

Mensagem do Presidente da APED	3
Editorial	3
Nota Editorial	4
A Dor no Doente Oncológico – um Desafio	5
A Dor na Representação do Cinema	8
<i>Delirium</i> e Disfunção Cognitiva no Idoso: Relação com a Analgesia Pós-Operatória	11
Cronologia da Dor	17
Avaliação da Satisfação dos Pacientes com o Controlo da Dor Aguda do Pós-Operatório	24
Bloqueio Axilar Contínuo na Síndrome Dolorosa Regional Complexa Tipo I: a Propósito de um Caso Clínico	30
Existirão Enviesamentos de Sexo Nos Julgamentos de Dor de Enfermeiros(as)? Sim... Mas Nem Sempre	34



DOR®

ISSN: 0872-4814

Órgão de Expressão Oficial da APED

Volume 17 • N.º 1/2009

Director da revista

Sílvia Vaz Serra

Editores

Armanda Gomes

Ananda Fernandes

Graça Mesquita

Mensagem do Presidente da APED José Romão	3
Editorial Sílvia Vaz Serra	3
Nota Editorial Zeferino Bastos	4
A Dor no Doente Oncológico – um Desafio José Luís Portela	5
A Dor na Representação do Cinema Graça Castanheira	8
Delirium e Disfunção Cognitiva no Idoso: Relação com a Analgesia Pós-Operatória Raquel Inácio e Isabel Bastardo	11
Cronologia da Dor Hugo Leite-Almeida e Armando Almeida	17
Avaliação da Satisfação dos Pacientes com o Controlo da Dor Aguda do Pós-Operatório Maria José Ramalho	24
Bloqueio Axilar Contínuo na Síndrome Dolorosa Regional Complexa Tipo I: a Propósito de um Caso Clínico Lisette Matos, António Rincón, Ana Cristina Mangas, Elisabete Valente, Eunice Silva, Maria do Carmo Rocha	30
Existirão Enviesamentos de Sexo Nos Julgamentos de Dor de Enfermeiros(as)? Sim... Mas Nem Sempre Sónia F. Bernardes	34

Ilustração de Ana Feijão



PERMANYER PORTUGAL

www.permanyer.com

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Curriculo da autora da capa

Ana M. Feijão N. Silva, Consultora em Clínica Geral, com formação em Terapia Familiar, actualmente Directora da Unidade de Alcoologia de Coimbra. Auto-didacta, pintora compulsiva. Presença em 2 exposições individuais, participação em várias exposições colectivas, elaboração dos cartazes de 2 Congressos Nacionais de Sexologia (de um dos quais foi feita uma serigrafia que foi oferecida aos participantes) e execução de muitas ilustrações para comunicações médicas.



© 2010 Permanyer Portugal
Av. Duque d'Ávila, 92, 7.º E - 1050-084 Lisboa
Tel.: 21 315 60 81 Fax: 21 330 42 96
www.permanyer.com

ISSN: 0872-4814
Dep. Legal: B-17.364/2000
Ref.: 413AP101



Impresso em papel totalmente livre de cloro
Impressão: Comgrafic



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 do Presidente da APED

José Romão

Este texto foi escrito em Julho de 2010 e não na data de capa.

A APED vai organizar de 14 a 16 de Outubro de 2010 em Lisboa, no Hotel Villa Rica, o 3.º Congresso Interdisciplinar de Dor. Pretende-se com este evento reunir profissionais com formações diversas e com interesse na investigação, diagnóstico e tratamento da dor. Com o intuito de estimular a produção científica será atribuído um prémio no valor de 2.000 € à melhor comunicação/poster. Contamos com a vossa participação.

O congresso ocorrerá durante a Semana Europeia Contra a Dor, este ano dedicada ao tema «O Impacto Social da Dor». Em jeito de pontapé de saída para o tema escolhido, a Federação Europeia dos Capítulos da IASP (EFIC) levou a efeito em Bruxelas o Simpósio *Societal Impact of Pain* nos dias 4 e 5 de Maio passado. Participaram profissionais da saúde, economistas e decisores políticos, entre outros. O assunto em epígrafe foi intensamente debatido. Foram apresentados dados relativos à epidemiologia da dor crónica em Portugal. A necessidade de envolver as autoridades ligadas à saúde nos diversos países para a adopção de políticas integradas de combate à dor, foi uma das conclusões mais relevantes. Com o objectivo de chamar a atenção para esta necessidade, a IASP está a programar uma cimeira internacional

(*International Pain Summit*) para 3 de Setembro próximo, no Canadá. Neste campo Portugal adiantou-se, uma vez que há vários anos a APED tem colaborado proximamente com diversas entidades oficiais ligadas à saúde (Plano Nacional de Luta Contra a Dor [PNLC]; Programa Nacional de Controlo da Dor).

No dia 15 de Outubro celebrar-se-á o Dia Nacional de Luta Contra a Dor, e serão apresentados dados sobre o impacto da dor em Portugal.

Os actuais corpos gerentes da APED iniciaram funções em Junho de 2009. Como os mandatos são de três anos, facilmente se conclui que já deviam ter ocorrido eleições. O histórico mostra-nos quão difícil é mobilizar os sócios para as Assembleias Gerais, mesmo quando estas ocorrem em locais e datas justapostas a eventos científicos em que é provável a participação de um elevado número de sócios. Por esse motivo tomámos a decisão de prolongar os mandatos até Outubro e realizar o acto eleitoral em local e data sobreponíveis ao Congresso – dia 16 de Outubro pelas 14 horas e 30 minutos. Pedimos desculpa pelo abuso de confiança, mas acreditamos que as razões que nos movem vão merecer da vossa parte a necessária compreensão. Enviem as vossas propostas de listas para o secretariado da APED até 15 de Setembro.

Editorial

Sílvia Vaz Serra

Não os quero maçar muito. Uma pequena explicação que é, simultaneamente, um pedido de tolerância*.

Como certamente repararam (ou irão aperceber-se), o «tempo» do número da revista não coincide com o «tempo real», com o instante em que escrevo estas linhas ou o momento em que alguns dos artigos (agora publicados) foram elaborados, baseados em informação actualizada, do «agora».

Mas o que é o tempo? Qual a relação entre o saber e o tempo real? Nietzsche escreveu que «a vontade de saber é a vontade de permanência e fixação» mas

o que era «devia» torna-se «ser», o que era «será?» transforma-se em «é», ou «não é». O que era dúvida torna-se conclusão, certeza. Einstein considera que o tempo é uma forma de relação e Norbert Elias afirma, categoricamente que «o tempo não existe em si, sendo antes de tudo um símbolo social, resultado de um longo processo de aprendizagem». Assim, o tempo «real» não é um dado objectivo, é mais uma relação, uma interligação de movimentos. A realidade é somente o «instante» e fora disso ou é passado ou futuro.

Obrigado.

*«A primeira lei da natureza é a tolerância – já que temos todos uma porção de erros e fraquezas», *Voltaire*.

Nota Editorial

Zeferino Bastos

É sempre com um misto de saudade e de orgulho que nos propomos falar dos amigos. Saudade porque sentimos a falta do seu convívio, orgulho quando reconhecemos os seus feitos.

Elogiar o amigo será sempre fácil porque se nos esquecermos de algo, a amizade faria com que fôssemos perdoados. Enaltecer, neste caso, o cientista torna-se mais difícil, porque a sociedade exige de nós que divulguemos, sem omissões, o seu contributo para a ciência, alívio da dor e para a melhoria da qualidade de vida, em inúmeras circunstâncias

O Dr. Nestor Rodrigues licenciou-se em Medicina, pela Universidade do Porto, em 1955, com a média final de 18 valores.

Especializou-se em Neurocirurgia, tendo sido estagiário de Neurologia e Neurocirurgia no Hospital de Santo António e assistente da Faculdade de Medicina do Porto. Foi bolseiro da Fundação Calouste Gulbenkian e assistente na Faculdade de Medicina de Edimburgo, na Escócia.

Era especialista, em Neurocirurgia, pela Ordem dos Médicos e pela Carreira Hospitalar.

Foi membro da Comissão Executiva da Ordem dos Médicos e da Direcção do Colégio de Especialidade de Neurocirurgia.

Era membro regular e honorário de diversas Sociedades Científicas Portuguesas e Estrangeiras.

Desenvolveu a sua actividade profissional como neurocirurgião, sendo Director de Serviço em Angola, Évora e no IPO Porto desde 1977.

Em Luanda, foi Professor convidado de Neurologia e Neurocirurgia na Universidade.

Em Évora, foi Director do Serviço de Neurocirurgia, subdirector do Hospital e Director do Internato Médico.

Em 1979, ao ingressar no IPO Porto, tive o grande privilégio de conhecer e trabalhar com o Dr. Nestor Rodrigues durante vários anos, quer na colaboração como anestesista em Neurocirurgia quer na área da Dor.

Foi um dos grandes impulsionadores da criação da Unidade da Dor do IPO Porto que iniciou a sua actividade em Maio de 1980, sendo seus fundadores o Dr. Nestor Rodrigues (Neurocirurgião), o Dr. Januário Veloso (Psiquiatra) e eu próprio (Anestesista).

Mais tarde juntaram-se outras especialidades (Fisiatria, Oncologia Médica, Radioterapia, etc.)

Integravam a Unidade da Dor, para além dos já citados médicos, enfermeiras, psicólogos, auxiliares de acção médica, pessoal administrativo, etc.

O Dr. Nestor Rodrigues, como coordenador daquela Unidade, a todos contagiava com o seu entusiasmo e exemplo.

Participou activamente na organização de diversos congressos, cursos, conferências e palestras,

tendo sempre presente a vertente científica e a divulgação da Dor. O seu relacionamento com a comunidade científica nacional e internacional permitiu que fossem convidados a participar nestas acções cientistas de reconhecido mérito.

Além da terapêutica médica, criteriosamente usada e, inicialmente, muito limitada, eram utilizadas outras técnicas como a analgesia por via medular (a dar os primeiros passos), a hipofisectomia química, a cordotomia, a risotomia percutânea, a dresotomia, a TENS, etc.

Novos fármacos que foram surgindo, como o tramadol, a buprenorfina, o fentanil transdérmico, os bifosfanatos, o estrôncio e outros foram submetidos a ensaios clínicos e judiciosamente utilizados.

O Dr. Nestor Rodrigues era Membro da *International Association for the Study of Pain* (IASP), tendo sido nomeado como seu representante em Portugal. Nessa qualidade, desenvolveu grande actividade de angariação de outros membros de modo que fosse possível constituir em Portugal uma secção/capítulo da IASP. Assim surgiu a APED em 1992.

Foi o primeiro Presidente do Conselho Directivo da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) desde a sua fundação até 2001 quando foi eleito Presidente da Assembleia Geral.

Foi editor e membro do Conselho Científico da Revista Dor.

Foi um entusiasta da constituição da Federação Europeia dos Capítulos da IASP (EFIC), tendo sido seu Conselheiro.

Em Janeiro de 1999, e por influência da APED, de que era Presidente, foi constituído um grupo de trabalho, na Direcção-Geral da Saúde, com a finalidade de elaborar um Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLC), que integrou e coordenou.

Esse grupo de trabalho fez um levantamento da situação da Dor em Portugal e propôs, tendo sido aceite, o dia 14 de Junho como Dia Nacional de Luta contra a Dor, comemorado pela primeira vez em 1999.

O PNLC foi aprovado por Despacho Ministerial de 26 de Março de 2001.

Sabedores de que esta não foi uma enumeração exaustiva das capacidades do Dr. Nestor Rodrigues e das suas qualidades de trabalho, que foi tão somente uma tentativa de relembrar, a todos aqueles que com ele contactaram e trabalharam, o quanto foi importante a sua acção na área da Dor.

Ao Homem, ao Cientista ilustre e Amigo, falecido em Agosto de 2009, em nome de todos aqueles que tiveram o privilégio de com ele conviver e trabalhar, em nome dos doentes, da APED e de mim próprio, deixo o testemunho da nossa admiração e um sentido agradecimento.

Março de 2010

A Dor no Doente Oncológico – um Desafio

José Luís Portela

Ador constitui um dos aspectos mais nefastos no decurso das doenças oncológicas e interfere decisivamente na qualidade de vida dos doentes.

Todos os estudos mostram que na evolução da doença neoplásica a dor está presente. E se nas fases iniciais ela é pouco relevante e pode ser até importante como sinal de alerta, infelizmente pouco frequente, à medida que a doença progride e os tratamentos se sucedem, a dor pode atingir níveis elevados.

Os estudos epidemiológicos da dor nas doenças oncológicas são, de uma maneira geral, escassos, repetitivos e bastante variáveis, o que se deve, em parte, à grande subjectividade da dor, que condiciona pouca fiabilidade nos resultados, e ainda a algumas limitações de carácter ético neste tipo de estudos.

Segundo os dados mais recentes do Registo Oncológico Nacional (ROR) referentes a 2001, registaram-se nesse ano 33.052 novos casos, verificando-se, também nesse mesmo ano, um total de 21.960 óbitos, o que traduz uma mortalidade elevada (64,4%). Os tumores mais frequentes foram, para a mulher, a mama, o cólon e o estômago, e para o homem, a próstata, o pulmão e o cólon. Quanto às taxas de mortalidade por idade, constata-se que é sobretudo a partir dos 45 anos que se verifica o maior número de óbitos, aumentando progressivamente com a idade (41,4% a partir dos 75 anos).

Dados de um estudo sobre a prevalência da dor crónica em Portugal, realizado pela Faculdade de Medicina do Porto, e ainda não publicado, da autoria do Prof. Castro-Lopes que gentilmente permitiu a sua divulgação, numa amostra de 5.095 entrevistas, conclui-se que a prevalência da dor crónica é de 30% e a da dor oncológica de 1%. Isto permite-nos concluir que cerca de 27.000 doentes sofrem de dor relacionada com a doença oncológica, e, extrapolando, em relação aos novos casos, podemos estimar que em Portugal mais de 80% dos doentes com doença neoplásica irão desenvolver dor durante o percurso da doença e, atendendo à mortalidade elevada, é

de esperar que ela atinja sobretudo as formas mais avançadas da doença.

Estamos, pois, perante um problema que, para além do sofrimento individual que tal situação comporta, é um problema social, atingindo todas as idades e níveis sociais, com particular ênfase nas faixas etárias extremas, como a criança e o idoso. Na criança por se considerar que a sua capacidade de sentir a dor é menor, por imaturidade do sistema nervoso, o mesmo acontecendo no idoso, por senescência do mesmo sistema. Este conceito é totalmente contrariado por estudos científicos que demonstram que a capacidade de sentir a dor é exactamente igual ao do adulto, embora com diferenças relacionadas com as características fisiológicas, bioquímicas, psíquicas e comportamentais destas idades.

Estas e outras ideias erradas têm conduzido a estados de submedicação perfeitamente inaceitáveis, hoje cada vez menos frequentes, que, no entanto, continuam a preocupar-nos e a merecer todo o esforço no sentido de se obterem melhores resultados.

São várias as razões que estão na base da dor oncológica. Em primeiro lugar, o tumor e as suas metástases, provocando compressão, invasão ou destruição de estruturas nervosas, vasculares, de órgão ou tissulares - os nervos e os ossos são as estruturas que mais causam dor - contribuindo com cerca de 75% das causas.

Em segundo lugar, os tratamentos das doenças neoplásicas. Classicamente, consideram-se três tipos: cirurgia, radioterapia e quimioterapia. Para além do seu efeito directo sobre o tumor e suas metástases, todos eles são potenciais causadores de dor, numa percentagem de cerca de 20%. É o grande grupo das causas ditas iatrogénicas, efeitos colaterais que muitas vezes não podem ser evitados e são causa de grande sofrimento.

Finalmente, numa percentagem mais reduzida (5%), restam as causas que não estão relacionadas quer com o tumor e suas metástases quer com os tratamentos, mas que existem como em qualquer outro doente e exigem uma avaliação correcta.

A avaliação no doente oncológico deve ser a base fundamental duma actuação eficaz.

Partindo, como princípio, que devemos sempre acreditar nas queixas algícas do doente e que a dor é aquilo que o doente diz que sente,

é numa perspectiva biopsicossocial que o devemos avaliar, o que implica considerar sempre as vertentes fisiológicas, afectivas e comportamentais da dor. O que importa é o doente e a sua envolvência, com toda a carga emocional que a doença oncológica acarreta não só ao doente como aos seus familiares, e que vai muito para além da doença propriamente dita: a angústia e a depressão, a perda de estatuto, muitas vezes a quebra da auto-imagem, quase sempre o medo da dor.

Tratar a dor, particularmente a dor oncológica, sempre foi um desafio, embora se possa afirmar que uma terapêutica assente em bases racionais e científicas apenas se tenha iniciado há pouco mais de 30 anos.

Vinha-se de um período em que imperou a tradição judaico-cristã com todo o seu cotejo de crenças e mitos.

Um deles era precisamente o conceito da inevitabilidade da dor como forma de expiação ou redenção, e a convicção de que certos fármacos como a morfina só deviam ser utilizados na fase terminal da doença, e mesmo assim com toda a parcimónia.

O próprio doente e seus familiares e, diga-se, muitos profissionais, comungavam desta ideia, tornando-se refractários a uma utilização correcta desta substância que, além do mais, era difícil de obter e era alvo de uma legislação apertada.

Foi preciso desfazer mitos e alterar mentalidades. Para isso, muito contribuiu o esforço desenvolvido pelas Unidades de Dor; a primeira no IPO de Lisboa em 1978, outras se seguiram nos anos seguintes, bem como o Plano Nacional da Luta contra a Dor, aprovado por Despacho Ministerial de 26 de Março de 2001, procurando estabelecer uma rede nacional de Unidades de Dor que funcionariam não só como centros de referência no estudo e tratamento da dor, mas, também, como elementos motivadores de uma nova mentalidade na abordagem da dor, desmitificando conceitos ultrapassados causadores de sofrimento inútil.

A investigação, quer básica quer clínica, conduziu à utilização de novos fármacos, introduziram-se novas tecnologias, criaram-se novas metodologias.

A escada analgésica, proposta em 1986 pela OMS para o doente oncológico, propondo uma administração criteriosa de opióides e substâncias adjuvantes, e hoje utilizada em todas as formas de dor crónica, constituiu, sem dúvida, um passo importante no alívio da dor.

A escada analgésica visava, fundamentalmente, introduzir os opióides nos países menos desenvolvidos, onde estas substâncias eram irrelevantes como medicação, fruto não só de atavismos culturais e religiosos como na dificuldade na sua obtenção. Mesmo nalguns países mais desenvolvidos, como o nosso, o preço elevado destas substâncias, sobretudo as formas sintéticas, tem constituído uma dificuldade acrescida na sua

utilização, só melhorado este ano (2008) com a medida legislativa que lhes atribui uma participação de 95%, embora algumas administrações hospitalares, faça-se-lhes justiça, já as distribuam gratuitamente.

Mesmo assim, alguma opiofobia ainda existe, que é preciso a todo o custo combater, considerando-se hoje que a prescrição adequada de opióides e o seu consumo racionalizado constituiu ainda o melhor índice de um correcto tratamento do doente oncológico.

Também o conceito de Dor Total, proposto por Dame Cecily Saunders, fundadora do *St. Christopher's Hospice*, Londres, em 1967 e a grande impulsionadora dos hospícios ingleses, chamando a atenção para a multiplicidade de factores que estão na origem e manutenção dos quadros algícos, veio trazer, como consequência, não só uma visão holística do problema, como o impulso e desenvolvimento da Medicina Paliativa e Cuidados Paliativos, envolvendo não só doente, como o apoio às famílias/cuidadores e a indispensável informação/comunicação.

Foi, também, importante neste contexto, o estabelecimento da dor como 5.º sinal vital. Proposto nos EUA no início da década de 90 do século precedente como forma de avaliar a dor, foi alvo, em 2005, de um Despacho Normativo da Direcção-Geral da Saúde, que estabelece a obrigatoriedade de, em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, todos os doentes serem registados em função da intensidade de dor que eventualmente sintam, através de escalas próprias, tal como se faz para os outros sinais vitais (temperatura, frequências respiratória e cardíaca e pressão arterial). Esta prática evita o «esquecimento» a que muitas vezes a dor é votada, torna-a mais «visível» e, naturalmente, induz o seu melhor e adequado tratamento.

Embora de uma forma gradual, objecto de uma intensa luta por todos quantos sentiam que o doente, particularmente o oncológico, não podia mais ser abandonado, a dor, ou melhor, o seu alívio, deixou de ser uma inevitabilidade para entrar na esfera dos direitos e deveres, não sendo aceitável que, nos nossos dias, o combate à dor e ao sofrimento não estejam nas preocupações dos profissionais, instituições e políticas de saúde.

Pode ser considerado hoje negligência, com todas as suas consequências, não tratar adequadamente a dor e o sofrimento quando temos à nossa disposição meios para o conseguir. E esta atitude é tanto mais grave quanto estamos na presença de pessoas mais fragilizadas, como a criança e o velho, os débeis económicos, as pessoas com dificuldade de comunicação, a doença avançada e terminal. E esta responsabilidade é de todos e envolve toda a sociedade. Quando se aproximam tempos em que provavelmente iremos ser chamados a pronunciarmo-nos sobre o «destino» dos nossos concidadãos, é bom que nos indaguemos se fizemos tudo o que

humanamente deveríamos ter feito para evitar todo o sofrimento inútil. É fundamental, também, que o doente cumpra o seu dever de modo a que possa, informado e responsabilmente, colaborar no «seu» tratamento e decidir, conscientemente, o que é melhor para si.

A capacidade de aliviar a dor no doente oncológico é hoje considerável e acessível à maioria dos médicos.

O arsenal terapêutico disponível é vasto com fármacos analgésicos, opióides e não-opióides, eficazes e seguros.

Dispomos de formas de administração cómodas e variadas, desde a oral às mais modernas, transcutânea e transmucosa.

Procuramos prevenir e tratar efeitos adversos e combater sintomas associados, como a ansiedade e a depressão.

O apoio psicoterapêutico encontra-se disponível em muitas Unidades de Dor que possuem, também, muitas delas, atendimento telefónico directo para apoio ao doente/cuidador.

Para formas mais graves ou difíceis, existem Unidades de Dor com meios mais sofisticados e algumas técnicas especiais, como por exemplo, bombas portáteis de infusão, permitindo, inclusivamente, automedicações controladas.

