

U. PORTO



FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Relatório de Estágio

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO NO SERVIÇO DE CONSULTA DA DOR DO
CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO PORTO**

INTERNSHIP REPORT AT THE PAIN CONSULTATION SERVICE AT CENTRO
HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO PORTO

Luís Filipe de Amorim Barbosa Moreira Pires

Orientador: Professor Doutor Pedro de Sousa Gomes

Porto 2023

Resumo

No seguimento do protocolo celebrado entre a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP) e o Centro Hospitalar Universitário do Porto (atualmente Centro Hospitalar Universitário de Santo António) para a realização de estágios em diversos serviços hospitalares, foi o serviço de Consulta da Dor do Centro Hospitalar Universitário de Santo António a base para o estágio tutelado pelo Dr. José Romão que deu origem ao presente relatório.

O serviço de Consulta da Dor tem a sua área de atividade centrada na Medicina da Dor, uma área multidisciplinar e multiprofissional cuja atuação é direcionada não só para a prevenção da dor, mas também para o diagnóstico, tratamento e reabilitação de doentes com dor. O especialista nesta área usa uma ampla abordagem para tratar distúrbios da dor, desde a dor como sintoma de doença até a dor como doença primária. Visa essencialmente o diagnóstico e tratamento de síndromes dolorosas crónicas de natureza oncológica e não oncológica, sendo neste momento usadas terapias farmacológicas, abordagens terapêuticas de bloqueios periféricos guiadas por técnicas imagiológicas, técnicas de neuroestimulação não invasivas ou minimamente invasivas, acupuntura médica, e aplicação de terapêuticas tópicas. Neste serviço podemos encontrar um vasto leque de profissionais de saúde, especialistas nas mais diversas áreas, tais como anestesia, neurologia, cirurgia maxilo-facial, oncologia, enfermagem, entre outros.

Com este estágio observacional foi possível acompanhar doentes com as mais variadas queixas no âmbito da dor, e perceber todos os passos desta consulta, desde que o paciente entra no consultório até que lhe é atribuído o plano de tratamento; bem como alargar os meus conhecimentos sobre as mais diversas terapêuticas aplicadas nos domínios desta área. Por consequência foi realizado um registo pormenorizado das consultas observadas, detalhado neste relatório.

A presença neste serviço hospitalar ao longo deste semestre permitiu-me desenvolver uma visão global de abordagem ao doente para além do foco objetivo da intervenção na prática clínica médico-dentária, implementando gradualmente alterações no meu modo de atuar na minha prática clínica. O controlo das expectativas e a gestão

da relação médico – doente, foram efetivamente as temáticas que mais me impactaram pela sua relação direta com a prática clínica médico-dentária.

Agradecimentos

Perto de findar mais uma etapa da minha vida, possivelmente aquela que mais me marcou e que mais memórias e experiências me permitiu guardar, o primeiro e maior agradecimento dirige-se à minha família pelo apoio incondicional nas mais diversas vertentes que me permitiu chegar aqui e ser quem sou.

Ao meu orientador, Professor Doutor Pedro Gomes, pela prontidão com que aceitou o desafio de me orientar e pela disponibilidade, paciência e vontade com que me guiou na elaboração deste relatório.

Ao Dr. José Romão e todo o corpo clínico do serviço de Consulta da Dor do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, pela hospitalidade com que me receberam e por todo o acompanhamento e disponibilidade dados ao longo deste semestre.

À Rita Arcanjo por todo o apoio, paciência, amor e compreensão com que me acompanhou assiduamente ao longo destes 5 anos, qualquer que fosse o momento.

Aos meus amigos por, diariamente, me fazerem conhecer o balanço necessário para aproveitar a vida e por me permitirem ter o privilégio de conhecer e integrar um círculo de pessoas tão harmonioso, que tornam as suas afincadas diferenças uma enciclopédia viva das relações humanas.

À Praxe e à Tuna, por me permitirem um percurso académico com sentido tradicional e diferenciado na atualidade, e principalmente pelas inesquecíveis experiências individuais e coletivas e todo o crescimento e conhecimento pessoal que me proporcionaram.

Índice

Resumo	I
Agradecimentos	III
Lista de abreviaturas	V
Introdução	6
A Consulta da Dor	9
Desenvolvimento e Discussão	11
Neuropatias periféricas	12
Artralgias.....	15
Fibromialgias	16
Dor crónica na coluna.....	17
Dor oncológica.....	18
Conclusões.....	20
Bibliografia.....	21
Anexo 1	23

Lista de abreviaturas

FMDUP – Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

CHUP – Centro Hospitalar Universitário do Porto

TENS - Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea

AINEs – anti-inflamatórios não esteroides

TACs – antidepressivos tricíclicos

SNRIs – inibidores de recaptção de serotonina e norepinefrina

Introdução

A Competência em Medicina de Dor é um título atribuído em Portugal, pela Ordem dos Médicos, ouvido o respetivo Colégio, que reconhece a existência de competências científicas, técnicas e profissionais, na área de Medicina de Dor, transversal a distintas especialidades médicas. Esta área de intervenção clínica dedica-se ao diagnóstico e tratamento de doentes que sofrem de condições dolorosas.

A dor é reconhecida como uma condição médica transversal a distintas especialidades de intervenção clínica, sendo em paralelo uma doença de elevada complexidade – e enquanto crónica, potencialmente decorrente de distintas entidades nosológicas, que assistem a uma abordagem de intervenção técnico-científica de perfil e desenvolvimento de competências individualizados. A dor crónica define-se então como sendo uma condição que persiste além do tempo normal de cicatrização de uma lesão, ou seja, por um período temporal superior ao identificado para a dor aguda (1). É uma experiência complexa e subjetiva que pode ter na causa uma variedade de condições médicas incluindo lesões músculo-esqueléticas, neuropatias, doenças degenerativas, cancro, fibromialgias e síndromes de dor complexas, entre outras (2). A dor crónica assume-se como um problema atual de saúde pública, associada a uma prevalência e custos elevados, podendo incorrer no desenvolvimento de incapacidade grave.

A abordagem na consulta da dor envolve uma avaliação abrangente do doente, incluindo a análise da história clínica, exame físico e, quando necessário, exames complementares de diagnóstico. Com base nessa avaliação, o médico desenvolve um plano de tratamento personalizado que atenda às necessidades específicas de cada doente, na procura do alívio do sofrimento, e na restauração da sua funcionalidade, melhorando assim a sua qualidade de vida.

Existem várias opções de tratamento utilizadas na medicina da dor, que podem ser classificadas em não invasivas, minimamente invasivas e invasivas (3). As não invasivas incluem terapias farmacológicas, como o uso de analgésicos, anti-inflamatórios e antidepressivos, terapias físicas, como fisioterapia, acupuntura, TENS (Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea) e psicoterapia (3). Estas abordagens visam reduzir a

dor, melhorar a função e promover o bem-estar emocional dos doentes. Já as terapêuticas minimamente invasivas envolvem procedimentos guiados por imagem, como bloqueios nervosos, infiltrações articulares, neuroestimulação e radiofrequência (3). Estes procedimentos são realizados com o objetivo de interromper a transmissão dos sinais de dor ou reduzir a inflamação em áreas específicas do corpo, proporcionando alívio aos doentes (3). Por último, as modalidades invasivas incluem cirurgias para tratamento da dor, como implantação de bombas de infusão de medicamentos ou elétrodos para estimulação cerebral profunda (3). Essas intervenções são geralmente consideradas como último recurso, quando as outras opções de tratamento se mostraram ineficazes.

A abordagem multidisciplinar é um aspeto fundamental da abordagem terapêutica a estes doentes, envolvendo a colaboração entre anestesistas, fisiatras, neurologistas, fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, para oferecer uma abordagem abrangente e holística ao cuidado dos doentes.

O serviço de Medicina da Dor foi formalmente estabelecido no Hospital Geral de Santo António (atual Centro Hospitalar Universitário de Santo António) na década de 1980, reconhecendo-se assim a necessidade de uma abordagem especializada no tratamento da dor. Inicialmente, este serviço foi implementado como uma unidade multidisciplinar, envolvendo médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde com experiência na área. Ao longo dos anos, tem-se dedicado ao avanço do conhecimento e práticas relacionadas com o tratamento da dor, em todas as suas vertentes. A equipa médica procura constantemente atualizar as suas competências e manter-se atualizada com os desenvolvimentos mais recentes na área da dor. Os profissionais estão envolvidos em projetos de investigação clínica e oferecem formação para estudantes de medicina, residentes e outros profissionais de saúde interessados em aprofundar os seus conhecimentos nesta área. Presentemente o serviço é constituído por 5 médicos anestesistas, entre os quais o Dr. José Romão, coordenador do serviço, 2 enfermeiras, um cirurgião maxilo-facial, uma médica fisiatra, um médico neurologista e uma psicóloga.

