



• FICHA TÉCNICA No. 6

Fatores de risco comportamentais e intervenções, incluindo hipnose, para Dor Pós-Operatória Aguda e Crônica

Observadores médicos há muito tempo apontam que quanto maior a expectativa do paciente para alívio da dor aguda de uma doença ou procedimento, mais provável dela acontecer [3]. Enquanto o campo médico do tratamento da dor aguda começa a se diferenciar do cuidado geral perioperatório, até os estudos iniciais enfatizam a importância de fatores de comportamento no controle da dor aguda. Isto continua até o presente momento [15].

- Estudos controlados de mais de cinco décadas atrás mostraram que pacientes que participaram mais nas atividades da comunidade ou sentiram uma conexão pessoal positiva com a equipe cuidadora foram os que mais tiveram possibilidade de aproveitar respostas positivas ao placebo depois da cirurgia [10]
- Aproximadamente há 50 anos, estudos controlados sobre a preparação pré-operatória de pacientes com informações detalhadas sobre suas cirurgias e procedimentos relacionados a que estavam sujeitos, incluindo a expectativa de intensidade e duração da dor, reduziram a necessidade de analgesia com morfina [4].

Este quadro emergiu de um espectro de preparação de pacientes e atribuiu a influência da experiência de Dor Pós-Operatória aguda.

- De um lado estavam pacientes ansiosos: pouco informados, com pouco suporte social, pouca confiança nas pessoas ou no sistema que o assistia, catastrofizando sobre a dor, sentindo pouco ou nenhum controle sobre a cirurgia e sua recuperação, e sem comprometimento em retornar a atividade laboral prévia. Nos últimos anos, uso de opióides em altas doses e por tempo prolongado tem adicionado a esta lista um número aumentado de pacientes que se apresentam para a cirurgia com tal exposição.



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

IASP une cientistas, médicos, profissionais da saúde e pessoas responsáveis por políticas para estimular e ajudar o estudo sobre a dor e traduzir este conhecimento com o objetivo de aliviar a dor pelo mundo.

- Do outro lado existem pacientes que confiam nos seus familiares e equipe de saúde, esperam bom desfecho da cirurgia, sentem-se em controle (incluindo serem capazes de relaxar quando desejam), desviam a atenção da dor e são motivados a retomar a atividade laboral.

Em algum grau, estes atributos são características, mas também são estados de pacientes que conseguem aprender a alcançar um objetivo. Por décadas, diversos estudos mostraram que as modalidades comportamentais são efetivas na diminuição da Dor Pós-Operatória aguda e outros sintomas como a ansiedade [6,12,20].

Somando-se a educação do paciente, estas modalidades incluem:

- Roteiros padrões para uso durante procedimentos que preparam os pacientes para redirecionar o estímulo sensitivo em emocionalmente neutro ao invés de termos ameaçadores (exemplos: “aquecimento” ou “desconforto” ao invés de “picada de agulha”).
- Sugestão hipnótica ou treino de auto-sugestão antes do procedimento cirúrgico.
- Técnicas cognitivo-comportamentais como Imagem Guiada.
- Modificação da atenção incluindo distração, realidade virtual e música.
- Relaxamento, incluindo *biofeedback* e exercícios de controle respiratório.

Dor Crônica Pós-Operatória Crônica (DCPO)

DCPO afeta 10ª 20% dos pacientes. Estimativas da incidência e prevalência variam de acordo com os métodos utilizados para identifica-la, a natureza da cirurgia e a população observada. Esta transição de aguda para crônica na Dor Pós-Operatória é complexa e reflete fatores bio-psico-sociais [5]. Vias sensitivas transmitem informações de um tecido danificado para o sistema nervoso central, onde fatores psicológicos modulam a experiência de dor e respostas individualizadas.

Fatores psicológicos que predizem a DCPO incluem:

- Depressão prévia a cirurgia [11]
- Ansiedade prévia a cirurgia [17]
- Catastrofização da dor prévia a cirurgia [16,17]
- Sintomas de estresse pós-traumático prévios a cirurgia [8]
- Medo de cirurgia
- Cinesiofobia precoce após a cirurgia [2,14]

Estes fatores podem coexistir e serem sinérgicos para maiores efeitos. Pouca idade e sexo feminino podem aumentar estes impactos. Os fatores podem variar conforme o tipo de cirurgia. Fatores sociais podem mediar ou moderar influências psicológicas.



