos, a tal órbita mecânica engole-nos de súbito, passamos, como os mortos, para um quadrado de papel onde não somos nós continuando a ser nós, onde nos tornamos uma cara sem tempo ou um sorriso que não pertence a ninguém. [...] (eu não sorrio assim) [...]».

Também as técnicas imagiológicas, usadas para sondar e revelar as entranhas de quem se presume estar doente, não deixam, ao seu modo, de produzirem fotografias dos nossos avessos, de partes de nós nas quais dificilmente nos reconhecemos. É sempre um outro aquele que está representado na imagem e que o médico insiste em dizer que somos nós (tal como dizia Lobo Antunes sobre a sua relação com os fotógrafos)¹. Se o que a imagem mostrar for uma parte doente de nós, ainda mais é “um outro” aquele que nos dizem sermos nós. Uma parte de nós que outra parte de nós recusa aceitar que faça parte de si.

É a dor e o sofrimento físico que muitas vezes vêm dar uma realidade palpável àquele “outro” da fotografia que o médico dizia que éramos nós e a todos os medos que esse outro em si encerra. Porque, tal como os fotógrafos da infância de Lobo Antunes, também aqueles que sondam e revelam os nossos avessos nos deixam com medo, com muito medo, aterrados. E nesses momentos, tal como Lobo Antunes¹, todos voltamos à infância. Doentes, perdidos nesse não-lugar que é um hospital e perante adultos de bata branca, todos nos sentimos crianças desprotegidas chamando em silêncio por uma mãe que nos apazigue o medo que temos de sofrer e de morrer.

Esta noção de “não-lugar” foi roubada aos trabalhos antropológicos de Marc Augé², que, de uma forma particularmente sugestiva, nos ajudam a repensar o que designamos por humanização dos cuidados de saúde. Para este autor, o que define um lugar é a possibilidade de lhe concedermos uma identidade e uma história e de com ele estabelecermos uma relação. Neste sentido, os espaços hospitalares arriscam-se a ser o que Augé² designou por “não-lugares”. Numa instituição hospitalar, a identidade do doente é-lhe inicialmente conferida pela sua circunstância de doente e as relações que estabelece, tal como os procedimentos terapêuticos a que é submetido, são essencialmente funcionais e asséticas. Mas, se as equipas hospitalares forem capazes de humanizar suficientemente o tratamento e a relação, aquele que antes era apenas um doente passa a ser sentido e a sentir-se como uma pessoa, como “aquela pessoa”, alguém com nome, que começa a acreditar que tem uma existência dentro daqueles que dela

Psicólogo Clínico
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Unidade de Psicologia Clínica
Coimbra
E-mail: jsantanalopes@gmail.com

cuidam; aquele espaço e aqueles que assumem a função de cuidadores passam também eles a ter uma identidade própria, a relação com eles particulariza-se e passam a fazer parte da história daquele que por ter adoecido os procurou. O espaço hospitalar passa assim de “não-lugar” a “lugar” e as experiências dolorosas, bem como as angústias que as acompanham, passam a ter condições para deixarem de existir no “não-lugar” da negação e passarem a ter, dentro daquele que as vive, um “lugar” que possam habitar.

O confronto doloroso com o que fere, o que traumatiza — a realidade da doença ou de um dano físico grave — e a necessidade de o reparar, têm sido objeto do trabalho de Kader Attia³. No seu filme “Réfléchir la mémoire”, este artista trabalha sobre o fenómeno do membro fantasma em pessoas a quem um braço ou uma perna tinham sido anteriormente amputados. Elas eram colocadas junto de um espelho posicionado de forma a refletir a parte do corpo não amputada, enquanto escondia a outra metade. Ao olharmos para o conjunto formado pela metade do corpo visível e pelo seu reflexo no espelho, temos a ilusão de ver um corpo completo, sem qualquer amputação. Estas pessoas, quando colocadas neste dispositivo, onde no lugar do membro amputado aparece no reflexo do membro que permanece, têm a possibilidade de verem o seu corpo completo. O espelho era posteriormente retirado e tornava-se evidente o impacto integrador desta experiência, no sentido da promoção de um maior reconhecimento pelo próprio sujeito da realidade da perda do seu membro. A relação com estas imagens refletidas, que dão a ilusão de completarem um corpo entretanto tornado incompleto, constitui uma metáfora do processo de reparação/negação em curso, pois reparar o dano sofrido parece ser, num primeiro momento, restabelecer magicamente o estado anterior à doença ou ao acidente, só mais tarde se tornando possível integrar a nova realidade corporal.