No seguimento do protocolo celebrado entre a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, e o Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP (atualmente Centro Hospitalar Universitário de Santo António)) para a realização de

estágios em diversos serviços hospitalares, foi este serviço a base para o estágio tutelado pelo Dr. José Romão na Consulta da Dor, que deu origem a este relatório.

Com este estágio observacional foi possível alargar as minhas competências além dos domínios da Medicina Dentária e aprofundar os meus conhecimentos da gestão e controlo da dor, uma área também ela fundamental na intervenção terapêutica na prática clínica médico-dentária. Desta forma foi possível acompanhar a integração de diferentes abordagens às diferentes problemáticas dos doentes, ficando evidente a necessidade de personalização das abordagens terapêuticas, no contexto destas intervenções. Com a observação das consultas de 6 de fevereiro a 9 de junho de 2023 foi possível acompanhar uma grande diversidade de situações clínicas com diferentes patologias e abordagens terapêuticas, que são descritas na sua totalidade no Anexo 1. Ao longo da discussão deste relatório é possível verificar as diferentes abordagens e a sua contextualização científica, divididas pelas patologias que foram sendo mais observadas.

A Consulta da Dor

Seguidamente será detalhada a rotina da atividade clínica observada no âmbito da Consulta de Dor, no contexto do estágio realizado.

A consulta da dor começa antes do doente entrar no consultório, com a realização de uma pesquisa breve por parte do clínico, da história prévia do doente. Esta análise engloba a visualização de exames complementares de diagnóstico existentes e de registos de consultas anteriores, incluindo as consultas de outras especialidades.

Com a entrada do doente é-lhe solicitada a exposição do motivo da consulta, sendo seguidamente realizada uma extensa e pormenorizada anamnese e recolhida a história clínica, no sentido de identificar a etiologia da condição patológica descrita. É sempre recolhida informação relativa à medicação utilizada, e avaliado o estado mental e social do doente. Todas estas informações são imprescindíveis à elaboração de um plano de tratamento adequado, que visa resolver ou minorar a situação identificada, minimizando o desenvolvimento de riscos potenciais com as abordagens terapêuticas indicadas. Durante a consulta é sempre dada a oportunidade ao doente de falar e de expor as suas preocupações e o impacto que a condição patológica tem na sua vida. Contudo é fundamental a boa gestão de expectativas por parte do clínico pois, frequentemente, os doentes consideram que poderão, após a terapia, resolver definitivamente a condição dolorosa, não sendo esta situação, por vezes, possível terapêuticamente. Cabe ao clínico gerir as expectativas e desenvolver abordagens que visem minimizar o impacto da dor na vida dos doentes e tornar possível a atividade de vivência diária com um mínimo de impacto.

No exame objetivo é pedido ao doente que descreva a dor e a sua intensidade, sendo para isso usadas ferramentas como o questionário DN4 (questionário específico para rastreio da dor neuropática), que consiste em 10 itens divididos em 4 perguntas onde as 2 primeiras são questões de entrevista ao doente e as 2 últimas relacionadas com o exame físico (4), ou uma escala numérica de dor (0-10), ou verificando de que forma a dor afeta a realização das tarefas quotidianas, sendo esta última a que mais foi usada durante a minha observação. No exame físico é verificada a existência de restrição de movimentos, avaliada a superfície cutânea do local doloroso e testada a alodinia através de um pincel e de uma caneta.

Tendo o médico recolhido toda a informação necessária, é elaborado um plano de tratamento em conjunto com o doente, procurando obter a sua colaboração ativa e participada, de forma que perceba o objetivo do plano, modulando assim as suas expectativas. É de realçar que esta é uma área de intervenção clínica onde o plano de tratamento requer um seguimento de maior proximidade pois cada doente reage e tolera a terapêutica proposta de forma diferente, sendo por vezes necessário adaptar a terapêutica farmacológica até se obter um equilíbrio adequado, com uma combinação que seja favorável e tolerável pelo doente. Alguns casos que exijam uma abordagem multidisciplinar são apresentados numa consulta de grupo que se realiza uma vez por mês com o intuito de promover a análise e discussão da condição clínica sob a perspetiva de diferentes especialidades.

Desenvolvimento e Discussão

Antes da discussão de alguns dos casos que observei, é importante uma pequena contextualização das terapêuticas mais aplicadas.

Numa primeira linha de intervenção, a abordagem passa pela administração de analgésicos não opiáceos, como o paracetamol ou anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), principalmente devido ao perfil favorável de efeitos adversos que apresentam (excetuando os AINEs em caso de prescrição crónica ou necessidade de dosagens elevadas devido ao risco que apresentam de comprometimento cardiovascular, gastrointestinal ou renal) (3). Os antiepiléticos, como a gabapentina e pregabalina; os antidepressivos tricíclicos (TCAs) como a amitriptilina; e inibidores de recaptção de serotonina e norepinefrina (SNRIs) como a duloxetina, são também grupos de fármacos considerados de primeira linha (5). O efeito analgésico dos antiepiléticos advém da redução da libertação de neurotransmissores excitatórios dos terminais nervosos, inibindo a subunidade alfa-2-delta do canal de cálcio dependente de voltagem (6). No caso dos TCAs e SNRIs, ambos atuam inibindo a recaptção de serotonina e noradrenalina, sendo o seu efeito analgésico obtido através do aumento da atividade da via inibitória descendente e aumentando o controlo da dor endógena (6). Também contribuem para o tratamento de depressão e alterações do sono que costumam afetar os doentes com dor crónica. São preferíveis numa primeira abordagem a outros grupos de fármacos, como os opiáceos, pois a sua utilização não cria tanta tolerância, nem os efeitos adversos são tão graves, principalmente em utilização prolongada (3).

Os analgésicos opiáceos como tramadol, tapentadol, codeína ou hidromorfona, são considerados numa segunda linha de intervenção precisamente pelo seu caráter aditivo, quando tomados cronicamente, e pelos seus potenciais efeitos adversos (5). Estes fármacos mimetizam o efeito das endorfinas ativando os recetores opióides no sistema nervoso central e atenuando assim a transmissão de sinais nociceptivos. Contudo o uso prolongado em pacientes idoso aumenta o risco de acidentes cardiovasculares (6).

Na última linha de abordagem farmacológica estão os analgésicos opiáceos de elevada potência, como a morfina e a oxicodona (5). Estes fármacos ativam recetores

opióides acoplados à proteína G causando uma hiperpolarização e reduzem a libertação de neurotransmissor na célula nervosa (6). Os efeitos laterais são, náuseas, obstipação, sedação, comprometimento cognitivo, depressão respiratória, o que pode ser fatal sendo por isso iniciado com doses mais baixas e aumentado à medida que aumenta a tolerância do doente (6).

Existem também tratamentos realizados no hospital que se têm mostrado bastante eficazes, como a aplicação de adesivos de capsaicina a 8%. A capsaicina é a substância ativa presente na malagueta, que lhe confere a sensação dolorosa decorrente da sensação picante, através da previsível ativação do recetor TRPV1 – um recetor catiónico permeável ao cálcio presente nas terminações nervosas de diversos nociceptores (7). A sua ativação é seguida por uma prolongada supressão de resposta a estímulos nóxios. Através da sua aplicação tópica, durante 30 a 60 minutos em ambiente hospitalar, verifica-se uma redução da dor crónica neuropática. É esperado que este alívio da dor perdure por 3 meses, não sendo, contudo, este resultado transversalmente observável em todos os doentes. Por vezes é visível uma melhoria significativa logo após a primeira aplicação, mas que apenas dura uns dias e noutros casos prolonga-se por meses. A aplicação pode ser feita de 3 em 3 meses, tendo a superfície cutânea que estar livre de qualquer patologia para ser possível o tratamento (8). Os bloqueios periféricos são outra terapêutica mais invasiva também usada com alguma frequência. Esta abordagem consiste na injeção de anestésicos locais, por vezes combinado com opiáceos ou agentes esteroides, podendo promover analgesia por um período de até 6 semanas (3, 5).

Seguidamente serão discutidas algumas das situações clínicas observadas durante o estágio, divididas pelas patologias mais observadas, que podem ser consultadas na integra na Tabela I do Anexo 1.

Neuropatias periféricas

Ao longo deste estágio a dor neuropática foi o motivo principal de uma grande parte das consultas a que assisti. A neuropatia define-se como sendo dor causada por uma lesão ou doença no sistema nervoso somatossensorial (9). Pode manifestar-se como formigueiro, sensação de queimadura, picadas, choques. Engloba nevralgia pós-

herpética, neuropatia diabética ou alcoólica, neuropatia pós-amputação, radiculopatia, nevralgia trigeminal, polineuropatia, entre outras (10).

No contexto desta condição patológica foram seguidos os casos 1, 3, 5, 10, 13, 15, 16, 17, 26, 27, 32, 33, 37, 38, 46, 49, 52, 59, 60, 61 – Tabela I. Como é possível observar nestes exemplos, a abordagem terapêutica mais comum assenta numa combinação das terapias acima referenciadas, para haver um melhor controlo da dor. Apresentam-se seguidamente alguns casos, a título de exemplo.