International Association for the Study of Pain

IASP

Working together for pain relief © Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

IASP une cientistas, médicos, profissionais da saúde e pessoas responsáveis por políticas para estimular e ajudar o estudo sobre a dor e traduzir este conhecimento com o objetivo de aliviar a dor pelo mundo.

Tratamentos baseados em evidência para prevenir DCPO

Até o presente, há poucos estudos bem desenhados, prospectivos randomizados e controlados de tratamentos psicológicos que especificamente tratam dos fatores de risco pré-operatórios visando prevenção e redução de DCPO. No entanto, fisioterapia baseada em técnica cognitivo-comportamental, em 6 semanas, parece ser promissora como um tratamento integrado [1], e existe cada vez mais evidência de intervenções tipo “corpo-mente” [19] e hipnose [7] aliviando a dor, diminuindo a incapacidade e melhorando o humor em traumas agudos e na Dor Pós-Operatória, respectivamente. Tratamentos objetivos, escalonáveis, e de amplo alcance são necessários para suprir as necessidades de centenas de milhões de indivíduos através do mundo que passam por cirurgias a cada ano.

REFERÊNCIAS

1. Archer KR, Devin CJ, Vanston SW, Koyama T, Phillips SE, George SZ, McGirt MJ, Spengler DM, Aaronson OS, Cheng JS, Wegener ST. Cognitive-behavioral-based physical therapy for patients with chronic pain undergoing lumbar spine surgery: a randomized controlled trial. *J Pain* 2016;17:76–89.
2. Archer KR, Seebach CL, Mathis SL, Riley LH, 3rd, Wegener ST. Early postoperative fear of movement predicts pain, disability, and physical health six months after spinal surgery for degenerative conditions. *Spine J* 2014;14:759–67.
3. Benedetti F. *The patient’s brain*. Oxford: Oxford University Press; 2011.
4. Egbert LD, Battit GE, Welch CE, Bartlett MK. Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients. A study of doctor-patient rapport. *N Engl J Med* 1964;270:825–7.
5. Katz J, Seltzer Z. Transition from acute to chronic postsurgical pain: risk factors and protective factors. *Expert Rev Neurother* 2009;9:723–44.
6. Kay E. Hypnosis and the relaxation response. In: Ferrante FM, VadeBoncoeur TR, editors. *Postoperative pain management*. New York: Churchill Livingstone; 1993. p. 477–84.
7. Kendrick C, Sliwinski J, Yu Y, Johnson A, Fisher W, Kekecs Z, Elkins G. Hypnosis for acute procedural pain: a critical review. *Int J Clin Exp Hypn* 2016;64:75–115.
8. Kleiman V, Clarke H, Katz J. Sensitivity to pain traumatization: a higher-order factor underlying pain-related anxiety, pain catastrophizing and anxiety sensitivity among patients scheduled for major surgery. *Pain Res Manag* 2011;16:169–77.
9. Lang EV, Benotsch EG, Fick LJ, Lutgendorf S, Berbaum ML, Berbaum KS, Logan H, Spiegel D. Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. *Lancet* 2000;355:1486–90.
10. Lasagna L, Mosteller F, von Felsinger JM, Beecher HK. A study of the placebo response. *Am J Med* 1954;16:770–9.
11. Lewis GN, Rice DA, McNair PJ, Kluger M. Predictors of persistent pain after total knee arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. *Br J Anaesth* 2015;114:551–61.
12. Peck CL. Psychological factors in acute pain management. In: Cousins MJ, Phillips GD, editors. *Acute pain management*. New York: Churchill Livingstone; 1986. p. 251–74.



International Association for the Study of Pain

IASP

Working together for pain relief

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

IASP une cientistas, médicos, profissionais da saúde e pessoas responsáveis por políticas para estimular e ajudar o estudo sobre a dor e traduzir este conhecimento com o objetivo de aliviar a dor pelo mundo.