Podemos, pois, afirmar que desde as formas mais iniciais da doença até às formas mais avançadas há hoje resposta, que pode ser adequada em cerca de 90% dos casos. Os 10%

restantes constituem, por vezes, grandes desafios, em que se tem de equacionar a terapêutica com a qualidade de vida dos doentes, levando sempre em consideração o primado do doente, a ética e o bom senso.

A qualidade de vida é um conceito que deve estar sempre presente quando abordamos um doente com dor, oncológica ou não. Conceito tão subjectivo como a própria dor, qualidade de vida não é mais do que aquilo que a pessoa percebe como o que considera melhor para si. E aqui entra em jogo a individualidade de cada um, os seus anseios, as suas ambições, as suas preocupações, quer individuais quer sociais, no fundo, o desejo de estar bem consigo.

Por isso, uma das primeiras metas a atingir quando se apoia um doente oncológico é o de perceber até que ponto é que a nossa actuação interfere na sua qualidade de vida.

Quantas vezes me interrogo se tenho o direito de decidir por alguém cuja qualidade de vida não conheço ou conhecendo-a a vou alterar.

Tratar um doente com dor confronta-nos, muitas vezes, com a nossa própria dor e estamos provavelmente a tratá-la como gostaríamos ou desejaríamos que nos tratassem.

Deve ser, em entanto, um exercício de conjunto, o doente e o seu médico ou a sua equipa. É, provavelmente, o ponto em que a Medicina mais se aproxima da Arte e a Ciência mais reconhece as suas limitações.

A Dor na Representação do Cinema

Graça Castanheira

O cinema é um artefacto cultural criado por culturas específicas que nele se reflectem e que, em retorno, se vêem por ele influenciadas.

Neste sentido, nenhuma outra arte nos devolverá tão directamente a nós mesmos mas, quando o cinema tenta capturar dimensões humanas tão complexas como a dor, frequentemente falha. Sendo a sétima das artes, talvez importe dar um salto atrás para entender esta falha.

Começemos pelo Egipto no ano 2600 a.C. Datam desta altura e desta civilização as primeiras representações pictóricas do corpo humano de forma mais extensa e consistente. As pinturas e os relevos egípcios tinham como função fornecer servos para as almas no outro mundo, eram desenhadas para fazer companhia aos mortos, naquilo que seria a sua vida para além da vida. A tarefa dos artistas egípcios era representar figuras aptas a prestar serviço, e portanto a figura tinha de ser inscrita com o máximo de amplitude e de permanência possíveis.

Por exemplo, se tivessem de representar um tanque visto de cima com peixes a nadar, os egípcios representariam os peixes de lado, uma vez que se os representassem vistos de cima eles não passariam de um traço ondulado. Um rosto era representado a partir do seu ângulo mais característico, ou seja de perfil. E o olho, para que se visse melhor, era por sua vez inscrito de frente nesse perfil. O exemplo mais acabado da aplicação desta regra dá-se na representação dos pés que, para além de pintados sempre de lado, eram desenhados a partir do contorno do dedo grande do pé. Portanto, ambos os pés eram vistos do lado de dentro e a figura humana, assim representada, parece ter dois pés esquerdos ou dois pés direitos, consoante a direcção do corpo.

Alguns historiadores de arte, sugerem que esta forma de representar o corpo está intimamente ligada à finalidade mágica da representação pictórica. Como poderia um homem com um braço perspectivado ou um pé fragilizado por dedos mindinhos, levar ou receber eficazmente as oferendas do defunto que servia?

Dois milénios mais tarde, os gregos vão buscar inspiração a estas figuras. Mas rapidamente ultrapassam as velhas regras de representação e começam a explorar a figura humana em toda a sua complexidade. Há o exemplo de duas

estátuas, de Cléobis e Biton, duas figuras da mitologia grega, que revelam de forma clara o empenho do escultor em representar de forma realista os joelhos das suas personagens. O resultado não é brilhante, mas revela inequivocamente o esforço que o escultor estava a fazer para entender a anatomia interna dessa parte do corpo tão complicada que é o joelho.

Nas pinturas de vasos gregos que chegaram intactos até nós, articulam-se figuras que, apesar de ainda não totalmente perspectivadas, já têm outro tipo de agilidade. É de resto num desses vasos, datado de 500 anos a.C., que podemos ver o primeiro pé humano desenhado em perspectiva, de frente. Durante mais de 2.000 anos da sua história, o Homem não se atreveu a fugir à lateralidade para representar a figura humana e, nomeadamente, os pés.

Os gregos levaram até às últimas consequências a representação realista do corpo. Chegamos dessa época estátuas que representam corpos que parecem vivos. Mas são estátuas de deuses e semideuses da mitologia grega. E surgem, de facto, aos nossos olhos maiores do que a vida.

E têm, também eles, uma característica comum: o grau zero da expressão facial. Porque havia na época a convicção profunda de que a expressão humana desfiguraria o rosto, quebraria o efeito de beleza e de plenitude tão desejados pelos gregos. Considerava-se então que a expressão das emoções devia ser dada através da postura do corpo.

Era o próprio Sócrates, que também se dedicou à escultura, quem afirmava que a actividade da alma devia ser representada, palavras suas: «observando minuciosamente o modo como os sentimentos afectam o corpo em acção». Se bem que realistas, estas estátuas ainda não representavam seres humanos reais. Mas claro que também este problema foi ultrapassado e a escultura evoluiu para a representação fisionómica aproximando-se do conceito moderno de retrato.

Um dos primeiros homens retratados foi Alexandre, o Grande, que, com o seu périplo pelo Oriente, conquistou o título de semideus e se fez representar num busto de pedra com rugas na testa, até aí inexistentes. E desde esse tempo que nunca mais a escultura e a pintura cessaram de retratar o corpo e a realidade circundante com todo o realismo possível.

Dezanove séculos mais tarde, a figura humana está dominada, e estão aparentemente esgotadas as maneiras e os métodos de a representar.

E é então que entram em cena os pintores impressionistas que rompem de vez com as leis vigentes. Pintam em traços largos, sugerem a figura através de manchas de cor descarnadas, desorganizam, reinventam. O contorno realista do claro-escuro dá lugar à sugestão da forma pelo jogo de cores. O resultado é, para a época, chocante.

Posso aliás partilhar convosco uma crítica à primeira exposição de um colectivo de pintores impressionistas em Paris, no ano de 1874.

Dizia a crítica: «Eles, os impressionistas, pegam num pedaço de tela, tintas e um pincel, besuntam meia dúzia de manchas sobre ela ao acaso, e assinam o nome nessa coisa.» Mas os ânimos acalmaram. Os impressionistas, como Monet ou Renoir, tornaram-se pintores consagrados e conheceram, em vida, enorme reconhecimento público.

O que só foi possível porque entretanto surgiu outra forma de arte que continuou a assegurar a representação realista da figura humana: a fotografia. E da fotografia ao cinema foi um passo.

Enquanto a escultura e a pintura se libertavam do dever do realismo, o cinema tornou-se o veículo da representação do humano, da vida humana, em toda a sua complexidade.

Imagino aliás que se os egípcios tivessem descoberto o cinema, os túmulos estariam cheios de longas metragens de gente a andar de lado para fazer companhia aos faraós. Até porque em última análise o cinema tem uma função mágica semelhante de alguma forma e na medida em que «congela» as realidades que filma, o cinema também parece desenhado para nos imortalizar.

Ora, cada arte tem de superar obstáculos específicos para chegar à representação do humano, como já vimos no caso da escultura. O cinema, como arte eminentemente visual, também tem os seus obstáculos concretos.

E aqui peço-vos paciência para darmos outro salto atrás. É um salto mais curto, até ao nascimento do cinema. Tudo começou no princípio do século passado, com pequenas cenas documentais: uma criança a tomar o pequeno-almoço, um comboio a chegar à estação. Mais tarde, o desejo de registar a vida pediu emprestado ao teatro e à literatura a capacidade de contar pequenas histórias. Os primeiros filmes onde se inscreve um desejo de ficção são planos fixos onde tudo se passa como se de um palco filmado se tratasse.

David Griffith, um realizador americano, faz duas descobertas importantes, que estão na base do cinema tal como o conhecemos hoje: a *découpage*, termo que ficou do francês e que se pode traduzir por «acto de cortar em bocados» e que deu origem à montagem. Ou seja, a capacidade de filmar cortando a cena em vários segmentos em escalas diferentes e colar estes segmentos a seguir, obtendo o resultado de um todo pela soma das partes. Todo o cinema é feito assim. Esta técnica libertou a câmara da distância relativamente aos actores; aproximou-nos

do rosto e das expressões; aproximou-nos da subjectividade do nosso olhar individual sobre as coisas e as pessoas. No fundo, aproximou-nos de nós próprios.

A segunda grande descoberta, decorrente da primeira, foi a montagem paralela. Temos a cena de uma mulher em apuros em sua casa. Corta para a cena do marido a regressar do trabalho em direcção à casa. Será que ele vai chegar a tempo de a socorrer?

O cinema passou a estar perto da existência real a este ponto: está tudo a acontecer ao mesmo tempo. A montagem paralela resolveu a natureza simultânea da vida. E a partir destes dispositivos, mas sempre em torno deles, o cinema foi crescendo e tornando-se mais complexo, até hoje.

Ora, um dos grandes desafios em cinema é, precisamente, a representação dos estados de alma, entre os quais a dor. Sócrates, ao afirmar que a actividade da alma devia ser representada observando o modo como os sentimentos afectam o corpo em acção, enuncia um desafio que se viria a colocar de forma premente no cinema.

Muito concretamente, na escrita de um argumento para cinema, por exemplo, não se pode escrever: «João caminha angustiado». Nem tão pouco: «João, num luto profundo, senta-se no sofá». «Angustiado» e «luto profundo» não são ideias visuais, são antes conceitos visualmente nulos. E não podemos confiar só na fisionomia do actor para transportar a emoção. Não é sequer justo para o actor que o façamos.

Em cinema, o argumentista e o realizador têm de pensar acções, gestos e comportamentos externos que permitam que nós, espectadores, possamos induzir e sentir a paisagem interna da personagem.

E aqui voltamos aos nossos já conhecidos egípcios. Sendo o cinema uma arte eminentemente visual, a tentação é fazer exactamente o mesmo que os egípcios faziam: representar de perfil, representar a realidade a partir do seu ângulo mais característico (caricatural), para que se veja mais.

Neste cinema lateral, o desespero de uma personagem pode ser resolvido pondo a personagem a entrar num carro e a arrancar a grande velocidade. O chiar das rodas no asfalto ocupa o lugar do desespero. Nada mais fácil, nada mais lateral.

Mas ainda assim esta lateralidade serve algum cinema, a comédia, por exemplo. Mas serve-a apenas na medida em que a caricatura serve a comédia. Mas não serve o drama, não serve a dor.

Porque a verdade é que a dor, a grande dor, se apresenta de frente. Apresenta-se de frente, em profundidade e para a ler, para a podermos representar interiormente, somos obrigados a perspectivá-la. E nada será, porventura, tão difícil. Na vida como no cinema.

Muito concretamente, se tomar o meu braço como uma dor e se eu o apresentar de perfil

para vós, quaisquer duas linhas paralelas com alguma coisa redonda na ponta o representam minimamente. E posso facilmente ligá-lo ao corpo a que pertence com duas curvas, uma ascendente outra descendente.

Mas se vo-lo apresentar de frente, em profundidade, é muito mais difícil representá-lo. E é extraordinariamente difícil articulá-lo com o corpo. Onde termina, que linhas o fazem pertencer à identidade que o projecta? A que sujeito pertence esta dor?

Alguns realizadores tentam resolver este problema ficando-se pelos nós dos dedos. Fecham sobre esse pedaço. A dor apresenta-se assim literalmente como um nó cego, sem ponto de fuga, redenção ou pertença. Algum cinema europeu, algum cinema português, tem este hábito. Também não é, do meu ponto de vista, a solução.

Existem realizadores capazes de representar a frontalidade da dor. Poucos, mas existem. Mas também devo dizer que há realizadores que, apesar de francamente egípcios, conseguem a seu modo fazer filmes geniais, como Hitchcock, o mais egípcio entre todos, e filmes que apesar de laterais tocam e identificam a dor, como Almodovar.

Mas de seguida quero mostrar-vos cenas de filmes em que a dor é representada de frente.

Vou começar por duas cenas de um filme de John Cassavetes, *Opening Night* (Noite de Estreia, em português). Cassavetes foi um cineasta independente. Realizava em casa, rodeado de amigos. Era casado com a actriz Gena Rowlands que entrou em quase todos os seus filmes. Bebiam, muito, e improvisavam. Eram felizes e infelizes, eram de carne e osso e orgulhavam-se disso. Os filmes de Cassavetes são uma ostentação desbragada da sua humanidade.

Opening Night é protagonizado por Gena Rowlands, que desempenha o papel de uma actriz de teatro, Myrtle Gordon. Esta actriz investiu toda a sua energia nas personagens que representou, esquecendo-se de viver a sua própria vida. Sente-se a envelhecer e sente que não tem um projecto de vida seu. Vão ver duas cenas distintas, uma é logo no início do filme e outra a meio. Estão divididas por um *fade* a negro e estão relacionadas entre si.

Para mim, estas cenas são exemplos brilhantes de representação do sofrimento. Neste caso concreto, o sofrimento da passagem do tempo sobre nós, que o realizador dá a ver matando

literalmente a juventude e desenhando uma personagem literalmente traumatizada por essa morte.

Não há, quanto a mim, outro filme, outra cena, que melhor fale da angústia do envelhecimento, da juventude perdida.

De seguida, quero mostrar-vos uma cena de um filme de Clint Eastwood que é, sem dúvida, um dos realizadores mais interessantes da actualidade e, provavelmente, o realizador mais inteligente de Hollywood.

Ao contrário de Cassavetes, que se fosse pintor era um impressionista, Clint Eastwood é um hiper-realista. Que se serve, nesta cena que vos vou mostrar, de grandes armas do cinema: a composição do plano, a iluminação e a representação. Tudo dispositivos que Sócrates adoraria, certamente, ver aplicados.

A cena que vão ver é tirada de *Million Dollar Baby* (Sonhos Vencidos, em português). A jovem pugilista discípula de Frankie, a personagem interpretada por Eastwood, teve um acidente durante um combate e ficou totalmente paralisada. Pede a Frankie que termine com a sua vida mas Frankie recusa-se. Ela tenta, repetidamente, suicidar-se. O que faz com que Frankie acabe por ceder ao seu pedido.

Esta cena é perfeita. Não me atrevo sequer comentá-la.

A verdade é que me parece não haver nada mais importante para uma espécie tão vulnerável, sobre tantos aspectos, como a nossa, do que saber olhar a dor de frente. Se compararmos a história do cinema com a história da escultura, por exemplo, é fácil concluirmos que estes primeiros 100 anos serão um dia vistos como a antiguidade do cinema. E se o cinema ainda não representa uma dimensão humana tão básica como a dor, com a exactidão desejada, não nos devemos desapontar excessivamente. Podemos sempre lembrar que o cinema imita e reproduz a vida.

E que portanto os realizadores de cinema imitam o que podem, como podem, uns melhor, outros pior. Estou convencida de que é na vida real que temos de ser bons realizadores. Bons médicos, bons terapeutas, bons amigos e amantes. Um dia o cinema imitar-nos-á.

Para terminar, posso dizer-vos que estou hoje aqui convosco, viva e bem disposta porque houve, há cinco anos atrás, um bom terapeuta que olhou a minha dor de frente e me soube ajudar a perspectivá-la.

Delirium e Disfunção Cognitiva no Idoso: Relação com a Analgesia Pós-Operatória

Raquel Inácio¹ e Isabel Bastardo²

Resumo

Os idosos são particularmente susceptíveis ao desenvolvimento de *delirium* e disfunção cognitiva pós-operatórios. Talvez a necessidade de recorrer a testes neurofisiológicos complexos justifique a tendência generalizada para subestimar a ocorrência destes eventos que contribuem inequivocamente para um aumento da morbidade e mortalidade pós-operatória.

Neste trabalho, as autoras fazem inicialmente uma breve revisão da caracterização, incidência e factores de risco associados, para de seguida destacarem a importância da analgesia pós-operatória no desenvolvimento de *delirium* e disfunção cognitiva e compararem os analgésicos e as vias de administração mais comumente utilizados.

Palavras-chave: *Delirium*. Disfunção cognitiva. Complicações pós-operatórias. Analgesia.

Abstract

The elderly are particularly susceptible to the development of Delirium and Cognitive Dysfunction PO. Perhaps the need for complex neurophysiologic tests justify the widespread tendency to underestimate the occurrence of these events that clearly contribute to increased morbidity and postoperative mortality.

In this paper, the authors make initially a brief review of the characterization, incidence and associated risk factors, and then they emphasize the importance of postoperative analgesia on the development of Delirium and Cognitive Dysfunction, comparing the most common analgesics and routes of administration commonly used. (Dor. 2009;17(1):11-6)

Corresponding author: Raquel Inácio, anestesiologia@chc.min-saude.pt

Keywords: Delirium. Cognitive dysfunction. Postoperative complications. Analgesia.

Introdução

Nas últimas décadas, os avanços verificados nas técnicas anestésicas e cirúrgicas permitiram uma substancial redução na mortalidade e morbidade perioperatória na população idosa. Doentes com múltiplas morbilidades são agora submetidos a tratamento cirúrgico em fases mais cada vez mais avançadas das suas vidas.

Datam de 1955 os primeiros relatos médicos de algum grau de deterioração neurocognitiva em doentes submetidos a anestesia geral. A idade avançada surgia então como o principal factor associado a este evento, considerado transitório e inerente ao procedimento¹.

Subvalorizados até há bem pouco tempo, o crescendo de incidência associado ao aumento da esperança média de vida, estimulou o investimento no conhecimento destes fenómenos permitindo caracterizá-los em duas síndromes distintas: o *delirium* e a disfunção cognitiva pós-operatórios.

Delirium e disfunção cognitiva: duas entidades distintas

Delirium

O *delirium* é uma síndrome caracterizada por um distúrbio da consciência e alteração da cognição ou percepção, não atribuível a demência prévia. Tem instalação aguda, desenvolvendo-se em horas ou dias, curta duração (dias a semanas) e um curso clínico flutuante durante o dia. À incapacidade de focalizar, manter e fixar a atenção, somam-se outros sintomas cognitivos, de que são exemplo a desorientação e a disfunção episódica da memória, e/ou distúrbios da percepção, como ilusões e alucinações. Associadamente, podem verificar-se alterações do ritmo circadiano, distúrbios do

¹Interna Complementar de Anestesiologia

²Assistente Graduada de Anestesiologia

Quadro 1. Critérios de diagnóstico de delirium estabelecidos pela Associação Americana de Psiquiatria no DMS em 1994

- Distúrbio de consciência (redução de clareza em relação ao ambiente), com dificuldade para focalizar, manter ou alternar atenção
- Alterações cognitivas (distúrbio da memória, de linguagem e desorientação) ou alterações do sono
- Início agudo com sintomas flutuantes ao longo do dia
- Evidência, seja por história, exame físico ou testes laboratoriais, de que o distúrbio foi provocado por uma condição médica, pelo uso de fármacos, intoxicação ou abstinência de drogas ou por mais do que uma destas situações

DMS: *diagnostic and statistical manual*

humor com episódios de labilidade emocional, raiva e euforia, e alterações do pensamento.

A apresentação clínica do *delirium* varia de doente para doente, varia com o decorrer do tempo no próprio doente e partilha sinais e sintomas com outras patologias como a demência, a depressão e a psicose. Desta forma, facilmente se compreende a dificuldade e complexidade de um diagnóstico precoce.

No contexto anestésico-cirúrgico, é pertinente a distinção entre «*delirium* emergente» e o *delirium* pós-operatório propriamente dito². Assim, por «*delirium* emergente» entende-se o conjunto de alterações cognitivas verificadas no despertar de uma anestesia geral, com resolução em minutos a horas, verificadas em todos os grupos etários, embora com aparente predomínio nas crianças. Directamente relacionado com os efeitos dos anestésicos utilizados, ocorre no despertar da anestesia, mimetiza o estágio II de Guedel (excitação) e normalmente não deixa sequelas.

Após a cirurgia, pode ocorrer outro tipo de *delirium* sem relação com o despertar anestésico e muito frequente na faixa etária acima dos 70 anos. Regra geral, os doentes idosos despertam da anestesia de forma suave; no entanto, após um intervalo de lucidez na unidade de cuidados pós-anestésicos, muitos deste doentes desenvolvem alterações cognitivas que caracterizam o *delirium* pós-operatório^{3,4}. Maioritariamente, esta síndrome desenvolve-se entre o primeiro e o terceiro dia pós-cirurgia, com resolução em horas ou dias.

A heterogeneidade da apresentação clínica conduziu à identificação de três subtipos de *delirium*: o hiperactivo, o hipoactivo e o misto^{5,6}. Contrastando com a forma hiperactiva, que por si só se torna clinicamente óbvia, o *delirium* hipoactivo é muitas vezes subvalorizado, não diagnosticado ou simplesmente encarado como uma inerência da idade, já que os doentes permanecem inertes no leito e imersos na sua própria desorientação.

Os critérios de diagnóstico de *delirium* estão estabelecidos no Manual Diagnóstico e Estatístico para Transtornos Mentais (DSM) de 1994 da Associação Americana de Psiquiatria e são apresentados no quadro 1.

Quadro 2. Avaliação de delirium segundo o Confusion Assessment Method

- Início agudo e flutuação de sintomas
- Distúrbio da atenção
- Pensamento desorganizado
- Alteração da consciência
- Agitação ou atraso psicomotor
- Desorientação
- Prejuízo da memória
- Distúrbio da percepção
- Alterações do ciclo sono-vigília

Baseados nesses critérios, inúmeros autores têm proposto instrumentos de avaliação de *delirium* para a prática clínica. Um desses instrumentos, o *Confusion Assessment Method* (CAM) foi recentemente validado para a população portuguesa⁶. Os itens abordados para a avaliação de *delirium* pelo CAM são apresentados no quadro 2.

Disfunção cognitiva

O termo disfunção cognitiva pós-operatória (DCPO) descreve uma deterioração da cognição que é temporalmente associada a um procedimento anestésico-cirúrgico. Trata-se de um declínio da função intelectual que se manifesta por perda de memória e de concentração, em que os mecanismos de percepção e de processamento de informações, que permitem ao indivíduo adquirir conhecimentos e solucionar problemas, estão comprometidos⁷. Esta deterioração geralmente manifesta-se como falhas na execução de tarefas cognitivas simples. Em casos mais graves, os distúrbios acompanham-se de confusão, alucinações e *delirium*^{8,9}.