Caso 52 - Foi observado um homem de 69 anos com nevralgia pós-herpética em T2, T3 e T4 que apresentava alodinia mecânica dinâmica na região da lesão o que lhe provocava um “mal-estar constante devido ao uso de roupa”. Este doente estava medicado com pregabalina e já tinha realizado duas aplicações de adesivos de capseícina a 8% que referiu terem melhorado muito o seu bem-estar, mas não pelo tempo desejado. Neste caso não foi agendada nova aplicação pois não tinham passado ainda 3 meses desde a última aplicação, mas acrescentou-se amitriptilina à medicação.

Como vai ser possível verificar ao longo deste relatório, é comum a combinação de antiepiléticos com TCAs ou opiáceos, uma vez que se verifica a potenciação da ação dos antiepiléticos sendo possível a administração de uma dose menor, quando comparado com a abordagem de monoterapia de cada fármaco (6).

Caso 61 - Noutro caso, uma mulher de 61 anos apresentou-se numa consulta de controlo pós-aplicação de adesivos de capseícina a 8%, para o tratamento de uma neuropatia diabética com dor nos pés. A doente referiu que o tratamento melhorou bastante e já raramente sente dor, tendo ainda por vezes episódios de agudização. Neste caso foi medicada com gabapentina 300mg à noite, sendo que deverá duplicar a dosagem passado 1 mês, caso se sinta confortável com a dosagem atual.

Caso 10 - Ainda neste âmbito, uma doente de sexo feminino com 85 anos, diabética tipo 2 com história de acidente vascular cerebral por 2 vezes e uma cirurgia de remoção da safena para reconstrução coronária, apresenta dor persistente no membro inferior intervencionado. Está medicada com combinação de tramadol 75mg + paracetamol 650mg em caso de dor. Já fez duas aplicações de adesivos de capseícina a 8% sendo que teve excelentes resultados na primeira aplicação, prolongando-se o efeito por meses. Na segunda aplicação apenas sentiu efeito por 8 dias. Neste caso o

médico optou por manter a medicação e marcar uma terceira aplicação de capseína, para verificar se o resultado da primeira aplicação não se teria tratado de efeito placebo uma vez que a doente apresentava alguns sinais de demência.

Caso 46 - Quanto à neuropatia por amputação, um doente de 70 anos do sexo masculino chegou ao serviço descrevendo uma dor fantasma na perna amputada. Doente vinha medicado com 75mg de pregabalina, 60mg de duloxetina e 1g paracetamol em caso de dor. Dado o resultado positivo da medicação optou-se apenas por reduzir a duloxetina para 30mg, mantendo a restante medicação e incentivando à terapia de espelho, técnica não farmacológica muito usada nestes casos.

A terapia de espelho consiste na colocação de um espelho numa posição que permita ao doente ver o reflexo de uma parte do corpo. No caso de amputados, ao tapar a parte amputada e permitindo ao paciente ver um reflexo da parte íntegra nesse lugar, é possível criar a ilusão de que o outro membro também está íntegro e funcional provocando alívio da dor e redução da ansiedade, principalmente em pacientes cuja dor advém de cinesiofobia. Esta terapia apresenta grandes vantagens para estes pacientes por ser autónoma, barata e praticamente isenta de efeitos adversos. Contudo, em casos raros pode despoletar tonturas, confusão, aumento da dor, extinção motora ou aumento de discinesia, estando indicado a interrupção imediata da terapia (11),

Caso 60 - Como exemplo de uma radiculopatia, observei uma doente do sexo feminino com 52 anos que sofria duma radiculopatia no membro inferior esquerdo provocada por uma cirurgia falhada na coluna e cefaleias com irradiação cervical. A doente estava medicada com topiramato 25mg, naproxeno 500mg, zolmitriptano 5mg, gabapentina 300mg de manhã e 600 mg à noite e oxicodona 10mg de manhã e 15mg à noite. Optou-se por manter o esquema e acrescentar ciclobenzaprina 30mg durante 15 dias e começar ao fim dos 15 dias com amitriptilina 10mg antes de dormir.

Ficou assim evidente as diferenças nas abordagens de doente para doente consoante a causa da neuropatia e consoante o resultado da terapêutica previamente aplicada.

Artralgias

As artralgias que mais observei neste estágio foram omalgias e gonalgias (casos 6, 19, 21, 23, 25, 28, 35, 55 – Tabela I). A dor articular cursa com rigidez e pode surgir pelo uso excessivo da articulação, entorse, lesões, tendinites, doenças infecciosas (12). Neste tipo de patologias é de realçar a importância da fisioterapia em complementaridade com a terapêutica farmacológica para um bom controlo da dor e uma recuperação da funcionalidade do membro. O grande desafio a nível terapêutico assenta na minimização da utilização crónica de anti-inflamatórios.

Caso 6 - Uma doente de sexo feminino com 30 anos apresentava uma gonalgia direita. A dor era originária de um acidente de mota, tendo a doente sido reencaminhada do Serviço de Ortopedia. Apresentava hipermobilidade, e obesidade mórbida. Realizava fisioterapia, mas automedicava-se antes das sessões com ibuprofeno 600mg. Adicionalmente estava medicada com a combinação de paracetamol 500mg + codeína 30mg, duas vezes ao dia. Uma vez que aguardava cirurgia bariátrica optou-se pela suspensão do ibuprofeno mantendo-se apenas o paracetamol + codeína e incentivando a doente às sessões de fisioterapia.

Caso 19 - Doente do sexo masculino com 89 anos apresentava gonalgia direita. Já tinha realizado duas infiltrações intra-articulares de anestésico e corticosteroides que revelou terem proporcionado alívio durante 2 semanas após a aplicação. Estava em tratamento com indometacina 25mg, há 20 anos, referindo que tem vindo a reduzir. Já tinham sido tentadas terapêuticas com codeína e hidromorfona, não tendo sido obtidos resultados satisfatórios. Dada a idade do doente e a cronicidade da toma do anti-inflamatório, optou-se por não suspender o mesmo e marcar nova infiltração intra-articular.

Caso 35 - No âmbito das omalgias, uma doente de sexo feminino com 79 anos apresentou-se na consulta com omalgia bilateral. Estava anémica e apresentava história de diabetes *mellitus*, hipertensão, cirrose hepática e carcinoma hepatocelular. Estava em tratamento com acemetacina. Recomendou-se fisioterapia e medicou-se com combinado de tramadol 75mg + paracetamol 650mg, e paracetamol 1g em caso de dor. Foi agendado também um bloqueio do nervo supraescapular, a realizar primeiro no ombro mais doloroso, e posteriormente no outro após serem validados os resultados da técnica.

Nestes casos a terapêutica farmacológica passa preferencialmente pela administração de opiáceos e analgésicos. Embora o mais eficaz seja a administração de AINEs – cujo principal mecanismo de ação consiste na redução da produção de mediadores inflamatórios através da inibição das enzimas COX-1 e COX-2 – o uso crónico destes medicamentos acarreta risco de complicações cardiovasculares, gastrointestinais e renais (13). Mesmo reconhecendo os efeitos adversos, designadamente o desenvolvimento de tolerância no uso dos opiáceos, o seu uso em doses mais baixas combinado com analgésicos não opiáceos é uma das soluções mais utilizadas, no sentido de minimizar o uso crónico de AINEs, como se pode verificar nos casos apresentados. Numa abordagem mais invasiva, mas com ótimos resultados, os bloqueios periféricos e as infiltrações intra-articulares são opções bastante utilizadas dada a sua administração e ação no local da dor, e a sua ação analgésica que se pode estender até 6 meses, nos casos de maior sucesso, como referido anteriormente. A fisioterapia também é frequentemente recomendada, uma vez que, devido à dor, estes doentes têm tendência a inutilizar os membros, desenvolvendo cinesiofobia, o que frequentemente agrava a condição dolorosa e mental.

Fibromialgias

A fibromialgia caracteriza-se pela sensação de dor generalizada, associada a queixas neuromusculares dolorosas e difusas, bem como pela identificação de pontos específicos de sensação dolorosa (14). Os sintomas variam dada a subjetividade da doença e, para além da dor, podem englobar fadiga, distúrbios de sono, dificuldades cognitivas, rigidez muscular, cefaleias, alterações digestivas e sensibilidade aumentada a estímulos sensoriais como ruídos, luzes e odores fortes (14).

A abordagem terapêutica passa pelo controlo farmacológico da dor, mas também pela restauração da funcionalidade através da fisioterapia e por uma recuperação psicológica. Mudanças de estilo de vida, alimentação, gestão de stress e socialização são questões importantes a seguir num doente com diagnóstico de fibromialgia.

