



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

NA CONSULTA DA DOR DO

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SANTO ANTÓNIO

INTERNSHIP REPORT AT

PAIN CONSULTATION SERVICE

AT CENTRO

HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SANTO ANTÓNIO

Rúben Miguel Almeida Rocha

Orientadora: Maria Cristina Pinto Coelho Mendonça de Figueiredo Pollmann

PORTO 2024

Resumo

O presente documento relata o estágio realizado na Consulta da Dor, sediada no CHUSA (Centro Hospitalar e Universitário de Santo António), sob a supervisão do Doutor José Romão, no âmbito da avaliação, diagnóstico e tratamento de pacientes com dor crónica.

Ao longo deste estágio, participei como observador nas consultas onde pude apreciar de perto o modelo clínico de abordagem multidisciplinar da dor. Esta dinâmica implicou a interação de médicos, psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas e outros profissionais de saúde, todos empenhados em fornecer um cuidado personalizado aos pacientes.

Adicionalmente, tive a oportunidade de adquirir e/ou aprofundar conhecimentos sobre diferentes métodos de avaliação da dor, incluindo escalas de dor, questionários de triagem e exames físicos específicos. Nesta vertente prática, obtive um entendimento mais aprofundado sobre a fisiopatologia da dor e as abordagens terapêuticas disponíveis.

Uma parte significativa do tempo das consultas e consequentemente do estágio, foi dedicada ao diagnóstico diferencial da dor, o que me possibilitou uma visão alargada da etiologia da dor, em diversos contextos clínicos.

No que diz respeito ao tratamento da dor, familiarizei-me com uma vasta gama de opções terapêuticas, incluindo intervenções não farmacológicas, como fisioterapia, terapia ocupacional e técnicas de relaxamento, bem como intervenções farmacológicas, como analgésicos, anti-inflamatórios e antidepressivos.

Por último, este estágio proporcionou-me uma compreensão mais profunda dos desafios inerentes à gestão da dor e da importância de uma abordagem holística e colaborativa na prestação de cuidados aos pacientes. O estágio contribuiu para o aperfeiçoamento da minha prática clínica e um incentivo de formação contínua também na área da saúde relacionada com a dor.

Agradecimentos

Um obrigado:

Ao Doutor José Romão, por me acolher tão bem numa equipa profissional, amigável, prestável e, acima de tudo, um obrigado por tornar possível esta experiência tão distinta aos médicos dentistas.

Aos professores que me acompanharam e ajudaram ao longo destes 5 longos (e por outro lado curtos) anos.

À professora Cristina Pollman: pela paciência, atenção e simpatia que me ofereceu. Não podia ter escolhido melhor orientadora.

Aos amigos de sempre: Catarina, David, Inês, “Luíses”, Maria, Mafalda, Mónica, Raísa, que me acompanharam durante o meu percurso e que o tornaram naquilo que hoje é.

Aos Osório, por serem a minha segunda família e uma inspiração para a minha carreira.

À PRAXE, por me ensinar disciplina, respeito e audácia.

À TUNA, por me ensinar tudo o referido em cima, com um extra de amizade e “topping” de música e animação.

À minha Pinguim, que me colocou no caminho certo e me confortou quando mais precisava.

Aos meus irmãos, por tornarem o meu curso um bocadinho mais relaxado.

Aos meus pais- Ana Maria Soares Almeida Rocha e Albino Sousa Rocha, por me proporcionarem a oportunidade de estudar e aproveitar a tão bela vida académica. Sem vocês não seria nada, obrigado.

Lista de abreviaturas

CHUSA- Centro Hospitalar e Universitário de Santo António

AINEs- Anti-inflamatórios não esteróides

CID-11- Classificação Internacional de Doenças 11^a Revisão

SNC- Sistema nervoso central

SNP- Sistema nervoso periférico

ATC- Antidepressivos tricíclicos

IRSNS- Inibidores seletivos de recaptção de Serotonina e Noradrenalina

TCC- Terapia cognitivo-comportamental

TENS- “Transcutaneous electrical nerve stimulation”

CBCT- Tomografia de feixe cónico

RM- Ressonância magnética

ATM- Articulação temporomandibular

DTM– disfunção temporomandibular

TRPV1- Recetor vanilóide tipo 1

Índice

RESUMO.....	III
AGRADECIMENTOS.....	IV
LISTA DE ABREVIATURAS.....	V
ÍNDICE	VI
INTRODUÇÃO.....	1
DISCUSSÃO	10
DOR NEUROPÁTICA	10
DOR MÚSCULO-ESQUELÉTICA SECUNDÁRIA.....	16
DOR ONCOLÓGICA	24
DOR PÓS-CIRÚRGICA	26
DOR FANTASMA.....	31
BIBLIOGRAFIA	33

Introdução

A dor, enquanto experiência sensorial e emocional complexa, constitui uma das principais razões para a procura de cuidados de saúde, afetando significativamente a qualidade de vida dos pacientes. A gestão eficaz da dor representa um desafio multidimensional que requer abordagens sofisticadas e personalizadas. Neste contexto, a Consulta da Dor emerge como um serviço especializado, fundamental para o diagnóstico e tratamento adequado de condições dolorosas, sejam elas agudas ou crónicas.