Como pretende demonstrar a figura 1, um dos critérios que melhor permite fazer a distinção entre *delirium* e disfunção cognitiva pós-operatórios é o intervalo de tempo, após a cirurgia, em que surgem os distúrbios cognitivos.

De facto, o «*emergence delirium*» ocorre ainda na sala operatória ou na unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA). O *delirium* pós-operatório verifica-se entre os primeiro e terceiro dias pós-cirurgia. Por último, as alterações despolegadas semanas a meses após um procedimento cirúrgico configuram a DCPO.



Figura 1. Intervalo de tempo: a principal distinção entre delirium e disfunção cognitiva pós-operatórios.

A maioria dos pacientes que desenvolvem DCPO apresentam distúrbios neurocognitivos discretos, que são identificados somente através de testes neurofisiológicos específicos¹⁰.

Estes exames neurofisiológicos avaliam a capacidade de processamento de informação cerebral através de uma bateria de testes (avaliação da atenção, percepção, capacidade verbal, capacidade de aprendizagem e memória, e pensamento abstracto) que são sensíveis aos efeitos da lesão cerebral¹¹.

Na maioria dos estudos, o teste utilizado para a avaliação é o *Mini-Mental-State*¹².

A grande variabilidade do estado normal de capacidades cognitivas associadas ao envelhecimento e a possibilidade de um compromisso cognitivo ligeiro prévio, tornam a avaliação pré-operatória fundamental. Sem um estudo prévio é impossível estabelecer uma associação entre uma disfunção cognitiva e a ocorrência de eventos anestésicos ou cirúrgicos.

Assim, em oposição ao *delirium*, em que o comportamento patognomónico permite o diagnóstico, a detecção e a caracterização da DCPO depende de avaliações validadas da função cognitiva no pré e no pós-operatório.

Incidência

Relativamente à incidência destas síndromes, os resultados dos estudos disponíveis na literatura apenas permitem tirar ilações em termos de cirurgia cardiovascular e cirurgia não-cardiovascular.

Assim, no pós-operatório de cirurgia não-cardiovascular, a incidência de *delirium* varia entre os 10 e os 60%, verificando-se nos doentes submetidos a estes procedimentos uma incidência de disfunção cognitiva de 7 a 26%¹³⁻¹⁵. No contexto de cirurgia cardiovascular, o *delirium* e a disfunção cognitiva pós-operatórios atingem respectivamente 24-80% e 3-47% dos doentes^{16,17}.

As amplas variações de incidência apresentadas são resultado da heterogeneidade das populações estudadas no que concerne à idade, ao estado clínico e neurocognitivo prévios à cirurgia e, fundamentalmente, aos diferentes padrões de estudo e de critérios de diagnóstico utilizados.

Fisiopatologia

A fisiopatologia do *delirium* e da disfunção cognitiva ainda não é completamente conhecida. Considera-se que estas entidades representam uma manifestação neuropsiquiátrica de alterações cerebrais difusas, conseqüentes a distúrbios do metabolismo cerebral^{18,19}.

Mudanças na função dos neurotransmissores ou nas substâncias que funcionam como o seu substrato estão provavelmente envolvidas^{20,21}.

Estudos *post mortem* de doentes com distúrbios cognitivos revelam uma perda neuronal especialmente acentuada (superior a 75%) nos núcleos basal de Meynert e septal, reconhecidos

como áreas de projecção colinérgica para o neocórtex e hipocampo, respectivamente.

A relação destas alterações com o défice cognitivo e o *delirium* está na base da hipótese colinérgica. De facto, a acetilcolina é o neurotransmissor mais frequentemente invocado, uma vez que as vias centrais colinérgicas estão envolvidas na regulação da atenção, memória e sono. Alterações na regulação da síntese e libertação da acetilcolina podem representar a via final comum de muitas condições associadas ao *delirium* e à disfunção cognitiva.

A desregulação de outros sistemas de neurotransmissão, como o sistema serotoninérgico, catecolaminérgico e glutamatérgico, também podem contribuir para a génese destes eventos neurológicos.

Dor aguda e analgesia pós-operatória como factores de risco para o desenvolvimento de delirium e disfunção cognitiva

Os factores de risco para o desenvolvimento de *delirium* e de disfunção cognitiva pós-operatórios podem ser divididos em três grupos: factores pré-operatórios, factores intra-operatórios e factores pós-operatórios.

Porque inevitavelmente o tornaria demasiado extenso, não faz parte do âmbito deste trabalho desenvolver todos os inúmeros factores de risco que, para além da dor aguda e analgesia pós-operatórias, estão associados a esta problemática do *delirium* e disfunção cognitiva. Contudo, e dada a sua inegável importância, estes encontram-se enumerados de forma resumida nos quadros 3, 4 e 5.

Dor aguda pós-operatória

A dor aguda pós-operatória está associada a uma resposta de *stress* neuroendócrina que é proporcional à intensidade da dor.

A resposta hormonal ao *stress* aumenta a libertação de hormonas catabólicas (catecolaminas, cortisol e glucagom).

Por outro lado, a dor está fortemente associada a situações de ansiedade e a distúrbios do sono.

Assim, facilmente se compreende a importância de uma correcta abordagem da dor aguda pós-operatória no contexto das alterações neurocognitivas verificadas no doente cirúrgico idoso.

Schor, et al.²² investigaram os factores de risco de *delirium* em idosos hospitalizados e concluíram que a dor não controlada estava associada a *delirium*.

De forma concordante, Duggleby W, et al.²³ verificaram que a dor constituía um factor preditivo de declínio cognitivo após procedimentos cirúrgicos.

Em 1998, Lynch EP, et al.²⁴ debruçaram-se também sobre o impacto da dor aguda pós-operatória no desenvolvimento de *delirium*. Concluíram que a dor em repouso é o único tipo de dor que aumenta o risco de disfunção neurocognitiva. Muito embora a dor ao movimento e a dor máxima referida pelos doentes constituam um

Quadro 3. Factores de risco pré-operatórios

- Compromisso cerebral devido a:
 - Causas fisiológicas – idade
 - Causas patológicas: vasculares, neoplásicas, traumáticas, congénitas, idiopáticas
- Baixo nível de escolaridade
- Fármacos:
 - Polimedicação e interações medicamentosas
 - Intoxicação medicamentosa
- Alterações endócrinas e metabólicas
- *Mental Status*: Depressão; Ansiedade
- Sexo e Factores Genéticos

Quadro 4. Factores de risco intra-operatórios

- Duração do procedimento
- Complicações intra-operatórias
 - Fenómenos embólicos
 - Hipotensão
 - Hiperglicemia
 - Hipertermia
- Tipo de cirurgia
 - Cirurgia não-cardiovascular
 - Ortopédica
 - Oftalmológica
 - Cirurgia cardiovascular
- Agentes anestésicos e técnica anestésica

Quadro 5. Factores de risco pós-operatórios

- Hipoxia:
 - Complicações respiratórias
 - Hipoxia perioperatória
 - Anestesia residual
- Dor aguda pós-operatória
- Técnica e tipo de analgesia pós-operatória
- Sépsis e desequilíbrios electrolíticos
- Distúrbios do sono

stress fisiológico agudo, o facto da dor em repouso provocar distúrbios do sono parece ter importância fundamental no *outcome* cognitivo.

Analgesia pós-operatória

Nos últimos anos, as técnicas de abordagem da dor aguda pós-operatória evoluíram substancialmente, pelo que se impõe avaliar o papel da analgesia pós-operatória no desenvolvimento de *delirium* e disfunção cognitiva. Neste contexto, é importante comparar não só as mais frequentes modalidades analgésicas, mas também os analgésicos mais comumente utilizados.

Línnea, et al.²⁵ defendem que os doentes que recebem opióides por via oral têm menor probabilidade de desenvolver alterações cognitivas em comparação com os doentes que são analgésicos com recurso a *patient controlled analgesia* (PCA) endovenosa ou a analgesia epidural. Talvez o facto da administração oral de opióides resultar em menores níveis sanguíneos do fármaco, conseqüente ao efeito de primeira passagem, justifique essa afirmação.

Numa pesquisa sistemática das bases de dados PubMed e *Cumulative Index to Nursing &*

Allied Health Literature (CINAHL), Harold, et al.²⁶ identificaram quatro estudos comparando diferentes opióides e três estudos comparando a via endovenosa e a via epidural como modalidade analgésica, no que concerne ao desenvolvimento de alterações neurocognitivas (Quadros 6 e 7).

Embora a associação dos opióides a estes eventos seja inquestionável, excluindo a meperidina, não existem diferenças significativas entre os diferentes opióides usados (morfina, fentanilo e hidromorfona). De facto vários estudos concluem que a meperidina (petidina) está associada a um risco aumentado de *delirium* e disfunção cognitiva nos doentes idosos cirúrgicos, em comparação com outros opióides (Quadro 6).

Esta evidência facilmente se compreende se atendermos ao seu metabolito activo, a normeperidina, que tem acção anticolinérgica.

No que diz respeito à via de administração, os resultados demonstram que a analgesia endovenosa por PCA e a analgesia epidural conferem um risco equivalente de desenvolvimento de *delirium* e disfunção cognitiva (Quadro 7). Esta afirmação poderá, inicialmente surpreender. De facto, a dose dos opióides administrada em técnicas do neuroeixo é inquestionavelmente menor do que a utilizada por via endovenosa, sendo ainda mais reduzida quando se associam anestésicos locais. Os resultados obtidos são tão somente a confirmação de que outros factores, para além da dose de opióides utilizada, desempenham um papel importante no *outcome* cognitivo.

Conclusão

O *delirium* e a disfunção cognitiva pós-operatórios são predominantemente um problema do idoso. Da combinação do crescente envelhecimento da população e da evolução das técnicas anestésico-cirúrgicas verificada nas últimas décadas, resulta um aumento significativo do número de idosos submetidos a cirurgia. Desta forma, os distúrbios neurocognitivos pós-cirúrgicos apresentam uma incidência em crescendo. Outrora negligenciados, despertam agora a atenção de investigadores e profissionais de saúde.

O *delirium* e a disfunção cognitiva são entidades estabelecidas, cuja fisiopatologia ainda não está completamente conhecida. Alterações da síntese e libertação da acetilcolina desempenham um papel fulcral na génese destes eventos, embora a desregulação dos sistemas serotoninérgico, catecolaminérgico e glutamatérgico esteja também envolvida.

O diagnóstico destas síndromes neurológicas nem sempre é fácil, exigindo aos médicos uma correcta avaliação pré-operatória, a aplicação de testes de avaliação cognitiva e pleno conhecimento dos factores precipitantes.

A idade avançada, o baixo nível de escolaridade, a polimedicação e as alterações endócrinas e metabólicas são os factores de risco pré-cirúrgicos mais relevantes.

Quadro 6. Analgésicos utilizados				
Estudo	N	Tipo de cirurgia	Preditores	Outcome
Herrick IA, et al. ²⁷	96	Anca/joelho	Morfina (PCA) Fentanilo (PCA)	Morfina: desorientação em 14,3 % dos doentes Fentanilo: desorientação em 4,3% dos doentes
Silvasti M, et al. ²⁸	43	Reconstrução mamária	Morfina (PCA) Tramadol (PCA)	Sem diferenças significativas entre os dois grupos
Morrison RS, et al. ²⁹	541	Anca	Morfina (PCA) Meperidina (PCA)	Meperidina: > incidência de <i>delirium</i>
Marcantônio ER, et al. ³⁰	91	Cir. geral, ginecológica e ortopédica	Morfina vs meperidina (PCA) Fentanilo vs meperidina (PCA)	Meperidina: > incidência de <i>delirium</i>

N: número de doentes; PCA: *Patient Controlled Analgesia*.

Quadro 7. Modalidade analgésica				
Estudo	N	Cirurgia	Preditores	Outcome
Mann C, et al. ³¹	70	Abdominal	Morfina (PCA) Bupivacaína e fentanilo (PCEA)	<i>Delirium</i> em 24,2% dos doentes <i>Delirium</i> em 25,8% dos doentes
Williams R, et al. ³²	51	Cirurgia ortopédica	Fentanilo (ev.) Bupivacaína e fentanilo (epidural)	<i>Delirium</i> em 44% dos doentes <i>Delirium</i> em 38,5% dos doentes
Marcantônio ER, et al. ³⁰	91	Ginecológica e ortopédica	Morfina ou meperidina (PCA) Fentanilo ou meperidina (epidural)	Epidural com meperidina: maior incidência de <i>delirium</i>

N: número de doentes; PCA: *Patient Controlled Analgesia*; PCEA: *Patient Controlled Epidural Analgesia*; ev.: via endovenosa.

Os fenómenos embólicos, a hipoperfusão cerebral, a hiperglicemia e a hipertermia constituem as complicações intra-operatórias mais frequentemente associadas ao desenvolvimento de *delirium* e disfunção cognitiva pós-operatórios. Os agentes anestésicos utilizados, sobretudo os opióides e as benzodiazepinas, estão também relacionados com *outcomes* cognitivos desfavoráveis. Do ponto de vista do tipo de procedimento cirúrgico, a cirurgia cardíaca, vascular e ortopédica lideram como factores de risco.

No período pós-operatório, a hipoxia, a dor aguda e a privação do sono são frequentemente causa de desfechos neurológicos negativos. A dor ao movimento e a dor máxima referida pelo doente desencadeiam uma resposta neuroendócrina de *stress* agudo, mas a dor em repouso, ao provocar também distúrbios do sono, assume destaque no desenvolvimento destas alterações cognitivas.

No que diz respeito à analgesia pós-operatória, a associação dos opióides a *delirium* e à disfunção cognitiva é inquestionável. No entanto, excluindo a meperidina que surge associada a uma incidência aumentada de alterações neurocognitivas, não existem diferenças significativas entre os opióides mais comumente utilizados.

A maioria dos estudos revela também uma menor incidência de distúrbios cognitivos nos doentes que recebem opióides por via oral relativamente aos que são analgésicos por via endovenosa ou epidural. O risco de desenvolver

delirium e disfunção cognitiva é equivalente quando se recorre a analgesia por via endovenosa (PCA) ou por via epidural.

Para além do aumento da morbi-mortalidade pós-operatória, o *delirium* e a disfunção cognitiva constituem também um problema socioeconómico ao condicionarem períodos de hospitalização alargados e uma recuperação funcional tardia.

A prevenção destes eventos neurológicos é, evidentemente, importante e exige uma abordagem multidisciplinar, envolvendo não só anestesiólogos e cirurgiões, mas também psiquiatras, psicólogos e enfermeiros.

Não existem estudos epidemiológicos disponíveis da realidade portuguesa relativamente a esta problemática do *delirium* e disfunção cognitiva pós-cirúrgicos. No entanto, a prática clínica diária no bloco operatório, na unidade de cuidados pós-anestésicos e nas enfermarias, mostra uma incidência significativa. Tal observação torna evidente a necessidade de investir no conhecimento destas síndromes e justifica, de forma inequívoca, a pertinência deste trabalho.

Bibliografia

1. Bedford PD. Adverse cerebral effects of anesthesia in old people. *Lancet*. 1955;2:257-6.
2. Kain ZN. Preoperative anxiety and emergence delirium and postoperative maladaptive behaviors. *Anesth Analg*. 2004;99:1648-54.
3. Marcantonio ER. Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial. *J Am Geriatr Soc*. 2001;49:516-22.
4. Brauer C. The cause of delirium in patients with hip fracture. *Arch Intern Med*. 2000;160:1856-60.

5. Cole MG. delirium in elderly patients. *AM J Geriatr Psychiatry*. 2004;12:7-21.
6. Inouye SK, et al. Clarifying confusion. The confusion assessment method: a new method for detection of Delirium. *Ann Intern Med*. 1990;113:941-8.
7. Lezak MD, Howieson DB. *Neuropsychological Assessment*. 4.^a ed. Nova Iorque: Oxford University Press; 2004
8. Jorm AF, Christensen H. Do cognitive complaints either predict futures cognitive or reflect past cognitive decline? A longitudinal study of an elderly community sample. *Psychol Med*. 1997;27:91-8.
9. Rasmussen LS. Defining postoperative cognitive dysfunction. *Eur J Anaesthesiol*. 1998;15:761-4.
10. Moller JT, et al. Long-term postoperative cognitive dysfunction in the elderly ISPOCD1 study. *Lancet*. 1998;351:857-61.
11. Lewis MS, Maruff P, Silbert BS, Evered LA, Scott DA. The influence of different error estimates in the detection of post-operative cognitive dysfunction using reliable change indices with correction for practice effects. *Arch Clin Neuropsychol*. 2006;21:421-7.
12. Folstein MF, McHugh PR. Mini Mental State – a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatry Res*. 1975;12:189-98.
13. Parikh S, Chung C. Postoperative delirium in the elderly. *Anesth Analg*. 1995;80:1223-32.
14. Canet J, Raeder J, Rasmussen LS, et al. Cognitive dysfunction after minor surgery in the elderly. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2003;47:1204-10.
15. Rasmussen LS, et al. Does anaesthesia cause postoperative cognitive dysfunction? A randomised study of regional vs general anaesthesia in 438 elderly patients. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2003;47:260-6.
16. Rasmussen LS, et al. The assessment of postoperative cognitive function. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2001;45:275-89.
17. Dyer CB, Ashton CM, Teasdale TA. Postoperative delirium: a review of 80 primary data – collection studies. *Arch Intern Med*. 1995;155:461-5.
18. Dodds C, Allison J. Postoperative cognitive deficit in the elderly surgical patient. *Br J Anaesth*. 1998;81:449-62.
19. Lindesay J, Macdonald A, Starke I. *Delirium in the Elderly*. Oxford: Oxford University; 1990.
20. Chan D, Brennan NJ. Delirium: making the diagnosis, improving the prognosis. *Geriatric*. 1999;54:28-42.
21. Mach JR et al. (1995) Serum anticholinergic activity in hospitalized elderly with Delirium. A preliminary study. *J Am Geriatr Soc*; 43:491-495.
22. Schor JD, Levkoff SE, Lipsitz LA, et al. Risk factors for delirium in hospitalized elderly. *JAMA*. 1992;267:827-31.
23. Duggleby W, Lander J. Cognitive status and postoperative pain: older adults. *J Pain Symptom Manage*. 1994;9:19-27.
24. Lynch E, Lazor M, Gellis J, et al. The impact of postoperative pain on the development of postoperative delirium. *Anesth Analg*. 1998;86:781-5.
25. Linnea et al. Postoperative delirium: the importance of pain and pain management. *Anesth Analg*. 2006;102:1267-73.
26. Harold et al. The role of postoperative analgesia in delirium and cognitive decline in elderly patients: a systematic review. *Anesth Analg*. 2006;102:1255-66.
27. Herrick IA, Ganapathy S, Komar W, et al. Postoperative cognitive impairment in the elderly: choice of patient-controlled analgesia opioid. *Anaesthesia*. 1996;51:356-60.
28. Silvasti M, Svartling N, Pitkanen M, Rosenberg PH. Comparison of intravenous patient-controlled analgesia with tramadol versus morphine after microvascular breast reconstruction. *Eur J Anaesthesiol* 2000;17:448-55.
29. Morrison RS, Magaziner J, Gilbert M, et al. Relationship between pain and opioid analgesics on the development of delirium following hip fracture. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2003;58:76-81.
30. Marcantonio ER, Juarez G, Goldman L, et al. The relationship of postoperative delirium with psychoactive medications. *JAMA*. 1994;272:1518-22.
31. Mann C, Pouzeratte Y, Boccarda G, et al. Comparison of intravenous or epidural patient-controlled analgesia in the elderly after major abdominal surgery. *Anesthesiology*. 2000;92:433-41.
32. Williams-Russo P, Urquhart B, Sharrock N, Charlson M. Postoperative delirium: predictors and prognosis in elderly orthopedic patients. *J Am Geriatr Soc*. 1992;40:759-67.

Cronologia da Dor

Hugo Leite-Almeida e Armando Almeida

Resumo

Os organismos nas suas fases iniciais e em senescência apresentam particularidades que os tornam únicos. Estas reflectem-se necessariamente na forma como os vários sistemas funcionam e condicionam a forma como podemos intervir sobre eles farmacológica ou cirurgicamente. A dor é uma experiência com componentes sensitiva/discriminativa e cognitiva/emocional, constituindo um importante mecanismo de defesa do organismo. Os mecanismos endógenos de controlo da dor acompanham o desenvolvimento do organismo, o que se reflecte em alterações na percepção e na resposta à dor que variam com a idade do indivíduo. Na presente revisão pretendemos abordar de uma forma geral, citando alguns exemplos ilustrativos, as principais características identificadoras da dor no indivíduo em desenvolvimento e no indivíduo senescente. O paralelo entre a clínica e o laboratório, embora muito difícil de estabelecer como adiante se verá, estará sempre presente no texto. Terminaremos a revisão com alguns dados recentemente publicados pelo nosso grupo, onde analisamos o impacto da dor crónica neuropática no comportamento emocional e cognitivo no rato com diferentes idades.

Palavras-chave: Dor. Idade. Comportamento emocional. Cognição. Rato. Homem.

Abstract

The developing and the senescent organism are structurally and functionally unique. Any intervention, pharmacological or surgical, in these individuals will be necessarily conditioned by their particularities. Pain is an experience with sensitive-discriminative and emotional-cognitive components and constitutes an important defense mechanism of the body. Pain endogenous controlling systems suffer alterations throughout development, which are mirrored by alterations in the pain perception and in pain related behaviors. It is our aim to present an overview of the main characteristics of pain in the developing and in the senescent individual. Some illustrative examples will be given. The link between clinical and laboratory studies, though very insipid in these matters, will always be present throughout the text. Finally, some recent data from our group on the impact of neuropathic chronic pain on the emotional and cognitive behavior in the rat, will be presented. (Dor. 2009;17(1):17-23)

Corresponding author: Armando Almeida, aalmeida@ecsaude.uminho.pt

Key words: Pain. Age. Emotional behavior. Cognition. Rat. Human.