Caso 30 - Uma doente do sexo feminino com 72 anos, obesa, refere dores no corpo todo e muita fadiga quando realiza tarefas básicas do quotidiano. Estava medicada

com tramadol (solução oral) 0,5ml que tomava 3 vezes por dia. Manteve-se a terapêutica, recomendando-se a realização de exercício físico para perda de peso e aumento da resistência muscular e capacidade cardiorrespiratória.

Caso 44 - Noutro caso, uma doente de sexo feminino com 59 anos previamente diagnosticada com fibromialgia, apresentava também lombalgia após uma intervenção cirúrgica há cerca de 20 anos. Faz caminhadas diariamente, mas embora refira que a dor está controlada, acorda de noite com dor nos membros inferiores com alguma frequência. Estava em tratamento com tramadol 50mg, 2 vezes por dia, pregabalina 100mg, 2 vezes por dia, e fluoxetina 20mg ao jantar. Reduziu-se a pregabalina para 75mg e recomendou-se aumentar a prática de exercício físico, por exemplo, aulas de pilates, recomendação esta muito bem recebida pela doente.

Tal como descrito na literatura, verificou-se que a fibromialgia tem maior prevalência na população de sexo feminino (15). Verificou-se também a importância da terapêutica não farmacológica de âmbito mais psicológico e social na manutenção do bem-estar destes doentes. Relativamente aos fármacos, os opiáceos são, por norma, a opção de primeira linha no controlo da dor em doentes fibromiálgicos. Contudo, mais uma vez, a combinação de antiepiléticos, TCAs ou SNRIs pode ser muito benéfica para o doente, pois dependendo dos casos, pode até atuar também na resolução de outros problemas que acompanham estes doentes como estados mais depressivos ou distúrbios de sono (16).

Dor crónica na coluna

A dor crónica na coluna será um dos motivos mais comuns para a procura de cuidados na medicina da dor. Pode ter múltiplas causas, desde cirurgias para reparação de hérnias a atividades laborais predominantemente físicas e repetitivas. A terapêutica é essencialmente farmacológica e passa pela administração de analgésicos e opiáceos (17). Por vezes, opta-se pela combinação destes fármacos com antiepiléticos, TCAs e SNRIs, pelos motivos descritos anteriormente na dor neuropática.

Caso 11 - É exemplo desta última um doente, de sexo masculino com 50 anos, que compareceu na consulta com uma dorsolombalgia após 4 cirurgias à coluna, para

reparação de hérnias. Ficou inválido a partir da segunda cirurgia. Faz caminhadas curtas à volta de casa e ajuda nas tarefas domésticas mais básicas e que envolvem menos esforço. Estava medicado com tapentadol 100mg de manhã e 150mg à noite, e pregabalina 150mg, 2 vezes por dia. Manteve-se o esquema já que o doente considerava que a medicação o permitia levar uma vida minimamente normal sem ter crises de dor.

Caso 2 - Num caso em que a dor tem origem laboral, o doente de sexo masculino, 66 anos e jardineiro de profissão, apresentou-se na consulta com dorsolombalgia que refere ter origem no trabalho que executa. Vinha medicado com tramadol 150mg e trazodona. Dado que já não trabalha, foi reduzida a dose de tramadol para 100mg.

Caso 34 - Por vezes a dor crónica na coluna pode camuflar outras patologias. Um doente de sexo masculino e 70 anos compareceu na consulta com queixas de lombalgia. Era seguido na neurologia pois apresentava paraparésia. Estava em estudo o diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica. Tomava paracetamol 1g, 2 vezes por dia, e refere que melhorava a raquialgia. Manteve-se a medicação, acrescentando tramadol solução oral 0,5ml em caso de SOS.

Dor oncológica

A dor oncológica surge no serviço de consulta da dor, tanto por parte de doentes já intervencionados cirurgicamente para exérese do tumor, como por parte de doentes que reportam sensação dolorosa associada à neoplasia. Neste contexto a terapêutica mais comum e mais descrita na literatura é a administração de opiáceos para controlo da dor.

Caso 63 - Exemplo de dor provocada pela neoplasia num doente de 72 anos, sexo masculino, com uma braquialgia esquerda por metastização umeral de um melanoma maligno. Este doente vinha medicado com morfina 30mg, 2 vezes por dia, pregabalina 150mg à noite, escitalopram 10mg ao almoço e ibuprofeno 400mg, 3 vezes por dia. Suspendeu-se o ibuprofeno e acrescentou 100µg de fentanil a tomar com a morfina. Caso a dor agrave retoma o ibuprofeno.

Caso 36 - Noutro caso em que a dor é pós-cirúrgica, um doente de sexo masculino teve uma neoplasia da língua e mesmo depois da exérese da lesão teve de ser

submetido a uma hemiglossectomia. Retirou também o esternocleidomastóideo direito e fez esvaziamento ganglionar. Estava medicado com gabapentina 3 vezes ao dia num esquema de 300mg, 300mg e 150mg; e tramadol 100mg 2 vezes por dia. Manteve-se a medicação uma vez que o doente referiu que a dor estava bem controlada.

Nestes casos ficou evidente que, mesmo sendo a primeira abordagem, nem só de opiáceos se faz o controlo da dor oncológica. Tanto antiepiléticos como antidepressivos também apresentam bons resultados, principalmente quando combinados com opiáceos, tal como se encontra descrito na literatura (18).

Conclusões

Este estágio permitiu-me, para além do desenvolvimento de novos conhecimentos e competências no contexto da Medicina da Dor, desenvolver uma visão global de abordagem ao doente para além do foco objetivo da intervenção na prática clínica médico-dentária, e contactar com uma realidade que me era desconhecida. Ao longo desta experiência, vivenciei no quotidiano uma mudança gradual nos meus hábitos clínicos, principalmente no que concerne à anamnese e recolha da história clínica, ao registo da consulta e à interação com o doente. Considero que estes três pontos são fundamentais para um correto enquadramento, seguimento e tratamento dos doentes e não devem ser descurados em qualquer consulta.

Relativamente à interação com o doente, foi evidente que estabelecer uma boa relação com o mesmo é sinónimo de cooperação no tratamento. Por vezes não é fácil e prolonga o tempo de consulta, mas a participação ativa do doente no processo terapêutico substancia-se como determinante, tornando-se esta temática essencial no âmbito da gestão das expectativas e na melhoria do sucesso da intervenção. No caso particular da Medicina da Dor, esta será a parte mais complexa da consulta, pois é o momento em que se explica ao doente e aos seus acompanhantes que a terapêutica não vai permitir a resolução completa do quadro doloroso. Grande parte do sucesso destas terapêuticas reside no entendimento por parte do doente de que vai ter de viver com a dor, mesmo sabendo que há formas de a atenuar.

Considero que esta parte foi especialmente importante para a minha formação enquanto futuro médico dentista, pois trata-se da mesma temática de gestão de expectativas, enquadrada numa ação assistencial de âmbito distinto do da Medicina Dentária. É fundamental uma relação de cooperação e compreensão com o doente para que ele perceba que qualquer tratamento que se realize não tem uma garantia absoluta de resultado sucesso, nem uma duração indeterminada. A expectativa na prática clínica médico-dentária deverá ser sempre a de recuperar a funcionalidade e melhorar a qualidade de vida, tal como na Medicina da Dor.

Bibliografia

1. Apkarian AV, Baliki MN, Geha PY. Towards a theory of chronic pain. *Progress in Neurobiology*. 2009;87(2):81-97.
2. Cathy M. Russo M, William G. Brose M. Chronic Pain. *Annual Review of Medicine*. 1998;49(1):123-33.
3. Hylands-White N, Duarte RV, Raphael JH. An overview of treatment approaches for chronic pain management. *Rheumatology International*. 2017;37(1):29-42.
4. Preston FG, Riley DR, Azmi S, Alam U. Painful Diabetic Peripheral Neuropathy: Practical Guidance and Challenges for Clinical Management. *Diabetes Metab Syndr Obes*. 2023;16:1595-612.
5. Szok D, Tajti J, Nyari A, Vecsei L. Therapeutic Approaches for Peripheral and Central Neuropathic Pain. *Behav Neurol*. 2019;2019:8685954.
6. Colloca L, Ludman T, Bouhassira D, Baron R, Dickenson AH, Yarnitsky D, et al. Neuropathic pain. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;3:17002.
7. Chung M-K, Campbell JN. Use of Capsaicin to Treat Pain: Mechanistic and Therapeutic Considerations. *Pharmaceuticals*. 2016;9(4):66.
8. Derry S, Rice AS, Cole P, Tan T, Moore RA. Topical capsaicin (high concentration) for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;1(1):CD007393.
9. Murnion BP. Neuropathic pain: current definition and review of drug treatment. *Aust Prescr*. 2018;41(3):60-3.
10. Finnerup NB, Kuner R, Jensen TS. Neuropathic Pain: From Mechanisms to Treatment. *Physiol Rev*. 2021;101(1):259-301.
11. Wittkopf PG, Johnson MI. Mirror therapy: A potential intervention for pain management. *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 2017;63(11):1000-5.
12. Schaible H-G, Richter F, Ebersberger A, Boettger MK, Vanegas H, Natura G, et al. Joint pain. *Experimental Brain Research*. 2009;196(1):153-62.
13. Vane JR, Botting RM. Mechanism of Action of Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs. *The American Journal of Medicine*. 1998;104(3, Supplement 1):2S-8S.
14. Garcia Rodriguez DF, Abud Mendoza C. Physiopathology of fibromyalgia. *Reumatol Clin (Engl Ed)*. 2020;16(3):191-4.