Recordo um depoimento dado por Eduardo Nery, em que o pintor colocava estas mesmas questões da perda e da reparação, mas agora em relação à morte. Referia-se assim aos motivos pelos quais passou oito anos sem pintar: «A morte de um irmão foi um grande desgosto e um choque. Entrei numa situação de antipintura. Começo a destruir parcialmente as pinturas que fazia. Na lareira do meu atelier queimava parcialmente as obras. Para mim aquilo era pintar com o fogo. Era destruição, mas também era regeneração. Senti que fizera um atentado à pintura. A seguir há um vazio, um longo hiato. Quando pensava em pintar, não sabia o que fazer. Tinha ido longe demais na destruição da pintura anterior. Continuava a ser um pintor na teoria, mas na prática estava num impasse. Faço uma viagem dentro de mim próprio. Ao voltar aos primórdios da minha obra de pintor encontrei uma



Figura 1.

saída. Retomei a pintura interrompida. Voltei à pintura como havia começado: com gestos rápidos e espontâneos, libertadores. Continuei a minha caminhada como pintor». Também este processo destrutivo/criativo na relação de Eduardo Nery com a sua própria pintura constituiu aqui uma verdadeira metáfora do que ele internamente estaria a viver.

Um dia, questionado sobre esta fotografia (Fig. 1) dei a seguinte resposta: «Esta é a fotografia que eu gosto de fazer. Concede uma poética à realidade, mas ao mesmo tempo coloca a realidade no centro da poética que a reinventa — aquele limpa-para-brisas fica ali a matar! Penso que a vida, para ser vivível, não pode andar muito longe disto». Esta expressão faz-me recordar o filme “A vida é bela” de Roberto Benigni. É um filme que nos fala justamente sobre como tornar a vida vivível nos momentos em que ela comporta uma violência que ultrapassa a nossa capacidade de a suportar. É uma reflexão sobre a possibilidade de criar relações, metáforas, narrativas, que alberguem experiências tão difíceis de integrar como a chegada de uma criança a um campo de concentração nazi, mas que também poderia ser a perda de um membro — como nos apresenta Kader Attia³ — ou de um irmão — como aconteceu a Eduardo Nery — ou ainda uma dor física que se instala e nos condiciona a vida ou o confronto com um diagnóstico de doença oncológica.

Também a relação com a fotografia é colocada tantas vezes ao serviço desta necessidade de tornar a vida vivível — uma necessidade de sobrevivência, de re-criação de um sentido para a experiência. Donald Winnicott⁴ afirmava que o mundo, tal como se apresenta, é destituído de qualquer significado para o ser humano a menos que seja tanto criado quanto descoberto. Neste sentido, fotografia é uma espécie de parque infantil em que é possível brincar com um olhar que lê a realidade que os olhos veem, ao mesmo tempo que recria essa mesma realidade. É um olhar que vai ao encontro da realidade que se

lhe apresenta, mas é também uma realidade que vai ao encontro dos pensamentos, das fantasias ou das inquietações daquele que a olha. São os pensamentos que encontram aquela realidade que os olhos veem, mas que também são encontrados por ela e que, através dela, se encontram a si próprios. A fotografia — tal como outras formas de relação artística com a realidade — permite a criação de um espaço intermediário entre o dentro e o fora, entre o avesso e o direito, um lugar gerador das metáforas que as fotografias materializam.