Introdução

A dor é o objecto de estudo de um número significativo de investigadores com diferentes formações académicas e científicas. Uma rápida observação aos temas abordados no último congresso mundial organizado pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP, na sigla inglesa) em Agosto de 2008 permite concluir que esta massa crítica se dispersa por um número considerável de temas de investigação

básica e clínica relacionados com a dor, incluindo alguns sobre o binómio dor/idade. A IASP declarou os anos de 2005-2006 e 2006-2007 como anos globais contra a dor na criança e no idoso, respectivamente, pretendendo com esta iniciativa alertar para a especificidade destas duas realidades no contexto da dor. São muitas as modificações que o indivíduo atravessa ao longo da vida, no seu intelecto e fisiologia. Estas reflectem-se necessariamente na forma como a dor é percebida, quer na vertente sensitiva/discriminativa, quer na vertente emocional/cognitiva. A extensa bibliografia publicada no tema pode ser dividida em dois grandes blocos, um reunindo informação obtida em cenário clínico e um outro reunindo informação obtida em laboratório quer usando voluntários humanos, quer modelos animais. De forma sumária indicam-se

Professor
Escola de Ciências da Saúde
Universidade do Minho
Campus de Gualtar
E-mail: aalmeida@ecsaude.uminho.pt

algumas das linhas de estudo actualmente em curso:

- Estudos epidemiológicos: quais os patamares etários mais afectados e que tipos de dor mostram maior prevalência em cada um desses patamares são as questões a que os epidemiologistas na área da dor tentam dar resposta. A incidência de certos tipos de dor em patamares etários específicos poderá reflectir não só alterações neurológicas associadas ao envelhecimento como também realidades laborais específicas, entre outros factores.
- Avaliação da dor: a questão da avaliação da dor é particularmente pertinente em indivíduos cuja capacidade de verbalizar é diminuída como crianças, indivíduos senis ou comatosos. A escala visual da dor (EVA; *visual analog scale*, na sigla inglesa), por exemplo, embora extensamente validada como instrumento para aferir a intensidade da dor, tem a sua validade comprometida nas faixas etárias mais velhas³¹. O desenvolvimento de ferramentas adequadas para aferir a dor nestes grupos é uma área de pesquisa da maior importância.
- Resposta à dor experimental: em ambiente clínico/laboratorial controlado, a resposta a estímulos padronizados é investigada. Tal como no primeiro ponto, pretende-se perceber qual o efeito da idade na percepção de estímulos nóxicos.
- Adequação farmacológica: este tema vai para além do simples ajuste da dose ao peso/sexo do indivíduo. A capacidade de resposta (e metabolização) a um dado fármaco depende da fisiologia individual que varia com a idade. Eventuais ganhos na eficácia terapêutica poderiam emergir de um aprofundado conhecimento dessas variações. Este ponto tem especial relevância se for levado em conta o facto de as populações mais idosas serem frequentemente polimedicadas.
- Alterações do sistema endógeno de controlo da dor: estes estudos, maioritariamente com recurso a modelos animais, têm sido uma valiosa fonte de informação dada a possibilidade de se poder manipular e analisar áreas que controlam a chegada de informação nociceptiva ao sistema nervoso (SN) central.
- Impacto da dor no comportamento emocional e cognitivo.

No presente texto iremos abordar estes pontos atribuindo alguma relevância ao último ponto, que tem sido alvo recente de investigação por parte do nosso laboratório. Os leitores interessados em aprofundar as demais matérias devem consultar a bibliografia indicada onde podem encontrar material original e de revisão actualizado. É nosso objectivo transmitir uma visão global, ainda que pecando por superficial, do estado da arte na matéria.

O sistema endógeno de controlo da dor e o desenvolvimento/envelhecimento

O SN sofre grandes modificações estruturais e funcionais ao longo da vida do indivíduo. As fases iniciais de desenvolvimento estão relativamente bem caracterizadas do ponto de vista anatómico/morfológico. O estudo de potenciais condicionantes ao desenvolvimento normal, especialmente daqueles com óbvia correlação clínica, tem sido o principal foco da presente investigação na área. Quanto às fases mais tardias de senescência/envelhecimento, estas tem sido mais difíceis de caracterizar devido ao carácter cumulativo de muitíssimos factores que acompanham o indivíduo ao longo da sua vida. O envelhecimento é um processo heterogéneo, sendo por isso difícil de balizar aqueles fenómenos que cabem num quadro de envelhecimento «normal» daqueles que fogem à norma e, por conseguinte, se consideram patológicos. Não obstante, tem sido possível estabelecer alguns padrões que aparentam ter alguma consistência interindivíduos.

O reconhecimento de que estas duas fases da vida do indivíduo são muito distintas no que à dor (percepção e modulação) diz respeito, tem motivado muita investigação clínica e laboratorial. Abordaremos as duas nas secções seguintes.

Fases iniciais do desenvolvimento

O SN em desenvolvimento não é o equivalente miniaturizado do SN adulto. Profundas alterações ao nível molecular, celular e anatómico terão que ocorrer até que se atinja a organização adulta¹⁷. Este processo reflecte-se numa sucessão de patamares com características funcionais distintas que acompanham o desenvolvimento estrutural. O aparecimento das primeiras respostas reflexas, por exemplo, é observável a partir das 7,5 semanas no feto humano e do 15.º dia de gestação no rato, acompanhando a formação de ligações funcionais entre os nervos periféricos e a medula espinal. Estes movimentos reflexos não podem, no entanto, ser considerados como dor na verdadeira acepção da palavra, já que neste período não existe um córtex funcional¹⁶. Mais, até à 19.ª semana de vida intra-uterina (humano) não existem fibras C – tipicamente associadas à condução de informação nóxica – a enervar o corno dorsal da medula espinal, reforçando o argumento que a dor é um acontecimento relativamente tardio no desenvolvimento do embrião/feto (aproximadamente às 26 semanas)¹⁶.

As reacções desencadeadas pela aplicação de estímulos nóxicos e inócuos nas primeiras semanas de vida do homem e rato* caracterizam-se

*Em termos do desenvolvimento de reflexos, o rato à nascença é equiparável ao feto humano no período médio da gravidez, aos sete dias ao recém-nascido e às três semanas à criança com um ano (Dobbing, 1981).

por envolver movimentos exagerados, de grande amplitude, envolvendo o corpo todo e não apenas as áreas estimuladas. Tal poder-se-á ficar a dever à ausência, ainda que parcial, de sistemas inibitórios ao nível da medula espinal⁴. De facto, a aplicação de estímulos inócuos e nódicos na pata de ratos com três dias de vida (P3, do inglês *postnatal day 3*), desencadeiam a activação de c-fos na medula espinal – um indicador de actividade neuronal[†] – sendo a resposta ao estímulo inócuo 60% inferior do que aquela desencadeada pelo estímulo nódico. A marcação para c-fos desencadeada por estimulação inócua diminui ao dia P10 e ao dia P21 está ausente. A resposta desencadeada por estimulação nódica mantém-se inalterada²⁷. Estes dados parecem suportar a ideia de que o recém-nascido não possui um sistema inibitório (nociceptivo) eficaz. Durante este período de tempo P0-P21, também se verificam alterações significativas na expressão de receptores opióides nos gânglios raquidianos⁷. A expressão dos subtipos μ e δ diminui particularmente nas células de grande diâmetro, ficando restrita quase exclusivamente a neurónios de menor dimensão que projectam para as lâminas superficiais da medula espinal e transportam informação nociceptiva (fibras C). Estudos electrofisiológicos em animais adultos parecem confirmar estas observações, já que o uso de agonistas para os receptores opióides δ e μ afectam com elevado grau de selectividade a actividade de fibras C^{12,46}.

Um outro conjunto importante de estudos tem vindo a debruçar-se sobre o impacto ulterior da dor nas primeiras fases de vida². A conclusão mais relevante que emerge destes estudos é o facto de o SN parecer «recordar» experiências dolorosas ocorridas nesse período reflectindo-se, no indivíduo adulto, em alterações na percepção da dor, que demonstram normalmente limiares à dor inferior ao normal. Note-se também que alguns estudos demonstram o oposto, ou seja, um aumento do limiar à dor em indivíduos adultos que nos primeiros meses de vida foram sujeitos a estímulos agressivos. Estas diferenças parecem estar relacionadas com o período em que a exposição ocorre, sendo as experiências muito prematuras inibidoras, e as mais tardias, potenciadoras. Um estudo com roedores demonstrou que a aplicação de um estímulo inflamatório periférico induz alterações no circuito nociceptivo na medula espinal que se mantêm no indivíduo adulto traduzindo-se numa diminuição do limiar de resposta à dor⁵⁰. Estas observações são corroboradas por outros estudos em modelos animais^{3,10,47,48,54}. Estudos em

humanos parecem apoiar estas observações. Taddio, et al., por exemplo, observaram lactentes com 4-6 meses de idade aquando de uma vacinação de rotina e quantificaram o tempo de choro e expressões faciais; verificaram que aqueles que não haviam sido circuncidados à nascença mostravam durante a vacinação menos sinais de dor do que os bebés circuncidados e que, entre os circuncidados, aqueles que haviam recebido analgesia tópica com Emla, apresentavam pontuações mais baixas quando comparados com o grupo placebo⁵³. É, portanto, importante a revisão dos protocolos de analgesia em recém-nascidos, já que ganhos substanciais podem ser retirados do uso apropriado de analgésicos¹⁸.

Senescência

O estudo da dor nas fases mais avançadas da vida tem gerado uma bibliografia profícua em diversas áreas do conhecimento, incluindo a epidemiologia, psicologia, neurobiologia, fisioterapia e anestesia, entre outras. O objectivo último de tal esforço é proporcionar um melhor tratamento da dor a um segmento da população particularmente afectado. Este segmento etário é muito particular não só no que respeita à tipologia da dor que o afecta, mas também devido ao elevado número de complicações clínicas que afectam em simultâneo o doente, impondo restrições à estratégia farmacológica a adoptar para o tratamento da dor. A polimedicação é de facto um dos grandes problemas que afecta este grupo etário, impondo sérios constrangimentos ao tratamento da dor. São, portanto, necessários fármacos mais eficazes e dirigidos do ponto de vista terapêutico que diminuam a carga tóxica sobre o doente. Para tal é necessário que se conheçam quais os tipos de dor que mais afectam esta população e a neurobiologia por trás de cada um. A análise de vários estudos do limiar à dor, em condições laboratoriais controladas, permite concluir sobre um aumento do limiar com a idade, em particular quando a estimulação é térmica ou eléctrica (pode encontrar uma revisão sumária destes estudos em Edwards¹³ e Gagliese, et al.²⁰). Por outro lado, de forma paradoxal, a tolerância[‡] à dor parece diminuir com o aumento da idade²⁰, o que parece estar de acordo com aqueles estudos que usam estímulos acima do limiar e que reportam que nesta gama de estimulação os mais idosos percebem o estímulo como sendo mais doloroso do que os mais novos. Não são actualmente conhecidas as razões subjacentes às alterações de limiar e tolerância associadas à

[†]O c-fos é um proto-oncogene que é rapidamente activado após estimulação nódica permitindo a localização anatómica e a quantificação funcional do estímulo; é, nesta perspectiva, útil na análise da eficácia de analgésicos^{1,9,26}.

[‡]Limiar e tolerância. Limiar: intensidade (ou duração) mínima de um dado estímulo a partir da qual é evocada dor. Tolerância: intensidade (ou duração) de um dado estímulo a partir da qual o indivíduo termina o estímulo indiciando incapacidade de suportar mais dor¹³.

idade; no entanto, alguns autores especulam que estes fenómenos se ficam a dever respectivamente a alterações da capacidade moduladora periférica e central¹⁴. A especificidade do fenómeno no idoso arrasta um outro problema que se prende com a qualidade da avaliação da dor nesta faixa etária, sobre o qual nos debruçaremos brevemente. Existem actualmente várias ferramentas usadas quer em cenários clínicos quer experimentais para avaliação da dor. No entanto, mesmo em idosos que mantenham as suas capacidades cognitivas e linguísticas, é necessário que haja colaboração por parte do idoso, o que frequentemente não é o caso. Crenças como a dor ser normal naquela idade, o não querer ser um fardo para família e amigos, o esperar que o médico adivinhe, o receio das possíveis razões que possam estar por detrás da dor, o medo da hospitalização/internamento e o medo da dependência de terceiros, são as principais razões atribuídas por Herr e Garand para a falta de colaboração²⁴. Por outro lado, a elevada incidência de demências incapacitantes com influência na capacidade discursiva terá também que ser levada em conta²². Nestes casos, os métodos de observação constituem as ferramentas alternativas. Existem actualmente vários protocolos disponíveis para o efeito, que incluem a análise de comportamentos relacionados com a dor, expressões faciais, humor, vocalizações, padrões de sono, entre outros (revisto por Hadjistavropoulos, et al.²²). Apesar da panóplia de ferramentas disponíveis acima mencionadas, é aceite actualmente que a dor no idoso está subdiagnosticada^{15,29,49,56}, o que condiciona uma prestação de cuidados adequada no tratamento da dor.

Paralelamente, vários laboratórios têm-se debruçado sobre a questão de como a dor varia com o envelhecimento nos modelos animais (extensamente revistos por Gagliese, et al.¹⁹). Embora o modelo animal permita um acompanhamento longitudinal estrito (impossível de fazer quando o objecto de estudo são populações humanas), tem sido difícil de obter um consenso alargado sobre como varia a resposta ao estímulo nociceptivo com a idade. Por exemplo, no *tail-flick* (teste da flexão da cauda – mede o tempo de latência entre a aplicação de um estímulo térmico nóxico na cauda do animal e o movimento reflexo da cauda), Gagliese e Melzack compararam os resultados obtidos em 15 estudos e verificaram que quatro assinalam um aumento da latência, dois uma diminuição e nove não detectaram qualquer variação na latência de resposta com a idade¹⁹. Quanto aos modelos de dor neuropática, a literatura não é mais conclusiva, tendo sido observadas tendências em ambos os sentidos. Tais disparidades prendem-se com múltiplos factores que incluem, entre outras, o uso de diferentes espécies e/ou estirpes de animais. Note-se que, sendo o envelhecimento um fenómeno cumulativo, o comportamento do

animal velho tem que ser analisado à luz do seu historial que, embora facilmente controlável em termos da alimentação, condições de alojamento, presença/ausência de ambientes enriquecidos, possibilidade de exercício, doença, inclusão em experiências prévias, entre outras, muito raramente é reportado com detalhe na literatura, impossibilitando qualquer comparação entre os diferentes estudos. Uma vantagem evidente do modelo animal prende-se com a possibilidade de se puderem estabelecer correlações anatómicas. Por exemplo, Ma, et al.³⁷ observaram um aumento do *calcitonine gene-related peptide* (CGRP) no tronco cerebral (núcleo Gracilis) após lesão parcial do nervo ciático, o qual era mais pronunciado com a idade.

Recentemente, o nosso grupo, fazendo uso de um modelo animal de neuropatia periférica, abordou o problema de forma diferente focando a análise não na dor mas antes no impacto desta no comportamento emocional e cognitivo do rato com diferentes idades³⁴. Abordaremos este estudo na secção seguinte.

Comportamento emocional e cognitivo

A relação entre a dor e estados emocionais como a ansiedade e a depressão é de há muito tempo conhecida. Em situações de dor prolongada, a ansiedade e a depressão constituem por si só um gravíssimo problema^{35,42}, que deverá do ponto de vista clínico/terapêutico merecer tanta atenção quanto a dor propriamente dita. Surgem também fortes indícios provenientes de estudos humanos de que a capacidade cognitiva do indivíduo sujeito a dor crónica poderá ser afectada^{33,36,43}. A ciência médica tem vindo a explorar estes problemas no intuito de clarificar os mecanismos por trás destas associações dor/emoção/cognição. Recentemente, ficou demonstrado em modelos animais (roedores) de dor crónica a ocorrência de alterações do comportamento emocional^{21,23,39,40,52}. Estas semelhanças com aquilo que vem sendo observado no Homem provam que o roedor pode ser um bom modelo de estudo para o problema, abrindo-se assim inúmeras possibilidades para a investigação destas patologias.

No nosso laboratório, desenvolvemos um estudo comportamental onde nos propusemos avaliar o impacto da dor crónica no comportamento emocional e cognitivo no rato ao longo da idade. De forma análoga, o comportamento emocional e o desempenho cognitivo também são susceptíveis de sofrerem alterações com a idade do indivíduo. Tendo estas informações em mão, optamos por executar este estudo em três populações de roedores com diferentes idades (novos [RN], dois meses; meia-idade [RM], um ano; velhos [RV], dois anos³⁴). Para tal, fizemos uso de um modelo de dor crónica neuropática em rato extensamente validado (SNL, do inglês *spared nerve ligation*¹¹) que consiste na secção

Quadro 1. Testes de comportamento emocional e cognitivo no rato⁵¹			
Designação teste	Sigla	Objectivo	Descrição sumária
<i>Open-field</i>	OF	Locomoção; comportamento exploratório	O OF consiste numa arena quadrada com paredes transparentes altas; o animal é colocado no centro e a distância percorrida por este é automaticamente contabilizada durante cinco minutos. Simultaneamente, o número (e a duração) de elevações que o animal faz apoiado nas suas patas traseiras é também contabilizado por um observador colocado nas imediações; este parâmetro mede a actividade exploratória do animal.
<i>Elevated-plus maze</i>	EPM	Ansiedade; locomoção	O EPM consiste numa plataforma em forma de cruz que está elevada do chão cerca de 70 cm; dois braços da cruz em posições opostas possuem paredes altas formando um corredor «seguro» e os outros dois são abertos. O animal é colocado no centro, na confluência dos quatro braços, e o tempo que este passa em local «seguro» ou «exposto» é automaticamente registado durante cinco minutos. O parâmetro $T_{\text{braços abertos}}/T_{\text{total}}$ é tão mais elevado quando menos ansioso for o animal. O número de entradas nos braços fechados é considerado como um parâmetro de actividade locomotora.
<i>Forced-swimming test</i>	FST	Depressão	No FST o animal é colocado num balde com água durante cinco minutos; o nível da água não permite ao animal sair do balde nem apoiar-se no seu fundo sem ficar totalmente imerso. Vinte e quatro horas depois o animal é submetido ao mesmo procedimento durante cinco minutos. A actividade do animal é desta vez registada em vídeo para avaliação posterior de dois parâmetros: latência à imobilização T_{lat} ; duração da actividade até à primeira imobilização; e tempo de actividade T_{act} (e/ou imobilização T_{imo}): período de tempo em que o animal regista (ou não; T_{imo}) actividade dirigida no sentido de fuga/escape. A diminuição do T_{lat} e T_{act} (ou aumento de T_{imo}) estão relacionadas com o aumento do comportamento do tipo depressivo.
<i>Working memory</i>	WM	Memória de trabalho	No teste WM o animal é colocado numa piscina circular onde num dos quatro quadrantes existe uma pequena plataforma ligeiramente abaixo do nível da água de forma a ser invisível para o animal. O animal é colocado num dos quadrantes e o tempo (ou distância) que demora até encontrar a plataforma, é registado (T1). Caso não consiga em dois minutos, é guiado até à plataforma onde permanece alguns segundos; são permitidas mais três tentativas ao animal (T2-T4). No final a progressão entre T1 e T4 é analisada. Nos três dias subsequentes o processo repete-se, sendo a posição da plataforma diferente de dia para dia.
<i>Morris water maze</i>	MWM	Memória espacial de longa duração	O MWM é muito semelhante ao WM. Neste caso a plataforma mantém-se numa posição fixa ao longo dos quatro dias de teste e avalia-se a aprendizagem que o animal faz de dia para dia.
<i>Reversal</i>	Rev	Flexibilidade comportamental	No final do MWM, a plataforma que havia permanecido quatro dias seguidos na mesma localização é mudada para uma nova localização. As percentagens de tempo/distância dispendida nos quadrantes novo e velho são comparadas.

de dois ramos do nervo ciático (peroneal e tibial) deixando o terceiro (sural) intacto. Um mês após a lesão, sujeitámos os animais a uma bateria de testes com o objectivo de avaliar o seu desempenho emocional e cognitivo. No quadro 1, encontram-se descritos de forma sumária todos os testes empregues, os quais serão designados por comodidade no restante texto pela sigla inglesa (pode encontrar informação detalhada sobre cada um dos testes em Sousa, et al.⁵¹).

Dos nossos resultados, podemos concluir que quer a idade quer a neuropatia contribuem fortemente para o desempenho emocional e cognitivo do animal, alguns parâmetros revelado uma interacção entre as duas. No caso do

comportamento ansioso (*elevated-plus maze* [EPM]) (Quadro 1), estudos anteriores haviam já mostrado a influência destes dois factores, idade⁸ e dor^{39,55}, no sentido de aumentar o comportamento do tipo ansioso. Os nossos dados confirmaram que quer a idade quer a neuropatia contribuem para o aumento do comportamento ansioso. Mais, verificamos que a presença da neuropatia em RV potenciava a ansiedade associada à idade³⁴. Quanto à análise do comportamento do tipo depressivo no *forced-swimming test* (FST) (Quadro 1) este indica um desempenho melhorado dos animais RM controlo em relação aos grupos-controlo RN e RV; curiosamente é neste grupo que a lesão SNL parece surtir

algum efeito em termos do comportamento do tipo depressivo. De facto, os animais do grupo RM com a lesão do nervo demonstram uma menor actividade dirigida para escapar do balde de água (Quadro 1) quando comparados com os controlos da mesma idade. Neste paradigma FST, a falta de «empenho» é associada ao comportamento do tipo depressivo, tendo sido amplamente validada em estudos anteriores⁴⁵. É de salientar que experiências semelhantes efectuadas por outros grupos em animais novos, portanto equivalentes ao nosso grupo RN, ora confirmam os nossos dados³⁰, ora demonstram um aumento do comportamento do tipo depressivo^{21,52} em roedores com neuropatia instalada. A razão para estas diferenças experimentais não é clara, mas pode ficar a dever-se ao uso de diferentes espécies/estirpes e/ou à duração da neuropatia.