15. Bidari A, Moazen-Zadeh E, Ghavidel-Parsa B, Rahmani S, Hosseini S, Hassankhani A. Comparing duloxetine and pregabalin for treatment of pain and depression in women with fibromyalgia: an open-label randomized clinical trial. *Daru*. 2019;27(1):149-58.
16. Maffei ME. Fibromyalgia: Recent Advances in Diagnosis, Classification, Pharmacotherapy and Alternative Remedies. *Int J Mol Sci*. 2020;21(21).
17. Wylde V, Dennis J, Beswick AD, Bruce J, Eccleston C, Howells N, et al. Systematic review of management of chronic pain after surgery. *Br J Surg*. 2017;104(10):1293-306.
18. Scarborough BM, Smith CB. Optimal pain management for patients with cancer in the modern era. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(3):182-96.

Anexo 1

Tabela I - Sumário dos casos clínicos observados

Nº	Sexo	Idade	Motivo da consulta	História Clínica	Diagnóstico	Medicação Atual	Plano de tratamento
1	M	-	“Tenho dores nos pés tipo picadas e formiguelo e na coluna”	História de alcoolismo pesado com abstinência e recaída seguida de abstinência. Operado à coluna – motivo da lombalgia. Já fez aplicação de Capsaicina nos pés que apenas surtiu efeito nos primeiros 8 dias após aplicação. Para a coluna refere que apenas os anti-inflamatórios surtem efeito.	Neuropatia alcoólica nos pés e lombalgia	Etoricoxib 2x/dia	Continuar o anti-inflamatório. Repetir Capsaicina assim que fizer os 2 meses
2	M	66	“Tenho dores frequentes nas costas. Quando me dá as crises nem consigo trabalhar”	Apresenta dores na coluna. É jardineiro e a dor é crônica devido ao trabalho. Refere que se fizer esforços antes de dormir acorda com dores. Dor incapacitante quando tem crises	Dorsolombalgia	Tramadol 150mg Trazodona	Reduzir Tramadol para 100mg
3	F	49	“Tenho a mão e o braço esquerdo constantemente dormentes e dores no pescoço”	Costureira de profissão foi submetida a cirurgia de hérnia discal C4/C5 e C5/C6. Ficou com dor no membro superior. Tomou corticoides, múltiplos anti-inflamatórios. Tem um luto mal resolvido. Apresenta cinesiofobia. Refere que a fisioterapia ajuda muito	Cervicalgia e radiculopatia	Tapentadol 50mg (12/12h) Gabapentina 400mg (3x/dia) Mirtazapina (noite) Suspende Ciclobenzaprina Bromazepam	Tapentadol 50mg (12/12h) Gabapentina 400mg (3x/dia) Mirtazapina (noite) Suspende Ciclobenzaprina Bromazepam
4	F	66	“Desde a operação que fiquei com dores na parte de fora do pulso”	Encaminhada da ortopedia com dor no bordo cubital do punho esquerdo após cirurgia no 6º compartimento. Já fez capsaicina que só produziu efeito nas 2 semanas após o tratamento. Apresenta alodinia. Refere a maior parte do tempo não tem dor, mas por vezes sente umas picadas (tipo agulhas) com cerca de 10 minutos de duração que desaparece gradualmente.	Dor no bordo cubital do punho esquerdo	Amitriptilina	Não vai fazer novo tratamento com Capsaicina. Avaliar evolução na próxima consulta.
5	F	79	“Tenho dores nas costas em baixo e a sensação constante de formiguelo nas pernas”	Apresenta radiculopatia direita com 1 ano de evolução. Refere formiguelo nas pernas	Lombalgia e radiculopatia	Paracetamol 1g (2x/dia) Pregabalina (2x/dia) Ibuprofeno 600mg (SOS)	Suspende o Ibuprofeno. Reavaliar a 4 de maio.
6	F	30	“Tenho dores no joelho direito, desde que tive o acidente”	Doente encaminhada da ortopedia por dor no joelho direito após acidente de moto e queda de muro. Apresenta hiper mobilidade. Faz fisioterapia e toma Ibuprofeno antes das sessões. Tem obesidade mórbida e aguarda cirurgia bariátrica.	Gonalgia direita	Paracetamol 500mg + Codeína 30 mg (2x/dia) Ibuprofeno 600mg (antes das sessões de fisioterapia)	Suspende Ibuprofeno (por causa da cirurgia bariátrica) Mantém Paracetamol + Codeína e fisioterapia

7	F	-	“Tenho dores nas costas na região média e na lombar”	Apresenta dor na coluna nos 2/3 inferiores, principalmente quando carrega cargas. Suspeita de hérnia na região torácica da coluna. Em Rx não há evidência. Seguida em Neurocirurgia onde aguarda RM dorsal. Eletromiografia não apresenta evidência de polineuropatia, processo miopático ou radiculopatia motora cervical lombossagrada.	Dorsolombalgia	Tapentadol (150mg manhã e 100mg noite) Tramadol (SOS)	Mantém
8	M	-	“Tenho uma dor, às vezes é intolerável, que vai desde o escroto até ao ânus”	Apresenta dor perineal desde que fez ecografia prostática transretal. Dor alastra-se do ânus ao escroto. Agrava-se ao caminhar e se usar roupa justa. Tem doença Parkinson.	Dor perineal	Tramadol + Paracetamol (12/12h)	Tramadol + Paracetamol (8/8h) Bisacodilo
9	F	-	“Dói-me a cicatriz da cirurgia do cancro que tive na mama”	Doente teve carcinoma na mama esquerda. Fez quimioterapia e removeu cirurgicamente o tumor. Situação oncológica estabilizada. Apresenta gastrite crónica e Tiroidite de Hashimoto. Apresenta dor no local da cicatriz que agrava com pressão local ou fricção. Situação dolorosa evolui há 2 anos. É uma pessoa ativa e a dor não a impede das tarefas diárias nem de laser pois faz adaptações. Realizado exame objetivo onde não revelou cinesiofobia, mas sim alodinia mecânica estática e dinâmica.	Dor cicatricial	Levotiroxina sódica 100 Pantoprazol (SOS) Sertralina Bromazepam Trazodona Atorvastatina Paracetamol (SOS)	Mantém a medicação atual com Paracetamol em SOS Realiza tratamento com Capseícina
10	F	85	” Desde que fui operada à perna fiquei com uma dor constante”	Dor persistente pós-cirúrgica no membro inferior direito após cirurgia de remoção da safena para reconstrução coronária. É diabética tipo 2. Já teve 2 AVC's. Apresenta alguns sinais de demência pois perde facilmente o foco e repete-se. Já fez 2 aplicações de capseícina sendo que a primeira teve muito bons resultados que se prolongaram por meses. A 2ª teve resultado por 8 dias.	Neuropatia pós-cirúrgica no membro inferior direito	Tramadol 75mg + Paracetamol 650mg (SOS)	Mantém medicação. 3ª aplicação de Capseícina
11	M	50	“Continuo com as dores, mas a medicação alivia e permite-me fazer algumas coisas”	Doente intervencionado cirurgicamente à coluna 4 vezes devido a hérnias. Ficou inválido na segunda cirurgia. Já teve alta da neurologia, mas continua a ser seguido em psicologia, psiquiatria e fisioterapia. Faz caminhadas curtas à volta de casa e ajuda em algumas tarefas domésticas. Refere que a dor está controlada com a medicação atual.	Dorsolombalgia	Tapentadol 100mg (manhã) e 150mg (noite) Pregabalina 150mg (2x/dia)	Mantém
12	F	-	“Tenho muitas dores na barriga, mas principalmente na lombar”	Doente sobrevivente de cancro do colo do útero. Tem sarcoidose pulmonar. Apresenta dor na parede abdominal e na coluna lombar. Dor ao exame físico localizada na transição dorso lombar à direita. Seguida na Psiquiatria.	Dor na parede abdominal e lombalgia	Metamizol magnésico Pregabalina Etoricoxib	Suspende Metamizol magnésico (devido aos rins) Etoricoxib (SOS) Tramadol + Paracetamol Pregabalina Infiltração ecoguiada na coluna lombar