As fotografias que fazem parte da série “O avesso e o direito”, exposta durante as 26.^{as} Jornadas da Dor do Hospital Garcia de Orta, ainda antes de se materializarem já eram metáforas portadoras de sentidos múltiplos. «No processo de construção desta exposição apercebi-me de que a relação com os avessos e, em particular, com os avessos de nós é um dos temas centrais na minha fotografia. As metáforas que a habitam ligam e re-ligam repetidamente o dentro e o fora.» Como se nestas fotos as pessoas ficassem com os avessos de fora: elas com os seus avessos escancarados perante o nosso olhar, mas ao mesmo tempo observando atentamente os avessos de quem para elas olha. Como se as fotografias nos mostrassem – fora – aquilo que – de dentro – normalmente só conseguimos vagamente imaginar. Um pouco o que psicoterapeuticamente tentamos fazer: entender o avesso do direito que nos é dado a observar.

No texto da folha de sala que acompanhou esta exposição podia ler-se o seguinte:

«Mostramo-nos pelo direito, mas funcionamos pelo avesso. O avesso é o verso, o reverso, o inverso, o adverso, a outra metade das coisas,

o não visível que faz o direito funcionar, o que não se vendo existe, ainda que tantas vezes não o reconheçamos. É onde ficamos quando algo nos vira do avesso. Mas é também onde existimos enquanto sonhamos, o lugar em que as sombras que persistem do que é vivido se encontram com aquelas que de outros tempos aguardavam e entre elas tecem das coisas as ligações de onde as palavras nascem. [...] O conjunto de fotografias aqui exposto constitui uma reflexão fotográfica sobre diversas facetas da relação com os avessos de nós — com o interior que oculta e revela, com os reflexos em que simultaneamente nos revemos e nos escondemos, com o outro em nós, o inquietante duplo, ao mesmo tempo estranho e familiar... O encontro desencontrado com o que não se deixa ver diretamente».

Julgo ser neste «encontro [tantas vezes] desencontrado com [um sofrimento] que não se deixa ver diretamente» que consiste uma parte substancial da relação de qualquer técnico de saúde com o doente oncológico ou com dor crónica; o encontro com o sofrimento daquele que se confronta com uma doença grave, que o deixa virado do avesso, com os avessos escancarados, em contacto íntimo com avessos de si de que sempre tinha conseguido proteger-se; um sofrimento que é transmitido a quem dele cuida, na forma de apelo, através de uma linguagem tantas vezes desencontrada, mas que anseia por ter quem a encontre.

Bibliografia

1. Gageiro E, Lobo Antunes A. Olhares. Edição de Autor. 1998.
2. Augé M. Non-lieux — Introduction à une anthropologie de la surmodernité. Éditions du Seuil. 1992.
3. Attia K. Réfléchir la mémoire (vídeo). 2016.
4. Winnicott D. Playing and reality. Tavistock Publications. 1971.

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA DO INSTRUMENTO KNOWLEDGE AND ATTITUDES SURVEY REGARDING PAIN (KASRP-PT)

Batalha LMC, PhD¹; Ferreira AC, Bs²; Ribeiro AL, PhD³; Raposo C, Bs⁴

1. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem.
2. Instituto Português de Oncologia de Coimbra, serviço de dor.
3. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
4. Centro Hospitalar Universitário do Porto, Hospital de Santo António, serviço de dor.

batalha@esenfc.pt

INTRODUÇÃO

A problemática da gestão da dor nos diversos contextos e a transversalidade na sua abordagem obriga a adequada formação dos profissionais de saúde.

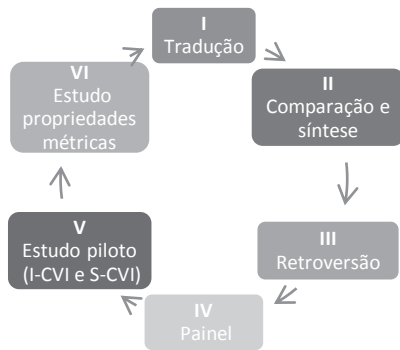
O *Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain* (KASRP) mede as atitudes dos profissionais de saúde na gestão da dor, sendo útil no diagnóstico das necessidades de formação e avaliação da proficiência das ações formativas (Ferrell & McCaffery, 2014).

OBJETIVO

Traduzir, adaptar culturalmente para Português e validar uma versão Portuguesa do KASRP (KASRP-PT) em Enfermeiros.