No que diz respeito ao desempenho destes três grupos de animais RN, RM e RO e à influência da neuropatia em tarefas de índole cognitiva, os nossos resultados demonstram que quer a memória de trabalho, quer a memória de longo termo não são afectadas. No entanto, na tarefa *reversal* (Rev), os animais após terem passado quatro dias a localizar uma plataforma escondida numa posição fixa da piscina, confrontam-se com uma alteração da sua localização (Quadro 1). Neste paradigma, animais novos e velhos comportam-se de forma totalmente distinta, os primeiros (RN) mostrando maior flexibilidade comportamental (procuram activamente a nova posição da plataforma). Este fenómeno é independente da lesão do nervo. No grupo de meia-idade RM, ocorre uma clara divisão nesta tarefa entre os controlos que demonstram um desempenho análogo ao grupo RN e os animais com lesão SNL que demonstram um desempenho semelhante aos RV. Neste caso, a lesão do nervo parece antecipar perturbações associadas ao envelhecimento. O teste Rev é fortemente dependente da função cortical pré-frontal (PFC, na sigla inglesa) uma área que se demonstra em estudos humanos e animais ser afectada de forma muito consistente a nível da circulação sanguínea regional^{25,44}, actividade metabólica³⁸, densidade da substância cinzenta^{6,32}, expressão de genes^{5,41}, afinidade/disponibilidade de receptores²⁸, em condições de dor prolongada.

No final da bateria de testes comportamentais, a estimulação da área da pata enervada pelo ciático (dermátomo do nervo sural) com um filamento de Von Frey (que mede sensibilidade mecânica) revelava que independentemente da idade, os animais SNL respondiam evidenciando dor (resposta brusca com protecção prolongada do membro estimulado) a estímulos inócuos. Este fenómeno designado por alodinia, é considerado o mais consistente sinal de neuropatia e permitiu aferir se o modelo havia sido bem instalado.

Conclusões

Dadas as características muito particulares dos sistemas endógenos de controlo da dor nas fases iniciais e tardias da vida, a abordagem ao tratamento da dor nestas faixas etárias terá que ser necessariamente diferente. Embora fora do âmbito desta revisão rever detalhadamente a bibliografia nestes temas, ficou claro ao longo do texto que o tema suscita nas suas formas clínica e laboratorial uma investigação intensa e profícua. Não obstante, é ainda opinião generalizada que a dor no idoso continua subdiagnosticada e portanto sem devido tratamento. As dificuldades inerentes a uma correcta avaliação da dor constituem o principal entrave para que se melhorem os procedimentos, especialmente em idosos com défices cognitivo e de linguagem. Encontramos o mesmo problema de avaliação no lactente.

Quanto aos modelos animais, sobretudo no que ao envelhecimento diz respeito, o cenário é bem mais confuso. Existem dados contraditórios quanto à evolução no limiar de resposta à dor com a idade. Mais consistentes parecem ser algumas informações referentes à reorganização estrutural e funcional de algumas áreas como o núcleo Gracilis em modelos de neuropatia periférica e a relação entre a extensão dessas alterações e a idade do animal. Demos também conta nesta breve revisão de um trabalho recente do nosso grupo, no qual estudamos o impacto da neuropatia no comportamento emocional e cognitivo do rato com diferentes idades. Esta abordagem parece promissora, já que o modelo animal replica algumas das características comportamentais observadas no Homem, nomeadamente a ansiedade e a depressão. Há no entanto um longo caminho a percorrer no sentido de aproximar clínica e laboratório neste tema em particular.

Bibliografia

1. Almeida A, Lima D. Activation by cutaneous or visceral noxious stimulation of spinal neurons projecting to the medullary dorsal reticular nucleus in the rat: a c-fos study. *Eur J Neurosci*. 1997;9:686-95.
2. Anand KJ. Pain, plasticity, and premature birth: a prescription for permanent suffering? *Nat Med*. 2000;6:971-3.
3. Anand KJ, Coskun V, Thirivikraman KV, Nemeroff CB, Plotsky PM. Long-term behavioral effects of repetitive pain in neonatal rat pups. *Physiol Behav*. 1999;66:627-37.
4. Andrews K, Fitzgerald M. The cutaneous withdrawal reflex in human neonates: sensitization, receptive fields, and the effects of contralateral stimulation. *Pain*. 1994;56:95-101.
5. Apkarian AV, Lavarello S, Randolf A, et al. Expression of IL-1beta in supraspinal brain regions in rats with neuropathic pain. *Neurosci Lett*. 2006;407:176-81.
6. Apkarian AV, Sosa Y, Sonty S, et al. Chronic back pain is associated with decreased prefrontal and thalamic gray matter density. *J Neurosci*. 2004;24:10410-5.
7. Beland B, Fitzgerald M. Mu- and delta-opioid receptors are down-regulated in the largest diameter primary sensory neurons during postnatal development in rats. *Pain*. 2001;90:143-50.
8. Bessa JM, Oliveira M, Cerqueira JJ, Almeida OF, Sousa N. Age-related qualitative shift in emotional behaviour: paradoxical findings after re-exposure of rats in the elevated-plus maze. *Behav Brain Res*. 2005;162:135-42.
9. Coggeshall RE. Fos, nociception and the dorsal horn. *Prog Neurobiol*. 2005;77:299-352.

10. De Lima J, Alvares D, Hatch DJ, Fitzgerald M. Sensory hyperinnervation after neonatal skin wounding: effect of bupivacaine sciatic nerve block. *Br J Anaesth.* 1999;83:662-4.
11. Decosterd I, Woolf CJ. Spared nerve injury: an animal model of persistent peripheral neuropathic pain. *Pain.* 2000;87:149-58.
12. Dickenson AH, Sullivan AF, Knox R, Zajac JM, Roques BP. Opioid receptor subtypes in the rat spinal cord: electrophysiological studies with mu- and delta-opioid receptor agonists in the control of nociception. *Brain Res.* 1987;413:36-44.
13. Edwards RR. Age-Associated Differences in Pain Perception and Pain Processing. Em: Gibson SJ, Weiner DK, eds. *Pain in Older Persons.* Vol. 35. Seattle: IASP Press; 2005. p. 3-22.
14. Edwards RR, Fillingim RB, Ness TJ. Age-related differences in endogenous pain modulation: a comparison of diffuse noxious inhibitory controls in healthy older and younger adults. *Pain.* 2003;101:155-65.
15. Ferrell BR, Novy D, Sullivan MD, et al. Ethical dilemmas in pain management. *J Pain.* 2001;2:171-80.
16. Fitzgerald M. Developmental neurobiology of pain. Em: Wall PD, Melzack R, eds. *Textbook of Pain.* Churchill Livingstone; 1999. p. 235-51.
17. Fitzgerald M. The development of nociceptive circuits. *Nat Rev Neurosci.* 2005;6:507-20.
18. Fitzgerald M, Millard C, McIntosh N. Cutaneous hypersensitivity following peripheral tissue damage in newborn infants and its reversal with topical anaesthesia. *Pain.* 1989;39:31-6.
19. Gagliese L, Melzack R. Age differences in nociception and pain behaviours in the rat. *Neurosci Biobehav Rev.* 2000;24:843-54.
20. Gagliese L, Melzack R. Pain in the elderly. Em: McMahon S, Koltzenburg M, eds. *Wall and Melzack's textbook of pain.* Amesterdão: Elsevier; 2005. p. 1169-80.
21. Goncalves L, Silva R, Pinto-Ribeiro F, et al. Neuropathic pain is associated with depressive behaviour and induces neuroplasticity in the amygdala of the rat. *Exp Neurol.* 2008;213:48-56.
22. Hadjistavropoulos T, Craig KD. A theoretical framework for understanding self-report and observational measures of pain: a communications model. *Behav Res Ther.* 2002;40:551-70.
23. Hasnie FS, Wallace VC, Hefner K, Holmes A, Rice AS. Mechanical and cold hypersensitivity in nerve-injured C57BL/6J mice is not associated with fear-avoidance- and depression-related behaviour. *Br J Anaesth.* 2007;98:816-22.
24. Herr K, Garand L. Assessment and measurement of pain in older adults. *Clin Geriatr Med.* 2001;17:457-78.
25. Hsieh JC, Belfrage M, Stone-Elender S, Hansson P, Ingvar M. Central representation of chronic ongoing neuropathic pain studied by positron emission tomography. *Pain.* 1995;63:225-36.
26. Hunt SP, Pini A, Evan G. Induction of c-fos-like protein in spinal cord neurons following sensory stimulation. *Nature.* 1987;328:632-4.
27. Jennings E, Fitzgerald M. C-fos can be induced in the neonatal rat spinal cord by both noxious and innocuous peripheral stimulation. *Pain.* 1996;68:301-6.
28. Jones AK, Watabe H, Cunningham VJ, Jones T. Cerebral decreases in opioid receptor binding in patients with central neuropathic pain measured by [¹¹C]diprenorphine binding and PET. *Eur J Pain.* 2004;8:479-85.
29. Jones JS, Johnson K, McNinch M. Age as a risk factor for inadequate emergency department analgesia. *Am J Emerg Med.* 1996;14:157-60.
30. Kontinen VK, Kauppila T, Paananen S, Pertovaara A, Kalso E. Behavioural measures of depression and anxiety in rats with spinal nerve ligation-induced neuropathy. *Pain.* 1999;80:341-6.
31. Kremer E, Atkinson JH, Ignelzi RJ. Measurement of pain: patient preference does not confound pain measurement. *Pain.* 1981;10:241-8.
32. Kuchinad A, Schweinhardt P, Seminowicz DA, Wood PB, Chizh BA, Bushnell MC. Accelerated brain gray matter loss in fibromyalgia patients: premature aging of the brain? *J Neurosci.* 2007;27:4004-7.
33. Leavitt F, Katz RS. Distraction as a key determinant of impaired memory in patients with fibromyalgia. *J Rheumatol.* 2006;33:127-32.
34. Leite-Almeida H, Almeida-Torres L, Mesquita AR, et al. The impact of age on emotional and cognitive behaviours triggered by experimental neuropathy in rats. *Pain.* 2009;144:57-65.
35. Leo RJ. Chronic pain and comorbid depression. *Curr Treat Options Neurol.* 2005;7:403-12.
36. Luerding R, Weigand T, Bogdahn U, Schmidt-Wilcke T. Working memory performance is correlated with local brain morphology in the medial frontal and anterior cingulate cortex in fibromyalgia patients: structural correlates of pain-cognition interaction. *Brain.* 2008;131:3222-31.
37. Ma W, Ramer MS, Bisby MA. Increased calcitonin gene-related peptide immunoreactivity in gracile nucleus after partial sciatic nerve injury: age-dependent and originating from spared sensory neurons. *Exp Neurol.* 1999;159:459-73.
38. Mao J, Mayer DJ, Price DD. Patterns of increased brain activity indicative of pain in a rat model of peripheral mononeuropathy. *J Neurosci.* 1993;13:2689-702.
39. Narita M, Kaneko C, Miyoshi K, et al. Chronic pain induces anxiety with concomitant changes in opioidergic function in the amygdala. *Neuropsychopharmacology.* 2006;31:739-50.
40. Narita M, Kuzumaki N, Narita M, et al. Chronic pain-induced emotional dysfunction is associated with astrogliosis due to cortical delta-opioid receptor dysfunction. *J Neurochem.* 2006;97:1369-78.
41. Narita M, Ozaki S, Ise Y, Yajima Y, Suzuki T. Change in the expression of c-fos in the rat brain following sciatic nerve ligation. *Neurosci Lett.* 2003;352:231-3.
42. Nicholson B, Verma S. Comorbidities in chronic neuropathic pain. *Pain Med.* 2004;5 Suppl 1:S9-27.
43. Park DC, Glass JM, Minear M, Crofford LJ. Cognitive function in fibromyalgia patients. *Arthritis Rheum.* 2001;44:2125-33.
44. Paulson PE, Casey KL, Morrow TJ. Long-term changes in behavior and regional cerebral blood flow associated with painful peripheral mononeuropathy in the rat. *Pain.* 2002;95:31-40.
45. Porsolt RD, Bertin A, Jalfre M. Behavioral despair in mice: a primary screening test for antidepressants. *Arch Int Pharmacodyn Ther.* 1977;229:327-36.
46. Rahman W, Dickenson AH. Electrophysiological studies on the postnatal development of the spinal antinociceptive effects of the delta opioid receptor agonist DPDPE in the rat. *Br J Pharmacol.* 1999;126:1115-22.
47. Reynolds M, Alvares D, Middleton J, Fitzgerald M. Neonatally wounded skin induces NGF-independent sensory neurite outgrowth in vitro. *Brain Res Dev Brain Res.* 1997;102:275-83.
48. Reynolds ML, Fitzgerald M. Long-term sensory hyperinnervation following neonatal skin wounds. *J Comp Neurol.* 1995;358:487-98.
49. Ruda MA. Gender and pain. *Pain.* 1993;53:1-2.
50. Ruda MA, Ling QD, Hohmann AG, Peng YB, Tachibana T. Altered nociceptive neuronal circuits after neonatal peripheral inflammation. *Science.* 2000;289:628-31.
51. Sousa N, Almeida OF, Wotjak CT. A hitchhiker's guide to behavioral analysis in laboratory rodents. *Genes Brain Behav.* 2006;5 Suppl 2:5-24.
52. Suzuki T, Amata M, Sakaue G, et al. Experimental neuropathy in mice is associated with delayed behavioral changes related to anxiety and depression. *Anesth Analg.* 2007;104:1570-7.
53. Taddio A, Katz J, Ilersich AL, Koren G. Effect of neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination. *Lancet.* 1997;349:599-603.
54. Torsney C, Fitzgerald M. Spinal dorsal horn cell receptive field size is increased in adult rats following neonatal hindpaw skin injury. *J Physiol.* 2003;550:255-61.
55. Wallace VC, Segerdahl AR, Blackbeard J, Pheby T, Rice AS. Anxiety-like behaviour is attenuated by gabapentin, morphine and diazepam in a rodent model of HIV anti-retroviral-associated neuropathic pain. *Neurosci Lett.* 2008;448:153-6.
56. Weiner DK, Rudy TE, Gaur S. Are all older adults with persistent pain created equal? Preliminary evidence for a multiaxial taxonomy. *Pain Res Manag.* 2001;6:133-41.

Avaliação da Satisfação dos Pacientes com o Controlo da Dor Aguda do Pós-Operatório

Maria José Ramalho

Resumo

A monitorização e a melhoria dos resultados da actividade assistencial constituem preocupações crescentes para as organizações que se dedicam à prestação de cuidados de saúde. Neste sentido, as percepções dos pacientes têm vindo a ser utilizadas para avaliar a qualidade dos cuidados.

A satisfação dos pacientes tem sido considerada como parte de um constructo mais alargado, a percepção de ser bem cuidado. A elevada satisfação com os cuidados prestados é um resultado desejável e pode influenciar a decisão de procurar ajuda, a escolha dos prestadores de cuidados e a adesão aos planos terapêuticos.

Apesar de largamente utilizada nos Estados Unidos e, de forma ainda emergente, em alguns países da Europa, a avaliação da satisfação com o controlo da dor aguda do pós-operatório está entre os indicadores de saúde mais complexos e mal compreendidos, e não existem ainda evidências de que seja uma boa medida dos resultados da actividade dos profissionais de saúde¹.

Qualquer proposta para avaliar a satisfação dos pacientes deve ser sensível à multiplicidade de formas em que esta percepção se expressa. Os questionários com perguntas fechadas ou baseados em escalas tipo Likert têm-se revelado indicadores superficiais na medida deste constructo multifactorial. Existem muitas outras técnicas, de natureza mais qualitativa, que permitem elicitar melhor esta vivência dos pacientes com dor aguda do pós-operatório. Através destas, é possível compreender não só as suas expectativas relativas à experiência de dor e ao seu alívio, mas explorar as significações que podem influenciar a interpretação e as respostas às questões acerca da satisfação.

Palavras-chave: Dor aguda. Avaliação. Satisfação dos pacientes. Percepção. Significação.

Abstract

The monitoring and improvement of the results of medical activity are growing concerns for organizations engaged in the provision of health care. In this sense, the perceptions of patients have been used to assess the quality of care.

Patient satisfaction has been considered as part of a broader construct, the perception of being well cared. The high satisfaction with care is a desirable outcome and may influence the decision to seek help, the choice of care providers and adherence to treatment plans.

Although widely used in the United States, but even emerging in some European countries, the assessment of satisfaction with the management of acute pain after surgery is among the more complex and poorly understood health indicators and there is still no evidence that it is a good measure of health professionals performance¹.

Any proposal to assess patient satisfaction should be sensitive to the manifold ways in which this perception is expressed. The questionnaires with closed questions or based on Likert scales are superficial indicators of this multifactorial construct. There are many other techniques, more qualitative in nature, that elicit better this patient' experience. Through these is possible understand patient expectations regarding the experience of pain and its relief, and explore the patient meanings that can influence the interpretation and responses to questions about satisfaction. (Dor. 2009;17(1):24-9)

Corresponding author: Maria José Ramalho, mjcmr@iol.pt

Key words: Acute pain. Assessment. Patient satisfaction. Perception. Meaning.

«(...) the interpersonal process is the vehicle by which technical care is implemented and on which its success depends».

Donabedian (1988)²

Para os pacientes, cuidado (no sentido de prestação de cuidados) é tudo o que é experienciado durante o seu contacto com as instituições de saúde. Neste universo experiencial, também a qualidade técnica das acções dos profissionais é avaliada, mas com base em algo mais do que a própria técnica. Por exemplo, um paciente não sabe julgar a opção por uma ou outra técnica cirúrgica, mas avalia se o médico é sensível à sua dor pós-operatória. Esta apreciação é pessoal, baseada na adequação dos cuidados às suas necessidades e não um código universal de *standards*, e inclui respostas físicas, comportamentais, emocionais e avaliativas aos cuidados prestados. Portanto, os aspectos técnicos e interpersonais da actividade assistencial não são fenómenos separados.

As experiências e percepção de cuidados do paciente são expressas e avaliadas como satisfação do paciente. A satisfação do paciente não é apenas um indicador de qualidade, mas uma componente da própria qualidade da actividade assistencial.

A monitorização e a melhoria dos resultados da actividade assistencial constituem preocupações crescentes para as organizações que se dedicam à prestação de cuidados de saúde. Neste sentido, as percepções dos pacientes têm vindo a ser utilizadas para avaliar a qualidade dos cuidados.

Conceito

O crescente interesse organizacional sobre a forma como podem ser eficazmente avaliados os resultados dos cuidados em relação ao controlo da dor assumiu uma nova dimensão nos Estados Unidos quando a *Joint Commission* publicou as *guidelines* para a avaliação e controlo da dor com vista à acreditação. Desde 2001 que estes *standards* moldam as expectativas organizacionais na América do Norte e, de forma ainda emergente, em alguns países da Europa, face à avaliação, tratamento e educação dos pacientes com dor. As orientações propostas prevêem que os resultados da actividade assistencial sejam avaliados a partir da «satisfação dos pacientes e da eficácia e adequabilidade do tratamento da dor»³.

A compreensão daquilo que representa a satisfação dos pacientes relacionada com o controlo da dor tornou-se central para a prestação

de cuidados de saúde eficazes. Desde então, tanto os clínicos como os investigadores têm sido colocados face ao desafio de capturar e compreender a opinião dos pacientes em relação à avaliação da dor experienciada no período pós-operatório e às medidas disponibilizadas com vista ao seu alívio. Apesar dos vários estudos, este está entre os indicadores de saúde mais complexos e mal compreendidos e não existem ainda evidências de que seja uma boa medida dos resultados da actividade dos profissionais de saúde¹.

A satisfação é multidimensional e é a tradução de um conceito complexo que se relaciona com factores como o estilo de vida, as experiências passadas, as expectativas e os valores individuais e socioculturais. Para além de poder ser definida de forma distinta por diferentes pessoas e pela mesma pessoa de diferentes modos em diferentes circunstâncias, está influenciada por factores de natureza socioeconómica. Por exemplo, pacientes com níveis educativos mais elevados podem utilizar parâmetros distintos na sua avaliação e, atendendo ao seu nível de instrução, os profissionais de saúde podem interagir mais com eles⁴.

A satisfação do paciente traduz sempre uma percepção e não deve ser confundida com aquilo que os profissionais de saúde acreditam ser realmente importante.

Existem diversas definições operacionais do conceito. Cleary e McNeil⁵ definem-no como «reações cognitivas e emocionais às experiências de cuidado de saúde; como uma medida de atitudes». Donabedian² refere-se à satisfação do paciente como «uma percepção subjectiva do paciente sobre aquilo que os profissionais de saúde entendem como realidade». Linder-Pelz⁶ postula que é «uma avaliação positiva de distintas dimensões dos cuidados de saúde». Muitos outros⁷⁻⁹ definem-na como «o grau em que as expectativas do paciente são cumpridas» ou como «a congruência entre as expectativas de ser cuidado e as percepções do cuidado efectivamente recebido»¹⁰.

As expectativas são pressupostos sobre o desempenho e baseiam-se nas experiências passadas do próprio e/ou de outros significativos, obedecem a uma lógica fundada na família, na comunidade e nos valores culturais («deve ser feito desta forma») e naquilo que é hábito, o que é usual («habitualmente faz-se assim»). Por outras

palavras, as expectativas baseiam-se na evidência e pressupõem um elemento de controlo, mesmo quando são negativas. Uma vez que antecipam um certo nível de qualidade de desempenho, ir simplesmente ao encontro da expectativa não pressupõe que um paciente fique altamente satisfeito.

No que respeita à dor pós-cirúrgica, os pacientes esperam ter dor no período que se segue à intervenção e olham para esta como uma inevitabilidade, que não pode ser completamente resolvida. A dor é tolerada até um determinado limiar, acima do qual, se não existirem procedimentos terapêuticos para o seu controlo, os agravamentos serão evitados reduzindo os movimentos dolorosos. Acresce que as possibilidades antálgicas para atingir o desejável alívio da dor são desconhecidas para a maioria dos pacientes. Muitos, contudo, trazem a ideia preconcebida de que os analgésicos são lesivos para vários órgãos, provocam efeitos secundários indesejáveis e conduzem à dependência (sobretudo os opióides)¹¹.

De uma forma simplista, poderíamos dizer que quando as expectativas de desempenho positivo são cumpridas teremos um paciente satisfeito, quando as expectativas de desempenho positivo são ultrapassadas teremos um paciente altamente satisfeito, quando as expectativas de desempenho negativo são cumpridas teremos um paciente insatisfeito e quando as expectativas de desempenho negativo são ultrapassadas teremos um paciente altamente insatisfeito.

Face a várias experiências, sobretudo se iniciais, os pacientes não têm expectativas claras, apenas esperanças. Esperanças de que os profissionais sejam competentes, de que a resposta terapêutica seja rápida, de que as técnicas não sejam desconfortáveis, de que o tratamento seja eficaz, de que a estadia seja curta e de se sentirem melhores¹⁰.