13	F	-	“Continuo com dores na perna, parece formigueiro, mas às vezes dá choque”	Doente com dor neuropática nos membros inferiores (do joelho para baixo). Já realizou várias aplicações de Capsaicina em ambas as pernas. Descreve choques, picadelas e formigueiros.	Neuropatia nos membros inferiores	Naproxeno Buprenorfina (1/2 penso) Amitriptilina	Suspende naproxeno; Toma Etodolac (SOS); Faz 1 penso de buprenorfina; Mantém Amitriptilina
14	M	-	“Continuo com dores no maxilar inferior”	Doente oncológico. Teve cancro oral que recidivou e por isso volta ao serviço. Já fez glossectomia parcial há 20 anos. Tem tumefação submentoniana. Nunca deixou de fumar nem de beber.	Dor por cancro oral	Fentanil Paracetamol 3x/dia Tramadol gotas (5 gotas)	Mantém plano. Tramadol passa a 10 gotas Pregabalina Lorazepam
15	F	-	“Dor na cervical”	Doente teve herpes zoster na região de C3/C4 á esquerda. Nesta consulta iria reduzir a medicação, mas a repetição de episódios agudos levaram-na a aumentar a dose para o dobro que irá manter até à próxima consulta.	Nevralgia pós-herpética	Pregabalina 50mg (12/12h)	Pregabalina 100mg (12/12h)
16	F	-	“Dor na lombar que irradia para a frente pelo lado direito”	Doente com nevralgia pós-herpética. Dor na região lombar e anterior do abdómen à direita. Já fez tratamento com capsaicina e referiu melhoria nos 15 dias subsequentes. Refere que a medicação lhe provoca algumas tonturas.	Nevralgia pós-herpética	Gabapentina 300mg (12/12h)	Mantém medicação. Novo tratamento com capsaicina quando fizerem 2 meses do último.
17	F	-	“Dor no braço esquerdo”	Doente intervencionada cirurgicamente devido a mielopatia cervical C4/C5. Já apresentava dor no membro superior esquerdo antes da cirurgia, algo que esta não alterou. Alodinia térmica na mão esquerda.	Braquialgia esquerda	Tapentadol 150 (12/12h) Gabapentina 600 (12/12h) Duloxetina 60 (manhã)	Mantém medicação. Recomenda-se natação quando as tensões estabilizarem.
18	M	-	“Dor na região abaixo da axila”	Doente oncológico. Tem adenocarcinoma no pulmão esquerdo com evasão dolorosa do arco costal. Ex-fumador. Apresenta formigueiros e a pressão digital alivia a dor. Tem clínica de dor óssea oncológica metastática por isso vai ser avaliada a administração de corticoides.	Ostealgia oncológica no arco costal	Fentanil Morfina (10 gotas 4/4h) Diclofenac 100 (12/12h) Pregabalina 75 (12/12h)	Fentanil Pregabalina 100 (12/12h) Morfina 20 Prednisolona 40 (4 dias)
19	M	89	“Dor no joelho direito. Custa-me apoiar nele”	Doente com gonalgia direita. Já fez 2 bloqueios no joelho direito nos últimos 2 meses, referindo alívio de 2 semanas após aplicação. Toma indometacina há 20 anos, tendo conseguido reduzir a dose de 75mg para 25mg. Já tomou codeína e hidromorfona sem obter efeito.	Gonalgia direita	Indometacina 25mg	Mantém Indometacina. Novo bloqueio.
20	M	86	“Desde que fui operado fiquei com dores, mas agora está suportável”	Doente com insuficiência cardíaca foi intervencionado cirurgicamente à coluna lombar por hérnia. Ficou com dor pós-operatória. Toma paracetamol quando tem mais dores.	Lombalgia	Paracetamol 1g (SOS)	Alta
21	F	46	“Desde os 15 anos que tenho dores nos joelhos, já fui operada	Doente referenciada de ortopedia após cirurgia de alinhamento da rótula. Intervencionada a primeira vez aos 15 anos com cirurgia patelar, tendo tido mais	Gonalgia esquerda	Ibuprofeno (SOS)	Deixa AINE's e passa a Paracetamol em SOS.

			várias vezes sem melhoria”	3 cirurgias ao joelho e 1 artroscopia. Refere que a dor melhora com calor e anti-inflamatórios. O frio agrava. Já fez bloqueios no joelho, infiltrações de ácido hialurônico, 5 aplicações de capseína, sendo esta última a que apresenta melhores resultados. Deixou de tomar naproxeno e passou a ibuprofeno por se sentir mal.			Nova aplicação de capseína.
22	F	65	“Tenho dores nas articulações do corpo todo”	Doente já realizou vários exames e vem com diagnóstico de uma suposta artrite sero negativa, sem sinais de sinovite. Proposta de toma de metotrexato, rejeitada pelo anestesista por não haver sinais evidentes de doença.	-	Tapentadol 50	Tapentadol 50
23	F	80	“Tenho dores no ombro direito e agora no esquerdo desde que o parti”	Doente operada a cancro na mama. Já fez cobaltoterapia. Após tratamentos do cancro ficou com radiodermite que foi fechada com excerto após 5 tentativas. Não pode tratar diretamente a dor no ombro, pois sempre que faz fisioterapia abre ferida na zona da úlcera. Fraturou o ombro esquerdo há 1 mês.	Omalgia bilateral	Tapentadol 50 (12/12h)	Mantém tapentadol. Paracetamol + Tiocolquicosido (2 comp. ao lanche). Paracetamol (ao levantar e ao deitar).
24	F	-	“Dores nas pernas e formigueiro nas mãos”	Doente diabética. Apresenta formigueiro nas mãos e nas pernas desde que teve infeção por Covid-19. Tem histórico de intolerância a alguns medicamentos. Pedida eletromiografia para diagnóstico diferencial entre neuropatia diabética e radiculopatia lombossagrada.	Aguarda exames complementares	-	Hidroterapia. Paracetamol 500 + Codeína 30
25	M	-	“Tenho dores no joelho desde que tive um acidente. Parece um formigueiro lá dentro”	Doente sofreu traumatismo no joelho esquerdo em 2020. Tem dor principalmente a dormir. Faz fisioterapia que ajuda no reforço muscular e no alívio das dores. Ia fazer aplicação de capseína, mas a pele não estava em condições para tal.	Gonalgia pós trauma	Paracetamol (SOS)	Mantém Paracetamol em SOS. Agenda nova aplicação de capseína.
26	M	60	“Dores nas pernas”	Doente com possível Síndrome Poliarticular (em estudo). Apresenta neuropatia nos membros inferiores. Faz exercício em casa enquanto aguarda a fisioterapia.	Neuropatia membros inferiores	Tramadol 150mg Tizanidina 2mg	Mantém.
27	F	84	“Dores na perna esquerda ao mexer e no calcanhar”	Doente teve sarcoma no membro inferior esquerdo. Desde aí apresenta dor mecânica nesse membro. Refere também dor no calcanhar. Apresenta as pernas e os pés inchados.	Dor mecânica no membro inferior esquerdo	Oxicodona (40mg manhã e 20 mg à noite)	Mantém. Recomendação para elevar as pernas quando sentada e deitada para drenar.
28	F	63	“Tenho dores no joelho direito sempre mas agrava quando ando”	Doente encaminhada da ortopedia com gonalgia direita predominantemente mecânica, mas também em repouso. Tem quisto de Baker no joelho direito. Obesidade e dislipidemia. Usa canadiana à esquerda. Ao exame físico apresentou mais dor à palpação	Gonalgia direita	Naproxeno 500 (após almoço)	Hidroginástica. Esquema de Tramadol 50 (manhã + noite – 0+1; 1+1; 1+2; 2+2) No fim deste esquema acrescenta