METODOLOGIA

Estudo metodológico (Sousa & Rojjanasirrat, 2011). Enfermeiros de 4 instituições (2 ESEnf, 2 Hospitais).



Propriedades métricas

- Validade (Vallejo, 1979)
 - grau de dificuldade e de discriminação dos itens (0,30 e 0,70);
 - itens com índice de discriminação negativos eliminados;
 - pelo menos 50% dos itens com índice de discriminação > 0,40;
- Fiabilidade (Koo & Li, 2016)
 - consistência interna pela fórmula de *Kuder-Richardson*;
 - estabilidade temporal (15 e 30 dias) ICC 95%.

QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTO E ATITUDES ACERCA DA DOR - VERSÃO PORTUGUESA (KASRP-PT)

Assinale com um círculo a resposta certa - Verdadeiro / Falso

	V	F
1. Os sinais vitais são sempre indicativos da intensidade da dor do doente.		
2. Devido ao sub-desenvolvimento do sistema nervoso, as crianças com menos de 7 anos têm sensibilidade à dor diminuída e memória limitada para experiências dolorosas.		

Escolha múltipla - Assinale com um 'x' a resposta correta.

31. A pessoa que melhor avalia a intensidade da dor do doente é:

- O médico assistente.
- O enfermeiro responsável pelo doente.
- O doente.
- O farmacêutico.
- O cônjuge ou a família do doente.

39. Doente B: O Roberto tem 25 anos e hoje é o primeiro dia após uma cirurgia abdominal. Quando entra no quarto, ele está deitado e quieto na cama e apresenta sinais de dor quando se mexe. A sua avaliação revela as seguintes informações: TA = 120/80 mmHg; FC = 80 bpm; FR = 18 cp/m; relativamente à dor, numa escala de 0 a 10 (0 = sem dor, 10 = dor máxima), o Roberto classifica a intensidade da sua dor como sendo um 8.

A. Nos registos do doente, deverá assinalar a dor na escala abaixo. Circunde o número que representa a sua avaliação da dor do Roberto.

0 → 1 → 2 → 3 → 4 → 5 → 6 → 7 → 8 → 9 → 10

Sem dor → Dor máxima

Copyright: Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain. Developed by Betty Ferrell, BS, PhD, FAAN and Elaine McCaffery, BS, MS, FAAN. http://www.enf.usf.edu

RESULTADOS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros (n=188)

Idade, média ± desvio padrão	36,4±9,0
Sexo feminino, n(%)	151 (80,3)
Categoria profissional (enfermeiro), n(%)	163 (86,7)
Serviço em instituição hospitalar, n(%)	153 (81,4)
Formação em dor (32h), n(%)	66 (35,1)

Equivalência conceptual, semântica e de conteúdo

- itens revistos :14, 15, 16, 18, 20, 22,28, 29, 33, 34, 35,38A e 38B;
- I-CVI : ,80 e 1,00 sendo o S-CVI médio,98.

Validade

- Baixo índice de dificuldade (0,67);
- Baixo índice discriminação (0,26).

Fiabilidade

- questionável (α Cronbach ,627);
- moderada estabilidade temporal (ICC 95% ,552 (,193 - ,744).

Versão reduzida (29 itens)

- itens eliminados 1, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 19, 21, 24, 33 e 35);
- fiabilidade aceitável (α Cronbach ,707);
- moderada estabilidade ICC 95% de ,567).

CONCLUSÃO

O KASRP-PT revela propriedades métricas **sofáveis**, todavia a utilização de uma **versão reduzida a 29 itens pode ser útil** para avaliar a proficiência das ações de formação e comparar resultados com outras realidades da prática de cuidados.

Não será de descartar a possibilidade de conceber um instrumento Português original com a mesma finalidade.