Como se tem avaliado a satisfação dos pacientes?

A preocupação com a avaliação da satisfação dos pacientes com o controlo da dor emergiu nos anos 90, quando, em 1995, nas suas primeiras *guidelines* relativas ao controlo da dor aguda e da dor oncológica, o *Quality Assurance Committee* da *American Pain Society* (APS) propôs a monitorização deste constructo para avaliar os resultados da actividade assistencial. À data, indicou para o efeito o *Patient Outcomes Questionnaire* (POQ)¹², com três itens destinados à avaliação da satisfação dos pacientes com dor aguda do pós-operatório ou com dor oncológica.

Este questionário, constituído por 11 itens, pede aos pacientes que avaliem a sua dor, que validem a percentagem de alívio obtido com a medicação ou com outras abordagens destinadas ao controlo da dor e o grau de satisfação geral com os cuidados prestados por médicos

e enfermeiras, com o tempo de espera para obter uma medida analgésica e com a forma como a sua dor foi abordada pelos profissionais de saúde que os assistiram. Pede também sugestões para melhorar a qualidade dos serviços.

Mais tarde, a APS reviu os seus *standards* com base nas evidências clínicas e nos dados de diversos estudos e relatórios entretanto publicados. Em consequência, o painel de especialistas que desenvolveu esta tarefa propôs que fossem acrescentados seis itens ao POQ. Os novos itens derivaram do *Brief Pain Inventory* (BPI)¹³ e do *Patient Barriers Questionnaire* (BQ)¹⁴ e validam a intensidade média da dor nas 24 horas anteriores à avaliação, a tolerância à dor (medindo a interferência da dor no sono, na actividade geral, na capacidade de deambular e no humor), o nível de satisfação global com o tratamento da dor, as razões que subjazem à relutância em pedir medicação analgésica mais forte e as instruções dadas pelos profissionais de saúde para o controlo da dor no período pós-alta. Nesta versão de 17 itens, a satisfação passou a ser avaliada numa escala de 0 a 10, ao invés de o ser numa escala tipo Likert.

Problemas na avaliação com o APS-POQ e com outras medidas de natureza quantitativa

A versão original do POQ e diversas versões modificadas (incluindo algumas desenvolvidas com base numa única questão) têm sido amplamente utilizadas em estudos realizados neste domínio e continua a ser uma ferramenta de avaliação recomendada, mas a forma como estão construídos os seus itens e a sua organização estrutural têm sido alvo de várias críticas¹⁰, pelo que não deve ser utilizado como o único indicador da qualidade dos cuidados relacionados com o controlo da dor¹⁵.

Apesar dos mais de 20 anos de investigação no domínio da satisfação dos pacientes com o controlo da dor, os vários instrumentos de avaliação que pretendem traduzir este conceito de forma quantitativa têm-se revelado inadequados, muito provavelmente por questões de natureza metodológica. Por exemplo, os modelos teóricos actuais sobre esta matéria têm dado poucas pistas sobre como medir a satisfação dos pacientes neste domínio e observa-se uma tendência para utilizar itens pouco sensíveis e discriminativos.

A teoria mais utilizada para o efeito tem sido a «teoria da desconfirmação»¹⁶, também referida como «teoria das expectativas de desempenho». Desenvolvida no campo da Psicologia Social, tem sido amplamente referenciada em estudos de satisfação dos consumidores. Neste modelo, a satisfação é conceptualizada como a diferença entre aquilo que um consumidor espera, à partida, receber e a sua percepção daquilo que está a receber no momento. Assim, se as expectativas do consumidor forem confirmadas,

este fica satisfeito. A desconfirmação acontece quando a *performance* do produto não vai ao encontro das expectativas (desconfirmação negativa) ou quando excede as expectativas (desconfirmação positiva).

Consistentemente, os resultados encontrados apontam para que os pacientes revelem elevados níveis de satisfação com o controlo da dor, mesmo tendo dor de intensidade moderada a severa e esperando longos períodos pela implementação de medidas para o seu alívio^{17,18}.

Existem também evidências de que mesmo os pacientes que avaliam o controlo da sua dor aguda do pós-operatório como muito satisfatório são capazes de identificar problemas¹⁹.

As razões deste paradoxo têm sido matéria de discussão na literatura. Por exemplo, Ward e Gordon²⁰ sugerem que os pacientes têm expectativas muito baixas acerca do controlo da sua dor. A este respeito, Kuhn, et al.²¹ relatam que apenas 36% dos pacientes submetidos a cirurgia esperam uma alívio completo da dor. Malouf, et al.¹⁸ apontam para que mais de metade da população cirúrgica não pede analgesia, apesar da dor.

Donovan²² questionou vários pacientes cirúrgicos sobre o facto de estes estarem satisfeitos apesar de se encontrarem com dor e quase 40% referiram que esperavam ter dor depois da operação.

Portanto, existem pacientes que sentem dor severa que não verbalizam, não esperam obter alívio da dor e, ainda assim, estão satisfeitos com o controlo da dor.

Muitos destes pacientes (90% num estudo realizado com população espanhola por Malouf, et al. em 2006¹⁸) dizem proceder deste modo porque sentem que para os profissionais de saúde o controlo da sua dor não é um assunto prioritário. Por isso mesmo, o *APS Quality of Care Committee*¹² propõe que o paradoxo da elevada satisfação, apesar da elevada intensidade de dor, pode ser um reflexo da satisfação dos pacientes com o *staff* clínico e não com o tratamento analgésico. Num estudo qualitativo realizado na Finlândia com 19 pacientes oncológicos submetidos a cirurgia²³, os investigadores concluíram que os pacientes consideravam que, apesar de terem dor, os profissionais de saúde estavam a fazer o seu melhor e não deveriam ser responsabilizados por isso e, além disso, eles não queriam ser maçadores. Quando os questionaram sobre o que deveria ser feito, na sua perspectiva, os participantes nesta investigação enfatizaram a importância da comunicação e da simpatia em conjunto com uma abordagem proactiva face à sua dor. Num outro estudo, Dawson, et al.²⁴ concluíram que a satisfação dos pacientes estava directamente relacionada com a capacidade dos médicos e enfermeiros para valorizarem o controlo da dor como um objectivo central e com experiências anteriores de dor por parte dos pacientes. Os níveis mais baixos de satisfação foram

relatados por pacientes que acreditavam que a presença de dor era um indicador de menor qualidade de vida.

Em suma, parece existir um denominador comum em termos da satisfação do paciente com o controlo da dor que aponta para uma combinação complexa entre expectativas, itens relacionais, experiências prévias de dor e de alívio da dor e objectivos relativos aos cuidados de saúde prestados.

A que se deve estar atento

Provavelmente, é demasiado cedo para que se possa utilizar um indicador quantitativo da satisfação dos pacientes com o controlo da dor aguda do pós-operatório, já que, como se vê, há ainda muito para compreender acerca das suas componentes. Uma vez que os dados de que dispomos estão incompletos e são pouco conclusivos, a recolha mais precisa de informação neste domínio pode dar pistas sobre a forma como os cuidados de saúde podem ser melhorados.

Os resultados dos estudos qualitativos podem explicitar melhor as percepções dos pacientes a este respeito e em vez de incidirem na avaliação dos serviços, devem focalizar-se na monitorização da experiência dos pacientes, explorando as diferentes significações associadas aos vários graus de satisfação e de insatisfação e permitindo que estes expressem livremente as suas percepções e preocupações.

Num estudo realizado recentemente por Beck, et al.¹⁰ com esta metodologia emergiram algumas pistas que se organizaram em quatro temáticas principais designadas por: ser bem tratado, ter uma rede segura, formar uma parceria com os profissionais de saúde, receber um controlo da dor eficaz.

Estas componentes da satisfação foram traduzidas por:

- «Ser bem tratado» significa receber os cuidados e sentir a preocupação de profissionais de saúde que são capazes de escutar, responder prontamente e acreditar nos auto-relatos de dor do paciente; os pacientes satisfeitos sentem que os profissionais de saúde se preocupam e demonstram um interesse pessoal por si; os traços mais significativos que os pacientes identificam ao ser bem tratados são o cuidado, o estar atento, o estar a tentar ajudar, dar respostas atempadas, o cuidado individualizado e o ser reconhecido.
- «Ter uma rede segura» refere-se à percepção de que existe um plano para o controlo da dor e recursos efectivos para o cumprir, que os profissionais de saúde actuam proactivamente, antecipando os problemas e que os pacientes têm a possibilidade, quando viável, de ter autonomia face ao controlo da sua dor.

- «Formar uma parceria com os profissionais de saúde» traduz a colaboração entre o paciente e os elementos da equipa de saúde que lhe presta cuidados directos e entre os vários profissionais de saúde envolvidos com vista à discussão, definição e implementação do plano de controlo de dor.
- «Receber um controlo de dor eficaz» é o mesmo que ter um plano que resulta, é simples e onde as medidas implementadas funcionam rapidamente e os seus efeitos colaterais são controlados; os profissionais de saúde demonstram ter conhecimentos para desenhar e implementar este plano.

O mesmo estudo¹⁰ apontou também as seguintes fontes de insatisfação:

- Comunicação pobre por parte dos profissionais de saúde, com falta de informação relacionada com os aspectos clínicos, questões não completamente respondidas e explicações limitadas sobre as formas de controlo da dor e seus efeitos colaterais.
- Ausência de focalização no paciente.
- Quantidade de tempo dedicada ao paciente.
- Não dar crédito/não validar a dor do paciente.
- Não ser bem tratado.
- Não existir um plano para o controlo da dor ou este não ser eficaz (por exemplo, para alguns pacientes, a transição de uma terapêutica endovenosa ou epidural para uma terapêutica oral é problemática, quer por falta de comunicação, quer por falta de alívio durante a transição).
- Demora na aplicação das medidas para controlo da dor (a este nível, por exemplo, os pacientes dizem ficar mais satisfeitos quando o atraso está justificado e essa justificação lhes é adiantada).

Como se pode estar atento

Existem metodologias específicas para elicitar a experiência dos pacientes a este nível. Carr-Hill²⁵ propõe a utilização de entrevistas com questões mais abertas ou o recurso a técnicas mais estruturadas e, por isso, mais exigentes como os grupos de foco, onde um grupo de 8 a 12 pacientes, relativamente homogéneo, que tenha passado por uma experiência operatória recentes, discuta, de forma não estruturada e natural, o tema da satisfação com o controlo da sua dor no pós-operatório; esta discussão é orientada por um facilitador e os resultados anotados por um ou mais observadores (situados, eventualmente, atrás de um espelho) ou registados em suporte de som e imagem. Uma variante desta abordagem é a formação de grupos nominais, onde os participantes escolhidos partilham as suas ideias por escrito, de modo independente, e sem qualquer tipo de orientação externa, antes da discussão do grupo. Depois

disso, as diferentes soluções são apresentadas sumariamente e aquelas que estão repetidas são eliminadas. Segue-se a discussão no grupo e, no final, as soluções encontradas são priorizadas em relação à questão inicial. Outra possibilidade é a análise de incidentes críticos, que se centra na posterior reconstrução diária da experiência do paciente. Pede-se, por exemplo, para que este anote o que foi importante, notável, estranho e preocupante.

Todas estas metodologias podem preceder (por exemplo, no desenvolvimento de pré-testes para medidas de satisfação mais adequadas), ser utilizadas em simultâneo (evitando, por exemplo, o sub-relato de alguns itens relacionados com a satisfação com o controlo da dor) ou suceder a um método quantitativo (partindo, por exemplo, de uma amostra específica abordada com determinado questionário e, com os mesmos sujeitos, aprofundar o sentido das questões quantitativas).

Quando se deve estar atento

O *timing* da avaliação é crucial. Quando mais longo for o intervalo entre a experiência e a entrevista ao paciente maior é a probabilidade de se encontrarem vieses, de os pacientes subestimarem itens que foram relevantes para si durante a experiência de cuidado e de se modificarem as suas apreciações acerca dos serviços.

Conclusão

A satisfação humana traduz-se num conceito complexo que se relaciona com vários factores, incluindo o estilo de vida, as experiências passadas, as expectativas, os valores individuais e socioculturais e as características sociodemográficas.

A satisfação com o sistema de saúde é um conceito derivado e constitui-se como um domínio conceptual coerente. Assim sendo, qualquer abordagem nesta área deve procurar não só as fontes de satisfação, mas também as de insatisfação. A satisfação/insatisfação pode variar amplamente, e pode ser definida de forma distinta por diferentes pessoas e pela mesma pessoa de diferentes modos em diferentes circunstâncias. Esta variabilidade levanta dúvidas sobre a utilidade de definir este constructo como um conceito unitário.

As orientações dominantes nos países ditos desenvolvidos, ou em vias de desenvolvimento, têm vindo a enfatizar a soberania do paciente e a importância das abordagens centradas neste. Assim, a prestação de cuidados deve reflectir as suas necessidades e preferências, pelo que a sua satisfação deve ser tida em conta como um resultado deste processo. Assumindo estes pressupostos, deve considerar-se a satisfação do paciente como um dos objectivos mais importantes e uma das garantias de qualidade de maior relevo.

Contudo, a monitorização da satisfação dos pacientes com a actividade assistencial no âmbito da saúde coloca ainda muitos problemas metodológicos.

No que respeita ao controlo da dor aguda de pós-operatório que deve constituir-se, por si só, como um outro indicador da prestação de serviços de qualidade, a avaliação da satisfação dos pacientes através de itens quantitativos tem-se revelado de pouca utilidade, porque pouco discriminativa em termos dos graus de satisfação e pouco reveladora da verdadeira experiência dos pacientes cirúrgicos. As suas medidas, tal como existem hoje, e quando utilizadas de forma isolada, podem conduzir à leitura de que as práticas são óptimas, já que na sua maioria os pacientes dizem estar satisfeitos ou altamente satisfeitos com os cuidados prestados face ao controlo da sua dor no período pós-cirúrgico, apesar de terem, muitas vezes, dor moderada a severa. Este dado é transversal e tem sido encontrado em diversas populações, o que vem reforçar a ideia de que estas ferramentas de avaliação podem não estar a medir aquilo que pensamos que elas efectivamente medem. São, por isso, necessários mais estudos que permitam compreender melhor a multifatorialidade desta experiência.

A literatura tem indicado que os pacientes podem não conseguir separar a experiência de controlo da dor da globalidade dos aspectos inerentes à experiência de cuidado. O desenho de qualquer medida neste domínio deve incluir itens relacionados com as percepções do paciente acerca do processo de cuidado em associação com itens específicos sobre o controlo da dor. A validação destas percepções deve ser tão próxima do episódio de cuidados quanto possível. Para além da compreensão das significações do paciente em torno da dor aguda de pós-operatório, as investigações futuras devem permitir também que sejam desenvolvidos programas educacionais dirigidos aos pacientes e aos profissionais de saúde. Só deste modo se poderão evitar más práticas e lógicas de sofrimento silencioso desnecessárias.

Bibliografia

1. Carlson J, Youngblood R, Dalton JA, Blau W, Lindley C. Is patient satisfaction a legitimate outcome of pain management? *Journal of Pain and Symptom Management*. 2003;25(3):264-75.

2. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-8.
3. The Joint Commission. Pain assessment and management: An organizational approach. Oakbrook Terrace, IL: JCAHO; 2000.
4. Press I. Patient satisfaction: Understanding and managing the experience of care. 2.^a ed. Chicago: Health Administration Press; 2006.
5. Cleary P, McNeil B. Patient satisfaction as an indicator of quality of care. *Inquiry*. 1988;25:25-36.
6. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science & Medicine*. 1982;16:577-82.
7. Abramowitz S, Cote A, Berry E. Analyzing patient satisfaction: A multianalytic approach. *Quality Review Bulletin*. 1987;13(4):122-30.
8. Greeneich D. The link between new and return business and quality of care: Patient satisfaction. *Advances in Nursing Science*. 1993; 16:62-7.
9. Williams B. Patient satisfaction: A valid concept? *Social Science & Medicine*. 1994;38:509-16.
10. Beck SL, Towsley GL, Berry PH, Lindau K, Field RB, Jensen S. Core aspects of satisfaction with pain management: Cancer patients' perspectives. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2010; 39(1):100-15.
11. Roth W, Kling J, Gockel I, et al. Dissatisfaction with post-operative pain management: A prospective analysis of 1071 patients. *Acute Pain*. 2005;7:75-83.
12. American Pain Society Quality of Care Committee. Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. *JAMA*. 1995;274:1874-80.
13. Daut RL, Cleeland CS, Flanery RC. Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. *Pain*. 1983;17:197-210.
14. Ward SE, Goldberg N, Miller-McCauley V, et al. Patient-related barriers to management of cancer pain. *Pain*. 1993;52:319-24.
15. Gordon DB, Pellino TA, Miasowski C, et al. A 10-year review of quality improvement monitoring in pain management: recommendations for standardized outcome measures. *Pain Management Nursing*. 2002;3:116-30.
16. Oliver RL. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research*. 1980;17: 460-9.
17. Dihle A, Helseth S, Kongsgaard UE, Paul SM, Miasowski C. Using the American Pain Society's Patient Outcome Questionnaire to Evaluate the Quality of Postoperative Pain Management in a Sample of Norwegian Patients. *The Journal of Pain*. 2006;7(4):272-80.
18. Malouf J, Andión O, Torrubia R, Cañellas M, Baños J. A survey of perceptions with pain management in Spanish inpatients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2006;32(4):361-71.
19. Williams B, Coyle J, Healy D. The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels. *Social Science & Medicine*. 1998;47(9):1351-9.
20. Ward S, Gordon D. Application of the American Pain Society Quality Assurance Standards. *Pain*. 1994;56:299-306.
21. Kuhn S, Cooke K, Collins M, Jones JM, Mucklow JC. Perceptions of pain relief after surgery. *British Medical Journal*. 1990;300:1687-90.
22. Donovan B. Patient attitudes to postoperative pain relief. *Anaesthesia and Intensive Care*. 1983;11:125-9.
23. Simonsen-Rehn N, Sarvimäki A, Benkö SS. Cancer patients' experiences of care related to pain. *Nordic Journal of Nursing Research and Clinical Studies*. 2002;20:4-9.
24. Dawson R, Spross JA, Jablonski ES, Hoyer DR, Sellers DE, Solomon MZ. Probing the paradox of patients' satisfaction with inadequate pain management. *Journal of Pain and Symptom Management* 2002;23(3):211-20.
25. Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine*. 1992;14(3):236-49.

Bloqueio Axilar Contínuo na Síndrome Dolorosa Regional Complexa Tipo I: a Propósito de um Caso Clínico

Lisette Matos¹, António Rincón², Ana Cristina Mangas³, Elisabete Valente³, Eunice Silva³, Maria do Carmo Rocha³

Resumo

A síndrome dolorosa regional complexa tipo I (SDRC I), ou distrofia simpática reflexa, é uma entidade clínica relativamente comum, caracterizada por dor crónica neuropática por vezes incapacitante¹. Trata-se de uma entidade complexa, sendo que ainda não existe evidência de tratamento eficiente. Dentro das modalidades terapêuticas descritas, o bloqueio locoregional contínuo por cateter transcutâneo é um método alternativo mas pouco divulgado na literatura^{2,9}. Permite alívio da dor em repouso ou associada à mobilização do membro. Os autores apresentam o caso de uma doente de 46 anos de idade, referenciada à consulta de dor com diagnóstico de SDRC I, a quem, após abordagem conservadora, sem alívio dos sintomas, foi efectuado um bloqueio regional contínuo do plexo braquial por via axilar, com melhoria do quadro clínico.

Palavras-chave: Síndrome dolorosa regional complexa tipo I. Tratamento. Bloqueio do plexo braquial.

Abstract

Complex regional pain syndrome I, formerly termed reflex sympathetic dystrophy syndrome, is a medical condition characterized by a disabling chronic and neuropathic pain¹. It is a complex disorder and there is no evidence of an effective treatment yet. Among different treatment modalities, continuous axillary brachial plexus block with a transcutaneous catheter is an effective technique, but not frequently described in the literature². It provides substantial pain relief of the upper extremity at rest and with mobilization. The authors described the case of a 46-year-old woman who suffered from complex regional pain syndrome I of the right arm. Symptoms and signs were not alleviated with initial conventional pharmacological management and rehabilitation, and an axillary brachial plexus block was performed, which resulted in a significant improvement of clinical condition. (Dor. 2009;17(1):30-3)

Corresponding author: Lisette Rente Matos, lissetmatos@gmail.com

Key words: Complex regional pain syndrome type I. Treatment. Brachial plexus block.

Introdução

A SDRC I, também conhecida por distrofia simpática reflexa ou causalgia, é uma entidade clínica caracterizada por dor crónica neuropática por vezes incapacitante e de etiologia ainda pouco esclarecida^{1,3}. Trata-se dum sequela relativamente comum de traumatismo ou procedimento cirúrgico das extremidades, sendo o

membro superior mais frequentemente envolvido³. Apesar de ser habitualmente autolimitada, em alguns doentes esta situação pode persistir mais de um ano.

O diagnóstico, essencialmente clínico, baseia-se na presença de critérios estabelecidos pela IASP, numa reunião científica em Orlando, Florida, em 1994 (Quadro 1). Posteriormente, em 2003, decorreu em Budapeste, Hungria, uma conferência que reuniu 35 peritos com o intuito de analisar a validade dos critérios da IASP para a SDRC e propor novos critérios que foram submetidos ao Comité para Classificação da Dor Crónica da IASP, para a 3.^a edição da Taxonomia (Quadro 2). A nova proposta pretende manter a sensibilidade dos critérios da IASP por um lado,

¹Interna de Anestesiologia - 4.º ano

²Assistente Hospitalar Anestesiologia

³UNIDOR - Unidade de Tratamento de Dor

Quadro 1. IASP diagnostic criteria for complex regional pain syndrome (CRPS)*

1. The presence of an initiating noxious event, or a cause of immobilization
2. Continuing pain, allodynia, or hyperalgesia in which the pain is disproportionate to any known inciting event
3. Evidence at some time of edema, changes in skin blood flow, or abnormal sudomotor activity in the region of pain (can be sign or symptom)
4. This diagnosis is excluded by the existence of other conditions that would otherwise account for the degree of pain and dysfunction

*If seen without «major nerve damage» diagnose CRPS I; If seen in the presence of «major nerve damage» diagnose CRPS II.
 †Not required for diagnosis ; 5-10% of patients will not have this.