				da parte interna do joelho. Refere também que dorme mal pela dor.			Gabapentina 300 à noite.
28	F	64	“Tenho dores no joelho direito sempre mas agrava quando ando”	2ª consulta da doente. Refere que está muito melhor, sem dor ao repouso. Deixou a canadiana e passou a andar só de bengala. Só tem dor, por exemplo, a subir escadas ou a sair da cama. Faz hidroginástica diariamente e caminhadas. Ainda não trabalha. Não cumpre esquema da medicação porque diz que prefere evitar sempre que se sente capaz.	Gonalgia direita	Hidroginástica. Esquema de Tramadol 50 (manhã + noite – 0+1; 1+1; 1+2; 2+2) No fim deste esquema acrescenta Gabapentina 300 à noite.	Vai fazer infiltração no joelho direito.
29	F	59	“Dores pelo corpo todo”	Doente chega à consulta em 2017 com diagnóstico de fibromialgia. Teve alta em 2018 e regressa em 2022. Operada a gonartrose. Já colocou 2 próteses nos joelhos. Refere lombalgia irradiada para o membro inferior esquerdo. Caminha 1h/dia. Refere também muito prurido.	Fibromialgia	Tramadol + Paracetamol (3x/dia) Zolpidem	Suspende Tramadol + Paracetamol 1 semana para verificar se prurido melhora. Mantém Zolpidem.
30	F	72	“Dores no corpo todo e muito cansada à mínima coisa que faça”	Doente com poliartralgia e fibromialgia. É obesa e refere muito cansaço ao fazer as tarefas diárias básicas.	Poliartralgia e fibromialgia	Tramadol (3 gotas, 3x/dia)	Mantém.
31	F	38	“Dores nos cotovelos e joelhos, basicamente nas articulações com maior mobilidade”	Doente apresenta Síndrome de Hiper mobilidade. Faz ginásio e refere que se sente bem com a medicação.	Síndrome de Hiper mobilidade	Tramadol (1 bombada 2x/dia) Paracetamol 1g (1 comp, manhã)	Mantém.
32	M	73	“Dores na zona média das costas”	Doente teve herpes zoster na região de T5.	Nevralgia pós-herpética	-	Aplicação de capseïcina.
33	M	65	“Continuo com algumas dores na perna, mas a terapia ajuda muito”	Doente amputado ao membro inferior esquerdo. Fez radioterapia e está a fazer hormonoterapia. Não toma medicação. Faz em casa terapia de espelho e musicoterapia. Refere que a musicoterapia o ajuda muito.	Dor fantasma do membro inferior direito	-	Alta
34	M	70	“Mantenho as dores nas costas embora melhorem com a medicação”	Doente seguido na neurologia com paraparesia e longa história de lombalgia. Em estudo o diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica. Refere que raquiálgia melhora com Paracetamol.	Lombalgia	Paracetamol 1g (2x/dia)	Mantém paracetamol. Acrescenta Tramadol gotas.
35	F	79	“A dor que tinha no ombro agora alastrou-se aos 2”	Doente anémica, com cirrose hepática, diabetes e hipertensa. Tem carcinoma hepatocelular. Dor degenerativa no ombro, que agora engloba os 2 ombros.	Omalgia bilateral	Acemetacina	Tramadol 75mg + paracetamol 650mg Paracetamol 1g (SOS) Vai fazer bloqueio do nervo supraescapular. Fisioterapia
35	F	79	“A dor no ombro direito melhorou, mas a esquerda agravou”	Doente apresentou-se à consulta após infiltração no ombro direito. Refere que a dor nesse ombro melhorou muito, mas agravou a do ombro esquerdo.	Omalgia bilateral	Tramadol 75mg + paracetamol 650mg Paracetamol 1g (SOS)	Mantém medicação. Fará infiltração no ombro esquerdo. Mantém fisioterapia.

36	M	-	“Continuo com dores na boca, mas a medicação ajuda”	Doente teve neoplasia na língua. Fez exérese da lesão e posteriormente uma hemiglossectomia. Retirou o esternocleidomastóideo direito e fez esvaziamento ganglionar. Refere que a medicação alivia as dores e sente-se confortável.	Dor pós-cirúrgica de neoplasia da língua	Gabapentina (3x/dia – 300, 300, 150) Tramadol 100 (almoço e jantar)	Mantém.
37	F	-	“Tenho dores nos pés que parece que estou a pisar vidros”	Doente teve carcinoma no colo do útero com metastização pulmonar. Tem interferência na sensibilidade dos membros inferiores devido à neurotoxicidade da quimioterapia. Refere elevadas melhorias após aplicação de capseïcina. Já fez 3 vezes.	Neuropatia membros inferiores	-	Nova aplicação de capseïcina.
38	M	70	“Tenho dores nos dedos dos pés”	Doente com neuropatia diabética e carcinoma da próstata. Fez aplicação de capseïcina, mas refere que melhorou pouco.	Neuropatia diabética	Codeína + Paracetamol	Paracetamol 1g (3x/dia) Tramadol gotas (2 gotas 3x/dia) Macrogol
39	F	-	“Dores na parte de baixo das costas”	Doente com lombalgia com irradiação para as pernas	Lombalgia	-	Tramadol (gotas) Paracetamol Lactulose Domperidona
40	M	60	“Tenho ardência constante nas mãos e dores no pescoço e antebraço direito”	Doente com cervicalgia pós-cirúrgica. Já removeu a próstata por cancro.	Cervicalgia	Pregabalina 300	Pregabalina 300 Duloxetina 30 de manhã
41	F	75	“Dores nas pernas por causa das feridas”	Doente encaminhada da dermatologia. Esteve internada por úlceras crónicas nas pernas. É hipertensa e tem cardiopatia isquémica. Acorda de noite para se medicar e passa a maior parte do dia na cama para não ter tantas dores. Úlceras com 4 anos de evolução. Enviada para dermatologia a meio da consulta pois as feridas pareciam infetadas.	Úlceras crónicas nos membros inferiores	Pregabalina Tramadol Metamizol magnésico Ibuprofeno (6/6h)	Mantém.
42	F	25	“Continuo com muitas dores e estou muito enjoada”	Doente diabética tipo 1. Teve gangrena de Fournier, motivo pelo qual esteve internada. Apresentou-se com valores de glicemia na ordem dos 300 e muito enjoada pelo que foi comer antes de prosseguir a consulta. Revela que pregabalina lhe provoca visão turva.	Gangrena de Fournier	Morfina (SOS) Pregabalina Buprenorfina	Buprenorfina Paracetamol (8/8h) Gabapentina 100 Alprazolam
43	F	28	“Dores nos ossos”	Doente com atraso de desenvolvimento psicomotor, não é possível recolher anamnese. Apresentou-se de cadeira de rodas.	-	Paracetamol 1g (3x/dia) Tramadol 50 (SOS)	Mantém. Encaminhada para a consulta de fisioterapia para iniciar fisioterapia.
43	F	28	“Dores nos ossos”	2ª consulta. Doente veio sem cadeira de rodas, mas com marcha em tesoura. Refere as mesmas dores. Terapêutica passa essencialmente pela fisioterapia	-	Paracetamol 1g (3x/dia) Tramadol 50 (SOS)	Mantém. Recomendação de tomar paracetamol antes da fisioterapia para tolerar melhor.
44	F	59	“A dor até está controlada, mas por vezes acordo	Doente apresenta lombalgia após ter sido intervencionada na coluna lombar há 20 anos. Tem	Fibromialgia	Tramadol 50mg (2x/dia)	Mantém. Reduz pregabalina.

			com dores nas pernas”	diagnóstico de fibromialgia também. Faz caminhadas. Foi recomendado fazer mais exercício, por exemplo, pilates. Dor controlada, embora por vezes acorda de noite por dor nos membros inferiores.		Pregabalina 100mg (2x/dia) Fluoxetina 20mg (jantar)	Recomendação de mais exercício físico.
45	F	69	“Tenho dores na coluna que irradia para as pernas e dói-me as mãos principalmente com o frio”	Doente referenciada por poliartralgias. Teve neoplasia mamária, é hipertensa, osteoporótica. Intervencionada no ombro esquerdo. Hemitiroidectomia. 2 cirurgias à coluna lombar por hérnias. Cirurgia por Síndrome do Túnel Cárpico. Faz fisioterapia e hidroterapia. Não revelou grandes restrições no exame físico, mas tem múltiplas artroses: mãos, ancas, pés. Dor à palpação em múltiplos locais, principalmente coluna lombar e anca.	Poliartralgias	Ácido alendrónico + Colecalciferol Beta-histina Pantoprazol Sertralina Levotiroxina sódica Perindopril + indapamida	Mantém medicação geral. Para a dor: Tramadol 50 (1x/dia na 1ª semana e depois 12/12h) Ciclobenzaprina Fazer água quente nas mãos e aplicação de etofenamato.
46	M	70	“Dores na perna que já não tenho”	Doente com perna esquerda amputada. Tem dor fantasma nessa perna.	Dor fantasma na perna amputada	Pregabalina 75mg Duloxetina 60mg Paracetamol 1g (SOS)	Mantém, exceto a duloxetina que passa a 30mg
47	F	57	“Dor na axila depois de ter sido operada”	Doente sofreu mastectomia com quimioterapia e radioterapia. Fez radiodermite. Apresenta dor na região axilar esquerda devido ao esvaziamento axilar até ao nível 2. Quando questionada a medicação não sabia as dosagens de muitos dos medicamentos pelo que foi marcada nova consulta para breve onde deverá trazer a medicação.	Dor cicatricial pós-cirúrgica	Atorvastatina Bisoprolol Indapamida Metformina Liraglutido Sertralina Pregabalina	Sabendo as dosagens, estudar a hipótese de substituir a sertralina por duloxetina
48	F	62	“Tenho formigues nos braços e pernas”	Doente apresenta escoliose idiopática do adulto com dorsolombalgia. Descreve também formigueiro nos membros superiores e inferiores.	Escoliose idiopática do adulto com dorsolombalgia	Tapentadol 50mg (2 comp. manhã) Diclofenac 50 (2 comp. manhã) Fluoxetina Artovastatina	Troca tapentadol por buprenorfina transdérmica 35. Domperidona em caso de enjoos.
49	M	73	“Dor na zona do herpes”	Doente teve zona e ficou com dor no local. Já fez uma aplicação de capseïcina com ligeiras melhoras.	Nevralgia pós-herpética	Pregabalina 100mg (antes de jantar)	Mantém pregabalina. Nova aplicação de capseïcina
50	F	59	“Dor na cicatriz da cirurgia”	Doente ex-alcoólica. Sofreu transplante hepático. Ficou com dor permanente na cicatriz da cirurgia. Já fez aplicação de capseïcina e melhorou bastante.	Dor cicatricial	-	Nova aplicação de capseïcina quando completar 3 meses da última aplicação.
51	F	72	“Dor na perna que tem andado bem, o problema são as outras”	Doente teve Schwannoma e após a segunda cirurgia ficou com pé pendente (nervo ciático direito). Frequente a consulta por queixas alheias à cirurgia da perna. Tem passado por várias especialidades devido à pele e outros.	-	Pregabalina 100mg (2x/dia)	Inicia desmame de pregabalina. Passa a fazer 75mg + 100mg.
52	M	69	“Dor no sítio onde tive o herpes nas costas”	Doente teve herpes zoster em T2, T3 e T4. Apresenta alodinia mecânica dinâmica, tolera mal a roupa naquela zona. Fez aplicação de capseïcina 2 vezes.	Nevralgia pós-herpética	Pregabalina	Mantém pregabalina. Acrescenta amitriptilina