Referências

- Ferrell, B., & McCaffery, M. (2014). Knowledge and attitudes survey regarding pain. Revised 2014. Autor
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Sousa, V. D., & Rojjanasirrat, W. (2011). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), 268–274. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>
- Vallejo, P. (1979). Manual de avaliação escolar. Coimbra: Livraria Almedina



Attachment theory in chronic pain clinics

Fábio Monteiro da Silva¹; Joana Varandas²; Ernesto Silva³; Sara Moreira⁴

1 - Interno de Formação Específica de Psiquiatria, Hospital de Magalhães Lemos, Porto, Portugal
 2 - Interna de Formação Específica de Anestesiologia, Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal
 3 - Assistente Graduado de Anestesiologia, Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal - Unidade Funcional de Dor Crónica
 4 - Assistente Graduada de Psiquiatria, Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal - Unidade Funcional de Dor Crónica



XVI REUNIÃO
IBEROAMERICANA DE DOR
VI CONGRESSO APED
MOVIMENTO PARA O FUTURO

11, 12, 13 OUT '18 - LISBOA
HOTEL SANA MALHOA

Introduction

The therapeutic relationship (TR) lies at the center of the clinical practice in chronic pain clinics - without it, it would not be possible to make diagnosis or negotiate treatments. In patients with chronic low back pain, the quality of the TR predicts clinical outcomes. However, physicians frequently find it difficult to build trusting relationships with their patients. Attachment theory us a useful framework to understand difficult TRs in medical settings.

Attachment theory, developed by Bowlby, explains lifelong patterns of interpersonal relating as a result of early experiences of parent-infant interactions in situations of perceived danger or threat, which are internalized as internal working models of others and self. In the Bartholomew and Horowitz model of adult attachment, individuals can view themselves and others either positively or negatively, resulting in a four-quadrant model with four attachment styles (Fig. 1). Secure attachment is characterized by a positive view of self and others. Individuals who view themselves and/or others negatively have insecure attachment styles – further classified as preoccupied, dismissing and fearful. Preoccupied attachment results in dependency and clinginess. Dismissing attachment results in self-reliance and independency. Fearful attachment results in both dependency and hostility towards others.

The present case report illustrates how a disrupting TR with a patient with chronic low back pain was managed in the light of attachment theory, highlighting the role of psychiatry in the multidisciplinary management of patients with chronic pain.

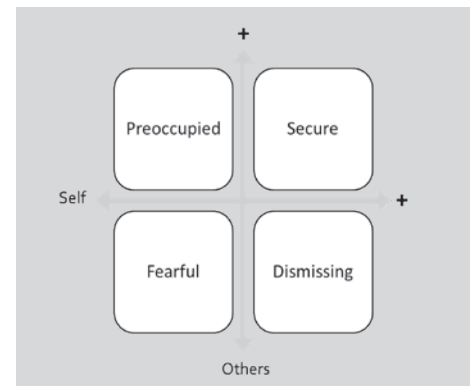


Fig. 1 – Adult attachment styles

Case report

G.D. is a 43-year-old woman who was referred to a chronic pain clinic by her neurosurgeon because of a multifocal, multifactorial, refractory and incapacitating chronic low back pain, for which she operated twice. At her first appointment with two chronic pain physicians, the patient was outright hostile, demanding, anxious and reluctant to accept suggested pharmacologic and non-pharmacologic interventions.

Given the incomprehensible behavior of the patient and the difficulty in delivering care, the case was discussed in a monthly multidisciplinary team that includes a psychiatrist and a psychologist.

Later, in psychiatric consultations, a life history of physical and emotional abuse/neglect was identified. Antidepressant medication for symptomatic treatment of anxiety and support psychotherapy improved the patient's behavior and her relationship with the team, ultimately allowing her to accept new treatments.