Adapted from: Merskey H, Bogduk N. *Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms*. Seattle, WA: IASP Press;1994.

e aumentar a especificidade por outro. Esta revisão tem tido uma aceitação crescente na comunidade dos especialistas em Medicina da Dor, no entanto terão de ser validados num futuro próximo⁴. Assim, os sinais e sintomas incluem: dor persistente, alodinia, hiperalgesia, edema, instabilidade vasomotora, rigidez articular com atraso na recuperação funcional, disfunção motora, alterações tróficas e aumento da actividade sudomotora⁵. As modalidades de tratamento são várias e visam o alívio da dor e melhoria da função motora, baseando-se numa abordagem multidisciplinar (tratamento conservador, reabilitação física e apoio psicológico)⁵.

O bloqueio regional contínuo permite alívio da dor em repouso ou associada à mobilização do membro. Parece ser efectivo, mas está ainda pouco divulgado na literatura.

Caso clínico

Doente de 46 anos de idade, sexo feminino, sem antecedentes pessoais relevantes. Referenciada à nossa consulta pelo seu médico assistente com diagnóstico de SDRC I. Referia história de traumatismo com esfacelo de dedo indicador direito em Outubro de 2005, sem evidência de lesão óssea ou nervosa, com tratamento cirúrgico reparador no próprio dia. Nos dias seguintes, iniciou um quadro de dor de tipo choque eléctrico na mão direita, com maior intensidade no local da lesão e com irradiação para a região axilar. Foi então medicada com anti-inflamatórios não-esteróides (AINE) e proposta para fisioterapia antálgica, sem melhoria significativa das queixas. Por persistência do quadro clínico, foi reintervencionada em Março de 2006, sem melhoria.

A doente chegou à nossa consulta seis meses após a lesão inicial. Apresentava dor intensa e difusa na mão direita, espontânea, sem factor desencadeante conhecido, e exacerbada pela mobilização. Era descrita como choque eléctrico, de maior intensidade no dedo indicador, com irradiação para a axila, região subescapular e cervical. Referia ainda hiperalgesia, alodinia, alteração da temperatura local, alternando-se períodos de frio e calor, e alguma limitação funcional. Negava parestesias. Ao exame objectivo

Quadro 2. Proposed clinical criteria for CRPS

General definition of the Syndrome:

CRPS describes an array of painful conditions that are characterized by a continuing (spontaneous and/or evoked) regional pain that is seemingly disproportionate in time or degree to the usual course of any known trauma or other lesion. The pain is regional (not in a specific nerve territory or dermatome) and usually has a distal predominance of abnormal sensory, motor, sudomotor, vasomotor, and/or trophic findings. The syndrome shows variable progression over time

To make the clinical diagnosis, the following criteria must be met:

1. Continuing pain, which is disproportionate to any inciting event
2. Must report at least one symptom in three of the four following categories:
 - Sensory: Reports of hyperesthesia and/or allodynia
 - Vasomotor: Reports of temperature asymmetry and/or skin colour changes and/or skin colour asymmetry
 - Sudomotor/Edema: Reports of edema and/or motor sweating changes and/or sweating asymmetry
 - Motor/Trophic: Reports of decreased range of motion and/or motor dysfunction (weakness, tremor, dystonia) and/or trophic changes (hair, nail, skin)
3. Must display at least one sign at time of evaluation in two or more of the following categories:
 - Sensory: Evidence of hyperalgesia (to pinprick) and/or allodynia (to light touch and/or temperature sensation and/or deep somatic pressure and/or joint movement)
 - Vasomotor: Evidence of temperature asymmetry (> 1 °C) and/or skin color changes and/or asymmetry
 - Sudomotor/Edema: Evidence of edema and/or sweating changes and/or sweating asymmetry
 - Motor/Trophic: Evidence of decreased range of motion and/or motor dysfunction (weakness, tremor, dystonia) and/or trophic changes (hair, nail, skin)
4. There is no other diagnosis that better explains the signs and symptoms

For research purposes, diagnostic decision rule should be at least one symptom in all four symptom categories and at least one sign (observed at evaluation) in two or more sign categories Adapted from Harden NR, Bruehl S, Stanton-Hicks M, Wilson PR. *Proposed New Diagnostic Criteria for Complex Regional Pain Syndrome. PAIN MEDICINE 2007;8(4):326-31.*

observaram-se edema duro e difuso da mão e do punho, pele seca, quente e vermelha. Apresentava ainda alguma limitação na flexão e extensão dos dedos da mão, principalmente do dedo indicador, e dor à mobilização do mesmo. Não se evidenciaram sinais de atrofia muscular ou óssea, cianose, hiper-hidrose, ou ainda descamação da pele. No seguimento da primeira consulta, foi realizado um electromiograma (EMC) que não evidenciou lesão nervosa.

Manteve fisioterapia, iniciou estimulação eléctrica transcutânea (TENS), pregabalina (em incrementos semanais, até atingir 300 mg/dia), amitriptilina (em incrementos semanais, até atingir 25 mg/dia) e apoio psicológico. Apesar de uma abordagem cuidadosa e pautada, a doente desenvolveu um quadro de cansaço, sonolência e tonturas importante. Após quatro semanas de tratamento, a doente mantinha as queixas, negava melhoria dos sintomas e o exame objectivo era sobreponível ao anterior. Devido à persistência do quadro clínico e por intolerância ao tratamento farmacológico, foi colocado um cateter no plexo braquial por via axilar. Procedeu-se à administração em *bolus* de 35 ml de mistura de ropivacaína 7,5 mg/ml (20 ml) e lidocaína 2% (20 ml), da qual resultou bloqueio motor completo do membro superior direito. Três horas após administração de anestésico local, notou-se regressão do bloqueio motor, e iniciou-se perfusão contínua com ropivacaína 2 mg/ml (2 ml/h) através de bomba elastomérica (DIB), durante um total de sete dias, em regime ambulatorio. Durante esse período de tempo, manteve apoio psicológico, fisioterapia e tratamento farmacológico (com doses ajustadas).

Notou-se alívio imediato das queixas álgicas e melhoria progressiva da função motora e das alterações tróficas. Ao fim de uma semana, por presença de sinais locais de inflamação e infecção, o cateter foi retirado, mantendo restante tratamento.

Após remoção do cateter, houve regressão de grande parte da sintomatologia com persistência de dor ligeira a moderada, mas sem reaparecimento das outras queixas.

Discussão

A SDRC é uma entidade clínica caracterizada por dor contínua habitualmente resultante de lesão ou de estímulo nóxico. A sua fisiopatologia está ainda pouco esclarecida, no entanto, sabe-se que se mantém uma actividade neuronal constante anormal que afecta todo o sistema nervoso. São várias as hipóteses acerca dos mecanismos fisiopatológicos envolvidos, nomeadamente predisposição genética, resposta inflamatória exagerada com envolvimento de radicais livres, inflamação neurogénica, sistema simpático disfuncionante, sensibilização periférica e disfunção do processamento central. Parece que uma lesão traumática numa extremidade

distal de um indivíduo geneticamente predisposto inicia um processo que desencadeia um estado de dor neuropática na extremidade afectada. Mecanismos de neuroplasticidade neuronal seriam responsáveis pela manutenção do quadro, os quais poderiam ser convertidos na fase precoce da doença. As teorias mais recentes descrevem a existência a nível periférico de sinapses «artificiais» ou «curto-circuitos neurológicos» entre o sistema nervoso simpático e somático, resultantes possivelmente de traumatismo. Essas sinapses seriam responsáveis pelo quadro clínico: estímulos normalmente mediados pelo sistema nervoso autónomo (SNA) são processados pelo sistema nervoso somático (SNS) e produzem dor, enquanto estímulos habitualmente mediados pelo SNS são processados através de SNA e causam uma resposta simpática desorganizada.

As SDRC tipo I e tipo II têm sinais e sintomas semelhantes. Quando os sintomas podem ser atribuídos a uma lesão nervosa, fala-se em SDRC II. Na ausência de identificação de tal lesão, fala-se de SDRC I (Quadro 1)⁶. Sabe-se que, nos EUA, 2/3 dos casos de SDRC I resultam de traumatismo ou cirurgia. O diagnóstico é essencialmente clínico, baseado nos critérios já definidos. Esta síndrome atinge uma faixa etária jovem (36-42 anos), e mais frequentemente o sexo feminino⁵. Na nossa doente, o evento desencadeante pode ter sido o traumatismo, a cirurgia ou a imobilização da mão.

O tratamento ideal da SDRC I ainda é especulativo, no entanto, para ser eficaz deve ser iniciado precocemente e ter uma abordagem multidisciplinar baseada em três aspectos: reabilitação física, alívio da dor e, finalmente, psicoterapia⁵. Cada tratamento deve ser individualizado em função do doente e da sua situação clínica. Os melhores resultados obtêm-se aplicando o tratamento em estádios iniciais da doença, pelo que é essencial o diagnóstico precoce, assim como uma referenciação adequada para uma correcta abordagem interdisciplinar. A reabilitação através de fisioterapia é imprescindível, não só como forma de prevenção, mas também de tratamento precoce de complicações da SDRC I. As técnicas de reabilitação variam em função dos sinais e sintomas predominantes, sendo que nos estádios mais iniciais visam o alívio da dor e edema, com exercícios musculares isométricos, para atrasar a disfunção motora. O apoio psicológico nestes casos é fundamental, devendo-se tratar a síndrome de *stress* pós-traumático, a quinesofobia (medo de realizar certos movimentos por causa da dor) e ainda, abordar a ansiedade e depressão. A complexidade desta síndrome e a variedade de sinais e sintomas que a caracterizam obrigam a que desde o início seja instituído um tratamento farmacológico que visa ao controlo da dor, da depressão e ansiedade próprias da dor crónica, das alterações vasomotoras, e

ainda da osteoporose regional. São habitualmente usados analgésicos dos três escalões, recorrendo quando necessário aos opióides fortes. O uso de antidepressivos durante uma duração não inferior a três meses é útil para controlo da depressão, ansiedade e insónia, mas também reforça as vias inibitórias da dor ao actuar sobre a recaptação de amins. Apesar de não existirem estudos controlados para a SDRC I, os antiepilépticos estão indicados no tratamento da dor crónica de tipo neuropática. Demonstraram também ser eficazes os simpaticolíticos, a calcitonina e os bifosfonados^{7,8}.

Quando a abordagem farmacológica não permite alívio sintomático, estão recomendados, entre outros, procedimentos analgésicos local-regionais ou ainda técnicas de neuroestimulação^{5,8}. Ao proporcionar um período de tempo sem dor, o bloqueio nervoso permite por um lado maior adesão a fisioterapia e consequente melhoria da actividade funcional, e, por outro lado, diminui a actividade do sistema nervoso simpático. O bloqueio epidural, os bloqueios do plexo braquial, do simpático lombar, e do gânglio estrelado, são habitualmente as técnicas usadas, por actuarem sobre a cadeia simpática. O bloqueio axilar contínuo, ao interferir com a condução das fibras simpáticas eferentes e somatosensitivas aferentes, providencia um bloqueio efectivo dos componentes simpático e somático da dor, tornando-se assim uma modalidade de tratamento eficiente na SDRC I dos membros superiores.

Assim, a abordagem terapêutica da SDRC I continua a ser difícil e muito heterogénea, não existindo ainda um tratamento *gold standard*. Os *outcomes* são pouco previsíveis, incluindo a qualidade de vida *a posteriori*. O sucesso terapêutico depende em grande parte de um diagnóstico precoce, baseado num elevado grau de suspeição, uma vez que não existem exames complementares diagnósticos específicos, e que este depende essencialmente de uma história clínica e um exame físico meticolosos.

Conclusão

Com este caso, os autores demonstram que o bloqueio axilar com perfusão contínua providencia um alívio substancial da dor e das outras alterações da SDRC I, facilitando assim o processo de reabilitação física. As doses infundidas foram as habitualmente usadas para anestesia de procedimentos. Assim, consideramos que estas serão passíveis de reajuste numa próxima intervenção, uma vez que se registou um bloqueio motor importante. Tal como está descrito na literatura, por persistir ainda alguma sintomatologia e haver alguma intolerância ao tratamento médico, pensamos haver indicação neste caso para avançar para outros tratamentos mais invasivos, nomeadamente neuroestimulação¹⁰.

Bibliografia

1. Kock FX, Borisch N, Koester B, Grifka J. Complex regional pain syndrome type I (CRPS I). Pathophysiology, diagnostics and therapy. *Orthopad*. 2003;32(5):418-31.
2. Day M. Infraclavicular brachial plexus block and infusion for treatment of long-standing complex regional syndrome type 1: a case report. *Pain Physician*. 2004;7(2):265-8.
3. Maihofner C, Birklein F. Complex regional pain syndromes: new aspects on pathophysiology and therapy. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2007;75(6):331-42.
4. Harden NR, Bruehl S, Stanton-Hicks M, Wilson PR. Proposed New Diagnostic Criteria for Complex Regional Pain Syndrome. *PAIN MEDICINE*. 2007;8(4):326-331.
5. Stanton Hicks M. Complex Regional Pain Syndrome: Manifestations and the Role of Neurostimulation in Its Management. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2006;31:20-4.
6. Stanton-Hicks MD, Burton AW, Bruehl SP, et al. An updated interdisciplinary clinical pathway for CRPS: report of an expert panel. *Pain Pract*. 2002;2(1):1-16.
7. Florian B, Annina S, Rudolf K, Ulrike H, Lucas M. Biphosphonates for the therapy of complex regional pain syndrome I – Systematic review. *European Journal of Pain*. 2009;13:17-21.
8. Finnerup NB, Otto M, Mcquay HJ, Jensen TS, Sindrup SH. Algorithm for Neuropathic pain treatment: An evidence based proposal. *Pain*. 2005;118:289-305.
9. Wang L, Chen H, Chang P, et al. Axillary Brachial Plexus Block With Patient controlled Analgesia for Complex regional Pain Syndrome Type I: A case report. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*. 2001;26(1):68-71.
10. Taylor RS, Van Buyten JP, Buchser E. Spinal cord stimulation for complex regional pain syndrome: a systematic review of the clinical and cost-effectiveness literature and assessment of prognostic factors. *Eur J Pain*. 2006 Feb;10(2):91-101.

Existirão Enviesamentos de Sexo Nos Julgamentos de Dor de Enfermeiros(as)? Sim... Mas Nem Sempre

Sónia F. Bernardes

Resumo

Embora as mulheres reportem sentir mais dores que os homens, as suas dores são mais frequentemente subdiagnosticadas e subtratadas¹⁹. A literatura sobre o fenómeno dos enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor tem apresentado, contudo, um panorama de resultados algo inconsistente; embora muitos estudos mostrem enviesamentos em detrimento da mulher, muitos outros não encontram a presença de enviesamentos significativos e, ainda, uma minoria salienta enviesamentos em detrimento do homem. Então como dar sentido a tal variabilidade de resultados? Argumentamos que este fenómeno não é universal, podendo ser intensificado ou suprimido por factores contextuais relativos à situação clínica, à pessoa com dor ou ao(a) observador(a)¹⁶. Neste sentido, salientamos dois estudos, com estudantes e profissionais da Enfermagem, que procuraram analisar o impacto moderador da duração da dor, dos comportamentos de dor do(a) paciente, e do sexo do(a) profissional de saúde nos enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor.

Participaram 205 estudantes de Enfermagem (44,9% homens) e 222 enfermeiros(as) (38,3% homens) no estudo 1 e 2, respectivamente. Ambos os estudos consistiram em planos quase-experimentais intersujeitos do tipo 2 (duração da dor) x 2 (reações de estoicismo face à dor) x 2 (sexo do[a] paciente) x 2 (sexo do[a] observadora). As três primeiras variáveis foram manipuladas através de vinhetas escritas que descreviam o comportamento estóico/não-estóico de um homem/mulher que recorria às Urgências por agudização de dor crónica que sentia há cerca de três dias/anos. Após a leitura de um dos cenários, os(as) participantes deveriam efectuar os seus julgamentos sobre:

- Urgência e severidade da situação clínica.
- Credibilidade da dor.
- Grau de interferência da dor.
- Atribuições psicológicas.
- Intenções de oferecer apoio.

Os resultados suportaram a hipótese geral sobre a contextualidade dos enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor. Mais especificamente, a presença de enviesamentos de sexo em detrimento da mulher apenas se mostrou significativa em cenários de dor aguda, na presença de comportamentos de estoicismo face à dor ou quando o observador era do sexo masculino. São tecidas reflexões sobre as implicações teóricas e práticas de tais resultados.

Palavras-chave: Julgamentos de dor. Enviesamentos de sexo. Género. Contextualidade. Enfermagem.

Abstract

Although women report feeling more pain than men, their pain is often underdiagnosed and undertreated¹⁹. The literature on sex-related biases in pain judgments has shown an inconsistent pattern of results; although

many studies show sex-related biases against women, many others cannot find evidence of significant biases and still a few others have found sex-related biases against men. Therefore, how can we account for such variability of results? It is our contention that this phenomenon is not universal, being potentially enhanced or suppressed by context-related variables pertaining to the clinical situation, the person in pain, and the observer. Consequently, we highlight two studies, with nursing students and trained professionals, which aimed at analyzing the moderator role of pain duration, patients' pain behavior, and healthcare professionals' sex on sex-related biases in pain judgments.

Two-hundred-and-five nursing students (44.9% men) and 222 nurses (38.3% men) participated in study 1 and 2, respectively. Both studies consisted of quasi-experimental intersubject designs 2 (pain duration) x 2 (stoicism reactions to pain) x 2 (patient's sex) x 2 (observer's sex). The first three variables were manipulated by written vignettes depicting a man/woman going into an emergency room with low-back pain that they had been having for three days/year. The patient presented their pain with/without stoicism. After reading one of the scenarios, participants were requested to judge the:

- clinical severity and urgency;
- pain credibility;
- pain disability;
- psychological attributions;
- intentions of offering support.

Evidence supported the general hypothesis of the context-related sex-related biases in pain judgments. More specifically, the presence of sex-related biases against women was only significant in acute pain scenarios, in the presence of stoicism reactions, or when the observer was male. Reflections on the theoretical and practical implications of such results are drawn. (Dor. 2010;17(1):34-40)

Corresponding author: Sónia F. Bernardes; sonia.bernardes@iscte.pt

Key-words: Pain judgments. Sex-related biases. Gender. Context-related. Nursing.

Introdução*¹

Evidências sugerem que, ao longo das suas vidas, as mulheres relatam sentir dores mais intensas, com maior frequência e num maior número de localizações corporais que os homens^{21,24}. É sabido, ainda, existirem mais síndromes de dor crónica com maior prevalência entre as mulheres que entre os homens⁶. Contudo, apesar de serem as mulheres mais frequentemente vítimas de dores que os homens, as suas dores parecem ser frequentemente subvalorizadas, subdiagnosticadas e subtratadas comparativamente com as dores daqueles últimos¹⁹. Porque a presença de tais «enviesamentos de sexo nos julgamentos

de dor» entre profissionais de saúde poderá potencialmente contribuir para iniquidades no acesso aos serviços de saúde e tratamento da dor, parece-nos fundamental a exploração e compreensão deste fenómeno.

Um leitor atento rapidamente poderá constatar que a imensa literatura sobre os enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor tem assumido um carácter predominantemente descritivo e «ateórico» (para uma revisão da literatura, ver Bernardes⁷). Sem grandes preocupações de conceptualização, a grande maioria dos(as) autores(as) tem procurado dar resposta a uma questão aparentemente simples: «Existirão enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor efectuados por profissionais de saúde?» Se a pergunta parece simples, a resposta está longe de o ser. «Sim... mas nem sempre» parece ser a resposta que emerge do vasto corpo de literatura que até ao momento se avoluma. De facto, embora muitos estudos sugiram a presença de enviesamentos de sexo em detrimento da mulher^{1,14,26}, alguns não verificam a presença significativa de tais enviesamentos^{2,28} e ainda outros, embora em minoria, sugerem a presença de enviesamentos em detrimento do homem^{5,25}. Em suma, a literatura sobre o presente fenómeno é tão vasta quanto aparentemente ambígua e inconclusiva.

*O presente artigo representa uma comunicação apresentada no colóquio multidisciplinar «(Con)vivências em dor: diferentes olhares, mais perspectivas,» organizado pelo CIS, com o patrocínio científico da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) e financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), que decorreu no ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, no dia 5 de Junho de 2009. Esta comunicação pretendeu divulgar alguns dos resultados finais de um projecto de investigação financiado pela FCT (PIHM/PSI/65305/2005), coordenado na sua fase inicial pela Professora Doutora Maria Luísa Lima (ISCTE/CIS) e na sua fase final pela presente autora

Uma proposta conceptual

Perante tal panorama, a tese que procuramos defender é a de que, mais do que inconclusivos, tais resultados poderão estar a apontar para a natureza inerentemente contextual do fenómeno em estudo. Quer isto dizer que a intensidade ou mesmo a presença de enviesamentos de sexo nos julgamentos e tratamentos da dor pode variar em função das circunstâncias nas quais tais julgamentos ocorrem. Neste sentido, mais do que a mera descrição de tais enviesamentos, importa desenvolver esforços conceptuais e empíricos orientados para a sua compreensão, explicação e eventual predição. Por outras palavras, mais do que procurar resposta à questão «Será que existem enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor?» importa saber quais os mecanismos cognitivos e motivacionais que explicam a sua existência e quando é que podemos prever a sua presença.

No sentido de contribuir para a conceptualização da variabilidade dos enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor, desenvolvemos uma proposta teórica, tendo por base o «modelo de género-em-contexto» de Deaux, et al.^{15,16}, da qual ressaltamos dois importantes pressupostos (para uma análise mais detalhada da proposta conceptual ver Bernardes⁷). O primeiro pressuposto defende o papel activo de um(a) observador(a) (e.g., profissional de saúde) na construção do fenómeno em causa, através dos seus esquemas de género[†]. Entende-se por esquemas de género as estruturas cognitivas que englobam conhecimentos socialmente adquiridos sobre os significados de ser e agir enquanto homem ou mulher numa certa sociedade^{3,27}. Os estereótipos de género são um exemplo destas estruturas esquemáticas. Tais estruturas cognitivas, quando activadas em memória, são utilizadas para interpretar diversos eventos do dia-a-dia, nomeadamente as experiências de dor de homens e mulheres, o que poderá justificar a presença de enviesamentos de sexo.