53	F	78	“Tenho dores nas costas em baixo”	Doente teve carcinoma do endométrio com invasão da bexiga. Ficou com tenesmo. Tem lombalgia por fraturas osteoporóticas.	Lombalgia	-	Tramadol gotas (SOS até 4 gotas 4x/dia) Paracetamol 1g (3x/dia) Gabapentina 100mg (2 comp. 3x/dia)
54	F	54	“Dor na mão direita, não a consigo mexer”	Doente com tendossinovite nos extensores dos 4º e 5º dedo direito. Espessamento do tendão do 5º dedo. Mão muito atrofiada porque doente apresentou cinesiofobia. Faz fisioterapia.	Dor na mão por tendossinovite nos extensores dos 4º e 5º dedos direitos.	Pregabalina 100 (2x/dia) Tramadol 50 (SOS até 3x/dia)	Mantém. Recomendação para tomar tramadol antes da fisioterapia. Inicia sertralina 50 de manhã pois mostrou-se muito ansiosa com a situação.
55	F	69	“Dor na cicatriz da operação à coluna e no ombro”	Doente com rotura completa e transtendinosa no ombro direito. Foi intervencionada à coluna recentemente: artrodese L4, L5 e correção da curvatura sagital. Ficou bem no pós-operatório, mas começou a ter dor na cicatriz. No exame físico apresentou alodinia mecânica dinâmica e estática no local da cicatriz. Hiperestesia cutânea na parte superior da cicatriz.	Dor cicatricial e omalgia	Paracetamol 500mg + Codeína 30mg (manhã)	Mantém.
56	M	62	“Dores nos pés”	Doente encaminhado da cirurgia vascular. Tem dor nos pés por isquemia crónica sem hipótese de revascularização. Já teve transplante renal, bypass cardíaco, hepatite e problemas pulmonares.	Dor nos membros inferiores por isquemia crónica	-	Pregabalina 50 (antes de dormir) Tramadol + paracetamol (durante 2 meses até pregabalina fazer o efeito desejado)
57	M	56	“Tenho dor como se tivesse a perna antes de ser amputado”	Doente teve o membro inferior direito amputado por doença vascular periférica provocada por diabetes. Só usa a prótese quando sai de casa. Descreve a dor como sendo igual à que tinha antes de ser amputado, como se tivesse a perna. Tem dor no coto, tipo moedeira. Refere também dor na perna esquerda devido à diabetes.	Dor fantasma na perna direita	Buprenorfina 35 transdérmica (muda 2x/semana) Tramadol 150 (2x/dia) Pregabalina 100mg (100 de manhã e 50 noite)	Suspende tramadol porque já faz buprenorfina. Aumenta buprenorfina para 52,5 e a pregabalina para 100mg à noite.
58	M	62	“Dor na anca”	Doente transplantado renal. Dor na anca possivelmente proveniente da articulação coxofemoral. Usa andarilho, embora não precise, mas refere que lhe transmite confiança.	Dor na anca	Tramadol 75mg + paracetamol 650mg Paracetamol 500mg + codeína 30mg	Suspende Tramadol + paracetamol, não faz sentido fazer os 2. Opta por ficar com Paracetamol 500mg + codeína 30mg.
59	F	47	“Tenho formigueiro doloroso nas mãos e dores nos pés”	Doente teve cancro na mama e tem dores nas extremidades superiores e inferiores devido à toxicidade da quimioterapia.	Neuropatia nas extremidades superiores e inferiores	Pregabalina 25mg	Mantém pregabalina. Vai fazer aplicação de capseína em todas as extremidades a começar na mão direita.
60	F	52	“Dor na perna esquerda desde	Doente com dor no membro inferior esquerdo após cirurgia falhada na coluna. Refere	Cefaleias. Radiculopatia no	Topiramato 25mg	Mantém medicação.

			que fui operada à coluna”	também dor de cabeça com irradiação cervical. Acorda de noite pela dor. Refere que a medicação ajuda no alívio das dores	membro inferior esquerdo	Naproxeno 500mg Zolmitriptano 5mg Gabapentina (300mg manhã e 600mg noite) Oxicodona (10mg manhã e 15mg noite)	Acrescenta Ciclobenzaprina 30mg (1 comp. lanche durante 15 dias) Após os 15 dias inicia amitriptilina 10 mg antes de dormir.
61	F	61	“Dor nos pés. Ficam muito sensíveis não consigo andar, parece que me estão a picar os pés”	Doente com neuropatia diabética. Consulta de controlo pós aplicação de capsefina. Refere que tratamento correu muito bem e já raramente sente dor.	Neuropatia diabética nas extremidades inferiores	-	Gabapentina 300 (noite). Se daqui a 1 mês se sentir bem começa a fazer 600mg à noite.
62	F	72	“Dor no ombro desde que fui operada, mas a dor da coluna se hoje fizer alguma coisa só daqui a 2 dias é que consigo sair da cama”	Doente teve meningioma e foi operada à coluna. Entretanto já teve recidiva e foi intervencionada mais 2 vezes. Dor no ombro direito desde que foi operada. Queixa-se de hipersudorese.	Omalgia e dorsolombalgia	Morfina 30mg (2x/dia) Pregabalina (50mg manhã, 150mg noite) Fluoxetina Paracetamol 1g Esomeprazol Tramadol 50 (SOS)	Mantém plano, mas pelas queixas de hipersudorese troca a morfina por oxicodona 10mg (manhã e noite)
63	M	72	“Dor no braço esquerdo”	Doente com melanoma maligno. Apresenta dor no braço esquerdo por metastização umeral.	Braquialgia esquerda	Morfina 30mg (2x/dia) Omeprazol Pregabalina 75mg (2 comp. noite) Escitalopram 10mg (almoço) Ibuprofeno 400 (3x/dia)	Suspende ibuprofeno. Caso a dor agrave retomar. Acrescenta fentanil 100µg a tomar com a morfina

DECLARAÇÃO

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Relatório de Estágio

Identificação do autor

Nome Completo: Luís Filipe de Amorim Barbosa Moreira Pires

Nº de identificação civil: 237688190

Nº de estudante: 201806040

Email institucional: up201806040@edu.fmd.up.pt

Email alternativo: fbmpires@gmail.com

Tlm: 910 885 566

Faculdade: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Identificação da publicação

Dissertação de Mestrado Integrado (Monografia)

Relatório de Estágio

Título completo: Relatório de Estágio no serviço de Consulta da Dor CHUP

Orientador: Professor Doutor Pedro de Sousa Gomes

Autorizo a disponibilização imediata do texto integral no Repositório da U. Porto:

Não Autorizo a disponibilização imediata do texto integral no Repositório da U. Porto:

Autorizo a disponibilização imediata do texto integral no Repositório da U. Porto, com período de embargo, no prazo de:

6 meses ; **12meses** ; **18 meses** ; **24 meses** ; **36 meses** ; **120 meses** .

Justificação para a não autorização imediata:

Data: 21 de junho de 2023

Assinatura:

DECLARAÇÃO
Relatório de Estágio

Declaro que o presente trabalho, no âmbito do Relatório de Estágio, integrado no MIMD, da FMDUP, é da minha autoria e todas as fontes foram devidamente referenciadas.

21 de junho de 2023

O Estudante

PARECER

Pedro de Sousa Gomes, Professor Catedrático da Faculdade de Medicina Dentária, U. Porto, orientador do relatório de estágio desenvolvido pelo Estudante Luís Filipe Moreira Pires, com o título “Relatório de estágio no serviço de consulta da dor do Centro Hospitalar Universitário do Porto”, encontra-se em condições de ser apresentado em provas públicas.

Assinado por: **Pedro de Sousa Gomes**
Num. de Identificação: 11876051
Data: 2023.06.21 13:48:05+01'00'