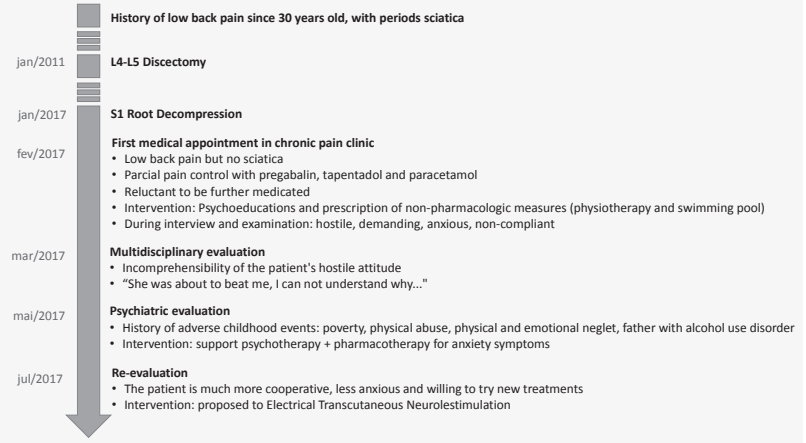


Fig. 2 – Case report chronogram

Discussion

This patient behaved in a paradoxical way - while asking for help, she was hostile and devaluing towards her physicians, as if she needed help but could not receive it. Attachment theory can be used to understand the patient's behavior in the context of the TR (Fig. 3). The pattern of interpersonal behavior demonstrated by the patient in this situation of vulnerability is typical of patients with fearful-avoidant attachment style, who frequently have antecedents of serious childhood adverse events. This interpersonal behavior in helping relationships is the result of perceiving others simultaneously as a source of help and danger. Fearfully attached individuals think that they are unworthy of care and that others are not trustworthy for giving appropriate care. All caregiving is viewed as potentially threatening or hostile. People with this attachment style will most likely be inconsistent with any mode of medical treatment. While other insecure attachment styles may be managed by physicians with simple strategies, some authors stress the need of psychiatric liaison in the management of patients with fearful attachment styles.

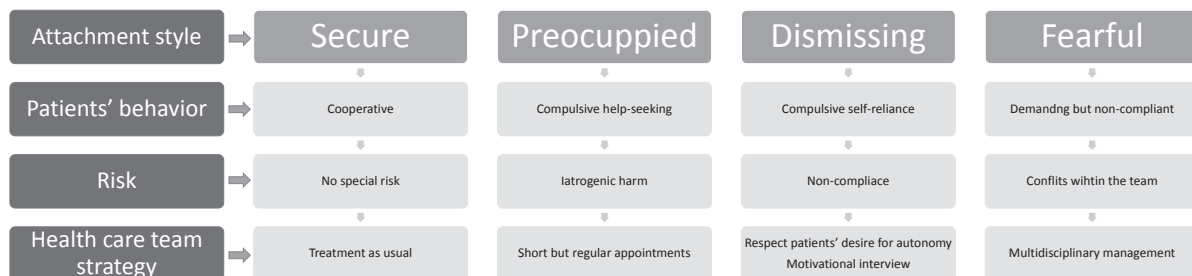


Fig. 3 – Attachment styles in clinical practice

Learning points

Attachment theory is a useful framework to understand and manage difficult TRs. Besides diagnosing and treating psychiatric comorbidities, the role of psychiatrists in multidisciplinary chronic pain clinics could be to cooperate with other physicians in understanding and dealing with difficult patients.

❖ The authors declare no conflicts of interest

• Bartholomew, K. and L. M. Horowitz (1991). "Attachment styles among young adults: a test of a four-category model." *J Pers Soc Psychol* 61(2): 226-244.
 • Bowlby, J. (1977). "The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. An expanded version of the Fifth Maudsley Lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists, 19 November 1976." *Br J Psychiatry* 130: 201-210.
 • Cortina, M. (2013). "The use of attachment theory in the clinical dialogue with patients." *Psychodyn Psychiatry* 41(3): 397-417.
 • Ferreira, P. H., M. L. Ferreira, C. G. Maher, K. M. Refshauge, J. Latimer and R. D. Adams (2013). "The therapeutic alliance between clinicians and patients predicts outcome in chronic low back pain." *Phys Ther* 93(4): 470-478.
 • Goessling, J., L. A. Lin and D. J. Clauw (2018). "Psychiatry and Pain Management: at the Intersection of Chronic Pain and Mental Health." *Curr Psychiatry Rep* 20(2): 12.
 • Hooper, L. M., S. Tomek and C. R. Newman (2012). "Using attachment theory in medical settings: implications for primary care physicians." *J Ment Health* 21(1): 23-37.
 • Jimenez, X. F. (2017). "Attachment in medical care: A review of the interpersonal model in chronic disease management." *Chron Illn* 13(1): 14-27.