Contudo, e decorrente do segundo pressuposto, a activação e aplicação de tais esquemas de género parece ser condicional, isto é, dependente de pistas contextuais que podem estar

relacionadas quer com as características do(a) observador(a) (e.g., ser defensor de papéis tradicionais de género), quer do alvo, neste caso da pessoa com dor (e.g., ter comportamentos de dor genderizados, como por exemplo, chorar de dor) quer da situação clínica ou contextual em que estes se encontram (e.g., apresentar uma síndrome de dor com fortes conotações de género, como por exemplo, a fibromialgia).

Em suma, se existem circunstâncias que podem activar as imagens estereotípicas de género na memória de um(a) profissional de saúde, aumentando a probabilidade de este(a) fazer um julgamento clínico com base em tal informação estereotípica, outras podem atenuar a probabilidade de tal informação ser activada e aplicada na interpretação de experiências de dor. Neste sentido, parece-nos fundamental a análise detalhada de tais variáveis contextuais com potencial moderador dos enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor.

Objectivos e hipóteses

Decorrendo de tal quadro conceptual, um dos objectivos gerais deste trabalho foi o de explorar a contextualidade dos enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor de profissionais de saúde, mais especificamente de estudantes e profissionais da Enfermagem. De facto, embora os(as) enfermeiros(as) não possuam a latitude de tomada de decisão sobre diagnósticos e tratamentos habitualmente atribuída aos(as) médicos(as), o seu papel central na relação com os(as) pacientes e na provisão de cuidados de enfermagem, que pode ir desde o apoio emocional ou instrumental à administração técnica dos tratamentos prescritos, torna relevante a análise do papel que tais profissionais poderão potencialmente desempenhar na construção de iniquidades de sexo na provisão de cuidados de saúde. Assim, mais especificamente, procurámos explorar o papel moderador de algumas variáveis relativas ao contexto que, ao contribuírem em maior ou menor grau para a activação de esquemas de género, intensificassem ou suprimissem a presença de enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor em estudantes e profissionais da Enfermagem.

Neste sentido, são aqui resumidos alguns dos resultados principais de dois estudos que visaram analisar o efeito moderador de variáveis, clinicamente relevantes, relativas ao(a) observador(a) (sexo), à pessoa com dor (reações de estoicismo face à dor) e à situação clínica (duração da dor) nos enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor.

No que diz respeito às hipóteses, e num nível de análise mais geral, esperava-se, que, à semelhança de estudos anteriores^{1,14,26}, no caso da presença de um efeito significativo do sexo do(a) paciente, a dor da mulher fosse subavaliada comparativamente com a dor do homem (hipótese 1). Contudo, e tendo em conta o quadro

[†]Apesar de os termos «Sexo» e «Género» serem frequentemente utilizados de forma intercambiável, defendemos que a sua distinção conceptual é fundamental. Tal como abordámos mais detalhadamente noutra artigo⁹, entendemos por «Sexo» um marcador biológico usado para categorizar os seres humanos em homens e mulheres com base em características físicas (e.g., hormonas, cromossomas, órgãos sexuais ou características sexuais secundárias). Por sua vez, o conceito de «Género» engloba os significados social e culturalmente construídos de se ser e agir enquanto homem ou mulher, numa determinada sociedade e época, isto é, refere-se às representações mentais, sociais e culturais sobre as categorias sexuais.

Quadro 1. Variáveis independentes, seus níveis e formas de operacionalização		
Variáveis independentes	Níveis	Operacionalização
Sexo do(a) paciente	Mulher	Paciente apresentada como mulher de 37 anos
	Homem	Paciente apresentado como homem de 37 anos
Duração da dor	Aguda	Paciente vivia com dor lombar há três dias
	Crónica	Paciente vivia com dor lombar há três anos
Reacções de estoicismo	Estóico(a)	Paciente é descrito(a) como... ... calmo(a) e tranquilo(a)* ... não se queixa nem verbaliza a dor ... não chama a atenção dos profissionais de saúde, espera vez de ser atendido(a) ... descreve dor como aguda e penetrante
	Não-estóico(a)	Paciente é descrito(a) como... ... agitado(a) e ansioso(a) ... choroso(a) e queixoso(a), verbaliza dor ... chama atenção de profissionais de saúde para ser atendido(a) rapidamente ... descreve dor como assustadora e cruel
No estudo 1, a operacionalização das reacções de estoicismo do(a) paciente foi realizada apenas manipulando a apresentação de sinais de ansiedade.		

conceptual acima exposto, esperava-se que a presença significativa de enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor estivesse dependente, i.e., fosse moderada pelas variáveis contextuais acima mencionadas (hipótese 2).

Mas qual a direcção dos efeitos moderadores esperados para cada uma daquelas variáveis contextuais? A resposta a esta questão remete-nos para a elaboração de hipóteses mais específicas. Em primeiro lugar, relativamente à duração da dor, esperava-se que a presença de enviesamentos de sexo em detrimento da mulher fosse mais frequente em contextos de dor aguda por oposição a contextos de dor crónica (hipótese 2.1). Esta hipótese decorre de estudos por nós realizados que sugerem que em contextos de dor crónica incapacitante as imagens do homem e mulher se tornam indiferenciadas. Por exemplo, naqueles contextos, tanto leigos(as) como enfermeiros(as) esperam uma ausência de diferenças na forma como homens e mulheres reagem face à sua dor¹¹ e também no grau em que traços de dependência, dominância ou instrumentalidade se manifestam em cada um deles¹⁰. Assim, neste contexto, mesmo na presença da activação de tais imagens de género, ao serem indiferenciadas levarão com menor probabilidade a enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor.

Em segundo lugar, quanto ao efeito das reacções de estoicismo face à dor, esperava-se que os enviesamentos de sexo em detrimento da mulher surgissem apenas na presença de reacções menos estóicas (i.e., mais histriónicas) da parte do(a) paciente (hipótese 2.2). De facto, evidências sugerem que na presença de pistas de *stress* (e.g., sinais de ansiedade) parece

existir uma tendência para a psicologização e consequente desvalorização das dores das mulheres^{12,13}, cuja imagem estereotípica se encontra mais associada que a do homem a modelos de senso comum sobre a somatização^{13,22}.

Finalmente, e no que diz respeito à influência do sexo do(a) observador(a), esperava-se que a presença de enviesamentos de sexo em detrimento da mulher fosse mais provável quando o participante fosse do sexo masculino que quando fosse do sexo feminino (hipótese 2.3). Tal hipótese advém não apenas da constatação de evidências empíricas prévias que directamente a sustentam^{17,29,30}, mas também de evidências que sugerem serem homens aqueles que detêm crenças mais diferenciadoras dos modos de ser e agir face à dor de homens e mulheres^{4,8,18,23}, apresentando, portanto, maior propensão para um processamento de informação assente em imagens estereotípicas de género.

Materiais e Métodos

Participantes

No estudo 1, participaram 205 estudantes de enfermagem (44,9% homens) com idades compreendidas entre os 18 e os 32 anos ($M = 20,64$, $DP = 2,72$). No momento da realização do estudo, cerca de 48% dos(as) participantes encontrava-se a terminar o 1.º ano, 26,1% o 2.º ano e os restantes o 3.º ou 4.º ano das respectivas licenciaturas em faculdades públicas de Lisboa e Porto. No estudo 2, participaram 222 enfermeiros(as) (38,3% homens), com idades compreendidas entre os 22 e os 52 anos ($M = 33,03$, $DP = 6,80$) a exercer a sua profissão nos mais variados hospitais (84,2%), centros de saúde (9,5%) ou outras

Quadro 2. Efeito moderador da duração da dor nos enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor dos(as) estudantes de Enfermagem

	M (DP)				F	η^2
	Dor aguda		Dor crónica			
	Homem	Mulher	Homem	Mulher		
Grau de interferência	4,81 [§] (0,74)	4,53 [§] (0,80)	5,14 (0,78)	5,25 (0,84)	3,56	–
Severidade/urgência da situação clínica	4,48 [†] (0,52)	3,9 [†] (0,63)	4,41 (0,66)	4,54 (0,52)	23,5 [†]	0,13
Credibilidade da dor	4,97 [†] (0,80)	4,49 [†] (0,78)	4,99 (0,78)	5,19 (0,84)	12,1 [†]	0,07

*p ≤ 0,05
†p ≤ 0,001
Médias em linha com símbolos iguais são significativamente diferentes para:
‡p ≤ 0,001
§p ≤ 0,05

unidades de prestação de cuidados de saúde da região da Grande Lisboa. No que diz respeito à sua experiência profissional, no momento do estudo existiam enfermeiros(as) a exercer a profissão desde há um até 31 anos ($M = 10,01$, $DP = 6,27$), em diversos serviços e especialidades (e.g., cirurgias, medicinas, ortopedia, obstetrícia, urgências, oncologia).

Planos experimentais

Ambos os estudos consistiram em planos quase-experimentais intersujeitos do tipo 2 (sexo do[a] paciente) x 2 (duração da dor) x 2 (reações de estoicismo face à dor) x 2 (sexo do[a] participante).

Variáveis independentes

As três primeiras variáveis dos planos experimentais acima descritos foram manipuladas através da apresentação de cenários escritos descrevendo um(a) paciente que recorria a um serviço de urgências hospitalar com uma dor lombar. O quadro 1 resume as formas de operacionalização de cada uma das variáveis independentes através dos conteúdos dos cenários.

Após a leitura de um dos cenários, era pedido ao(à) participante que recordasse um conjunto de informações sobre o(a) paciente e a sua dor (e.g, idade, sexo, duração da dor, estado emocional). Os(as) participantes que não recordaram correctamente a informação que constava no cenário clínico (< 15%) foram excluídos(as) das respectivas amostras.

Variáveis dependentes

Após a leitura de um dos cenários, os(as) participantes deveriam julgar a dor do(a) paciente em várias dimensões, cujos itens foram adaptados

de diversos estudos sobre julgamentos de dor^{12,13,17,22}:

- Grau de interferência da dor na vida do(a) paciente (n = 4 itens; e.g., «Em que medida crê que esta dor interfere na vida familiar deste[a] paciente?»).
- Credibilidade da dor (n = 2/3 itens, e.g., «Em que medida crê que a dor deste[a] paciente é credível?»).
- Severidade e urgência da situação clínica (n = 3/4 itens, e.g., «Como avalia a gravidade da situação clínica apresentada?»).
- Atribuições psicológicas (n = 3 itens; e.g., «Em que medida acha que a dor do[a] paciente é determinada por factores psicológicos?»).
- Intenção de oferecer apoio (n = 4; e.g., «Em que medida estaria disposto a ajudar este[a] paciente se necessitasse de se deslocar?»).

De uma forma geral, em ambos os estudos, os indicadores utilizados apresentaram bons índices de consistência interna ($\alpha > 0,70$).

Resultados principais e sua discussão

À semelhança de estudos anteriores^{1,14,26}, a primeira hipótese foi confirmada, já que na presença de efeitos significativos do sexo do(a) paciente, se verificaram enviesamentos em detrimento da mulher. Por exemplo, os(as) estudantes de Enfermagem julgaram a dor da mulher ($M = 4,84$, $DP = 0,86$) como menos credível que a do homem ($M = 4,98$, $DP = 0,79$), $F(1,156) = 4,52$, $p = 0,04$, $\eta^2 = 0,03$, e a sua situação clínica ($M = 4,23$, $DP = 0,67$) como menos grave/urgente que a deste último ($M = 4,46$, $DP = 0,60$), $F(1,156) = 9,75$, $p = 0,002$, $\eta^2 = 0,06$.

Contudo, estes resultados devem ser lidos com parcimónia já que, tal como esperado (hipótese 2), os efeitos moderadores das variáveis relativas aos contextos foram mais salientes,

Quadro 3. Efeito moderador das reacções de estoicismo nos enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor de enfermeiros(as)

	M (DP)								F	η^2
	Enfermeiras				Enfermeiros					
	Estóico(a)		Não-estóico(a)		Estóico(a)		Não-estóico(a)			
	H	M	H	M	H	M	H	M		
Credibilidade	4,99 (1,01)	5,10 (0,76)	4,92 (0,87)	4,67 (0,70)	5,26 [†] (0,89)	4,71 [†] (0,88)	4,80 (0,97)	4,94 (0,96)	4,17*	0,02
Intenções de oferecer apoio	5,43 (0,99)	5,46 (0,91)	5,52 (0,91)	5,43 (0,81)	5,29 [†] (0,87)	4,76 [†] (0,98)	5,22 (0,96)	5,50 (0,94)	2,91 [†]	–

* $p \leq 0,05$
[†] $p = 0,08$. H = homem. M = mulher. Médias em linha com símbolos iguais são significativamente diferentes para:
[†] $p \leq 0,05$

confirmando a tese da contextualidade dos enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor. Por exemplo, no que diz respeito aos efeitos da duração da dor, no quadro 2 pode-se constatar que, entre os(as) estudantes de Enfermagem, apenas em cenários de dor aguda é que a dor da mulher foi percebida como menos credível e a sua situação clínica como menos severa/urgente que a do homem. Neste sentido, a hipótese 2.1 foi confirmada, sugerindo, tal como por nós previamente argumentado^{10,11}, que um contexto de dor crónica, ao tornar as imagens de homens e mulheres mais semelhantes entre si, parece atenuar a presença de enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor.

Já no que diz respeito ao efeito moderador das reacções de estoicismo, no quadro 3 verifica-se que os enfermeiros do sexo masculino perceberam a dor da mulher como menos credível, mostrando menor intenção de lhe oferecer ajuda, mas apenas na presença de reacções de estoicismo. Um padrão semelhante, embora apenas liminarmente significativo, se constata entre os(as) estudantes de Enfermagem (Quadro 4); é na presença de reacções de estoicismo que a dor da mulher é julgada como menos credível e a sua situação clínica

como menos severa/urgente que a do homem. Assim, apesar de se ter confirmado o efeito moderador das reacções de estoicismo (hipótese 2.2) a sua direcção foi contrária à esperada; os enviesamentos de sexo em detrimento da mulher, neste contexto em particular, parecem surgir perante a total ausência de reacções mais histriónicas face à dor. Estes resultados parecem sugerir a presença de uma espécie de efeito de incongruência face às expectativas; sabendo-se ser prevalente a expectativa de a mulher, em contextos públicos, mostrar sinais de *distress* associados à sua experiência de dor¹¹, a total ausência de tais sinais pode levar profissionais de saúde a pôr em causa a própria existência de dor.

Finalmente, quanto aos efeitos moderadores do sexo do(a) observador(a), tal como esperado (hipótese 2.3) e à semelhança de outros estudos^{17,29,30}, verifica-se que a presença de enviesamentos de sexo em detrimento da mulher são mais prováveis quando o observador é do sexo masculino. De facto, no quadro 3 pode-se constatar que a presença de tais enviesamentos apenas surge entre os enfermeiros do sexo masculino. O mesmo se pode constatar entre os(as) estudantes de Enfermagem, onde os do sexo

Quadro 4. Efeito moderador das reacções de estoicismo nos enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor dos(as) estudantes de Enfermagem

	M (DP)				F
	Estóico(a)		Não-estóico(a)		
	Homem	Mulher	Homem	Mulher	
Credibilidade da dor	5,11 [†] (0,85)	4,76 [†] (0,96)	4,83 (0,91)	4,91 (0,70)	3,44*
Severidade/urgência da situação clínica	4,54 [†] (0,59)	4,11 [†] (0,66)	4,44 (0,57)	4,37 (0,64)	3,43*

* $p = 0,06$. Médias em linha com símbolos iguais são significativamente diferentes para:
[†] $p \leq 0,005$.

masculino parecem julgar a dor da mulher como menos credível que a do homem ($M = 4,85$, $DP = 0,75$ vs $M = 5,33$, $DP = 0,72$, respectivamente), $F(1,156) = 7,47$, $p = 0,007$, enviesamento que já não se mostra significativo entre as estudantes do sexo feminino.

Conclusões e implicações

De uma forma geral, os presentes resultados vêm suportar a hipótese geral da contextualidade dos enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor de estudantes e profissionais da Enfermagem. Algumas implicações teóricas e práticas decorrem destas evidências.

Dum ponto de vista teórico, estes resultados vêm colocar a tónica num paradigma de investigação centrado na influência dos factores contextuais na presença deste fenómeno, por oposição ao paradigma dominante que tem procurado uma resposta universal à questão da existência de enviesamentos de sexo nos julgamentos de dor. Na lógica de um paradigma contextualista importa, portanto, identificar as condições que suprimem ou intensificam a probabilidade de ocorrência deste preocupante fenómeno entre profissionais de saúde.

De um ponto de vista prático, a identificação de tais circunstâncias poderá constituir um primeiro passo para a predição e prevenção deste fenómeno. À semelhança do trabalho de intervenção desenvolvido por outros(as) autores(as)²⁰, o desenvolvimento de acções de formação dirigidas a profissionais de saúde que lhes permitam ter consciência do papel dos seus esquemas de género na leitura de situações de dor e das circunstâncias contextuais activadoras dos mesmos poderá ser de grande utilidade para obviar um fenómeno que tem o potencial de pôr em causa a equidade no acesso aos serviços de saúde e tratamento da dor entre homens e mulheres.

Bibliografia

1. Ayanian JZ, Epstein AM. Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. *New England Journal of Medicine*. 1991;325:221-5.
2. Bell PD, Hudson S. Equity in the diagnosis of chest pain: Race and gender. *American Journal of Health Behaviour*. 2001;25:60-71.
3. Bem SL. Gender schema theory: A cognitive account of sex-typing. *Psychological Review*. 1981;88:354-64.
4. Bendelow G. Pain and Gender. Harlow, Essex: Prentice Hall/Pearson Education; 2000.
5. Bergelson BA, Tommaso CL. Gender differences in clinical evaluation and triage in coronary heart disease. *Chest*. 1995;108:1510-3.
6. Berkley KJ. Sex differences in pain. *Behavioral and Brain Sciences*. 1997;20:371-80.
7. Bernardes SF. Sobre a Contextualidade dos Enviesamentos de Sexo nos Julgamentos de Dor. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. No prelo.

8. Bernardes SF, Jácome F, Lima ML. Questionário de expectativas de papel de género face à dor: Estudo psicométrico e de adaptação do GREP para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica*. 2008;26(1):121-33.
9. Bernardes SF, Keogh E, Lima ML. Bridging the gap between pain and gender research: A selective literature review. *European Journal of Pain*. 2008;12:427-40.
10. Bernardes SF, Lima ML. Being less of a man or less of a woman: Perceptions of chronic pain patients' gender identities. *European Journal of Pain*. 2010;14:194-9.
11. Bernardes SF, Lima ML, Paulino P. Do estoicismo face à dor: Uma teoria enraizada sobre as expectativas de papel de género de leigo/as e enfermeiro/as. Em: Azambuja M, Nogueira C, orgs. *Género e Saúde*. Rio Grande do Sul, Brasil: Editora da Universidade PUCRS. No prelo.
12. Birdwell BG, Herbers JE, Kroenke K. Evaluating chest pain: The patient's presentation style alters the physician's diagnostic approach. *Archives of Internal Medicine*. 1993;153:1991-5.
13. Chiamonte GR, Friend R. Medical students' and residents' gender bias in the diagnosis, treatment, and interpretation of coronary heart disease symptoms. *Health Psychology*. 2006;25:255-66.
14. Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *The New England Journal of Medicine*. 1994;330:592-6.
15. Deaux K, LaFrance M. Gender. Em: Gilbert D, Fiske S, Lindzey G, eds. *The Handbook of Social Psychology*. 4.^a ed. Nova Iorque: McGraw Hill; 1998.
16. Deaux K, Major B. Putting gender into context: An interactive model of gender-related behavior. *Psychological Review*. 1987;94:369-89.
17. Hamberg K, Risberg G, Johanson EE, Westman G. Gender bias in physicians' management of neck pain: A study of the answers in a Swedish national examination. *Journal of Women's Health & Gender-based Medicine*. 2002;11:653-66.
18. Hobara M. Beliefs about appropriate pain behaviour: Cross-cultural and sex differences between Japanese and Euro-Americans. *European Journal of Pain*. 2005;9:389-93.
19. Hoffman D, Tarzian A. The girl who cried pain: A bias against women in the treatment of pain. *Journal of Law, Medicine and Ethics*. 2001;29:13-27.
20. Johnson JL, Greaves L, Repta R. Better science with sex and gender: Facilitating the use of a sex and gender-based analysis in health research. *International Journal of Equity in Health*. 2009;8:14.
21. LeResche L. Epidemiologic perspectives on sex differences in pain. Em: Fillingim RB, ed. *Sex, Gender and Pain*. Seattle: IASP Press; 2000. p. 233-49.
22. Martin R, Lemos K. From heart attacks to melanoma: Do common sense models of somatisation influence symptom interpretation for female victims? *Health Psychology*. 2002;21:25-32.
23. Nayak S, Shiflett S, Eshun S, Levine F. Culture and gender effects in pain beliefs and the prediction of pain tolerance. *Cross-cultural Research*. 2000;34:135-51.
24. Robinson ME, Wise EA, Riley III JL, Atchison JW. Sex differences in clinical pain: A multi-sample study. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 1998;5:413-23.
25. Safdar B, Choiniere M, Crandall C, et al. Impact of patient gender on pain management practices in the emergency department: A multi-center study. *Annals of Emergency Medicine*. 2006;48:s121.
26. Schulman KA, Berlin JA, Harless W, et al. The effect of race and sex on physicians' recommendations for cardiac catheterization. *New England Journal of Medicine*. 1999;340:618-26.
27. Signorella M. Multidimensionality of gender schemas: Implications for the development of gender-related characteristics. Em: Swann WB, Langlois JH, Gilbert LA, eds. *Sexism and Stereotypes in Modern Society: The Gender Science of Janet Taylor Spence*. Washington, DC: American Psychological Association; 1999. p. 107-26.
28. Turk DC, Okifuji A. Does sex make a difference in the prescription of treatments and the adaptation to chronic pain by cancer and non-cancer patients? *Pain*. 1999;82:139-48.
29. Weisse CS, Sorum PC, Dominguez RE. The influence of gender and race on physicians' pain management decisions. *The Journal of Pain*. 2003;4:505-10.
30. Weisse CS, Sorum PC, Sanders KN, Syat BL. Do gender and race affect decisions about pain management? *Journal of General Internal Medicine*. 2001;16:211-7.