13. Peters ML, Sommer M, de Rijke JM, Kessels F, Heineman E, Patijn J, Marcus MA, Vlaeyen JW, van Kleef M. Somatic and psychologic predictors of long-term unfavorable outcome after surgical intervention. *Ann Surg* 2007;245:487–94.
14. Roelofs J, van Breukelen G, Sluiter J, Frings-Dresen MH, Goossens M, Thibault P, Boersma K, Vlaeyen JW. Norming of the Tampa Scale for Kinesiophobia across pain diagnoses and various countries. *Pain* 2011;152:1090–5.
15. Schug SA, Palmer GM, Scott DA, Halliwell R, Trinca J; APM:SE Working Group of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine. *Acute pain management: scientific evidence*, 4th ed. Melbourne: ANZCA & FPM; 2015.
16. Sullivan M. The Pain Catastrophizing Scale user manual. Available at: http://sullivan-painresearch.mcgill.ca/pdf/pcs/PCSMannual_English.pdf. 2009.
17. Theunissen M, Peters ML, Bruce J, Gramke HF, Marcus MA. Preoperative anxiety and catastrophizing: a systematic review and meta-analysis of the association with chronic postsurgical pain. *Clin J Pain* 2012;28:819–41.
18. Theunissen M, Peters ML, Schouten EG, Fiddlers AA, Willemsen MG, Pinto PR, Gramke HF, Marcus MA. Validation of the surgical fear questionnaire in adult patients waiting for elective surgery. *PLoS One* 2014;9:e100225.
19. Vranceanu AM, Hageman M, Strooker J, ter Meulen D, Vrahas M, Ring D. A preliminary RCT of a mind body skills based intervention addressing mood and coping strategies in patients with acute orthopaedic trauma. *Injury* 2015;46:552–7.
20. Williams DA. Acute pain (with special emphasis on painful medical procedures). In: Gatchel RJ, Turk DC, editors. *Psychosocial factors in pain: critical perspectives*. New York: Guilford Press; 1999. p. 151–63.

AUTORES

Beth Darnall, PhD
Professor Clínico Associado
Faculdade de Medicina da Universidade de Stanford
Departamento of Anestesiologia, Medicina Perioperatória e Dor
Palo Alto, Califórnia, EUA

Robert I. Cohen, MD
Consultor de Medicina de Dor
Newton Center, Massachussets, EUA



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

IASP une cientistas, médicos, profissionais da saúde e pessoas responsáveis por políticas para estimular e ajudar o estudo sobre a dor e traduzir este conhecimento com o objetivo de aliviar a dor pelo mundo.

REVISORES

Daniel B. Carr, MD, DABPM, FFPMANZCA (Hon)
Professor de Saúde Pública e Medicina Comunitária
Professor de Anestesiologia e Medicina
Founding Director, Programa de Pesquisa em Dor, Educação e Políticas - Tufts
Boston, Massachusetts, EUA

Martin D. Cheatle, PhD
Professor Associado e Diretor, Programa de Dor e Dependência Química
Departamento de Psiquiatria
Faculdade de Medicina Perelman
Universidade da Pensilvania
Filadélfia, Pensilvania, EUA

TRADUTOR

Renato Silva Martins, MD
Médico fisiatra assistente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP)
Instituto de Medicina Física e Reabilitação (IMREA) / Rede Lucy Montoro
São Paulo, São Paulo, Brasil

Sobre a International Association for the Study of Pain®

IASP é um fórum profissional líder para ciência, práticas e educação no campo da dor. [A adesão é aberta para todos os profissionais](#) envolvidos em pesquisa, diagnóstico, ou tratamento da dor. A IASP tem mais de 7.000 membros em 133 países, 90 capítulos nacionais, e 20 Grupos de Interesse Especial.

Como parte do Ano Mundial de Combate a Dor Pós-Operatória, a IASP oferece uma série de Fichas Técnicas que cobrem tópicos específicos relacionados com Dor Pós-Operatória. Estes documentos foram traduzidos em diversos idiomas e estão disponíveis para *download* gratuito. Visite www.iasp-pain.org/globalyear para mais informações.



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

IASP une cientistas, médicos, profissionais da saúde e pessoas responsáveis por políticas para estimular e ajudar o estudo sobre a dor e traduzir este conhecimento com o objetivo de aliviar a dor pelo mundo.