A consulta de dor, enquanto ato médico, é conduzido por um médico especialista, geralmente um médico anestesista ou um médico fisiatra (medicina física e reabilitação), que se dedica à avaliação e tratamento de pacientes com dor intensa ou persistente. Na grande maioria dos casos, os doentes vêm referidos por outro clínico ou profissional de saúde pelo que nesta consulta, o médico realiza um exame físico e psicológico dirigido para avaliar a causa e a natureza da dor e solicita elementos complementares de diagnóstico relevantes, frequentemente exames radiológicos ou ressonâncias magnéticas. Com base no diagnóstico é criado um plano de tratamento personalizado que pode incluir diversas abordagens, como fármacos, fisioterapia, intervenções minimamente invasivas, entre outros, com o objetivo de tratar ou controlar adequadamente a dor do paciente.

O presente relatório descreve o estágio realizado no Centro Hospitalar e Universitário de Santo António (CHUSA), sob a supervisão do Doutor José Romão. Este centro hospitalar é amplamente reconhecido pela sua excelência na prestação de cuidados de saúde e pelo seu compromisso com a formação e investigação médica. A Consulta da Dor é caracterizada por uma abordagem interdisciplinar, integrando uma equipa de profissionais altamente qualificados, incluindo médicos especializados em dor, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e outros especialistas dedicados ao tratamento abrangente da dor.

Os pacientes atendidos são sobretudo aqueles que sofrem de dor crónica, uma condição que persiste por mais de três meses e que pode resultar de diversas etiologias, como neuropatias, doenças músculo-esqueléticas, síndromes pós-cirúrgicas, entre outras. A Consulta da Dor no CHUSA lida sobretudo com casos complexos, onde a dor não é apenas um sintoma isolado, mas uma condição que impacta profundamente o bem-estar físico, emocional e social dos pacientes. Estes casos envolvem frequentemente uma avaliação detalhada e multifacetada para identificar todas as fontes possíveis de dor e para desenvolver um plano de tratamento holístico e individualizado.

O estágio proporcionou uma visão abrangente sobre a importância da avaliação multidisciplinar da dor. Cada paciente é considerado de forma individualizada, começando por uma história clínica completa e um exame físico minucioso. São utilizadas ferramentas de avaliação específicas para quantificar a intensidade, frequência e impacto da dor na vida do paciente, tais como escalas de dor e questionários. Este processo detalhado é crucial para a elaboração de um plano terapêutico eficaz e adaptado às necessidades de cada indivíduo.

O tratamento farmacológico é ajustado de acordo com a natureza e gravidade da dor, podendo incluir analgésicos não opióides, opióides, anticonvulsivos, antidepressivos tricíclicos, anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e adjuvantes. Para se alcançar um alívio adequado da dor, é frequentemente necessária a combinação de diferentes classes de medicamentos.

Um dos aspetos mais valiosos da consulta da dor baseia-se na educação do paciente. Estes são informados sobre a natureza da sua dor, opções de tratamento disponíveis e as expectativas realistas para a sua patologia. Este processo educativo é fundamental para promover o envolvimento ativo do paciente no seu próprio tratamento, o que é essencial para o sucesso a longo prazo.

A consulta da dor também se destaca pela utilização de técnicas interventivas quando necessário. Procedimentos como bloqueios nervosos, infiltrações articulares, estimulação elétrica e outras intervenções minimamente invasivas fazem parte das técnicas interventivas usadas para os casos de dor refratária aos tratamentos mais convencionais. Estas intervenções são procedimentos altamente especializados que exigem grande precisão e cuidado, mas que proporcionam alívio significativo e melhoria considerável na qualidade de vida dos pacientes.

Na Classificação Internacional de Doenças 11^a Revisão (CID-11), a dor é classificada de forma sistematizada para facilitar o diagnóstico e orientar o tratamento adequado. A CID-11 introduz uma nova abordagem para a classificação da dor, dividindo-a em duas categorias principais: dor primária e dor secundária (1). Esta distinção é decisiva na compreensão da etiologia da dor e formulação de estratégias de tratamento eficazes.

A dor crónica primária é caracterizada por ser a condição clínica principal em si, sem estar diretamente associada a outra patologia ou sequela subjacente identificável. Esta forma de dor persiste por mais de três meses e está associada a sofrimento emocional significativo e/ou incapacidade funcional (1). A dor primária, por não poder ser atribuída a uma patologia específica identificável, torna-se uma condição complexa de gerir.

Em contraste, a dor secundária é um sintoma de uma condição patológica subjacente conhecida ou diagnosticada (1). Esta forma de dor pode, frequentemente, ser aliviada ou controlada através do tratamento da condição primária subjacente. Por ser imputável a uma patologia identificada, a sua abordagem e o seu tratamento são mais orientados.

De uma forma geral, podemos considerar os seguintes tipos de dor, de acordo com a sua etiologia.

A dor neuropática resulta de lesões ou disfunções no sistema nervoso, abrangendo tanto o sistema nervoso central (SNC) como o sistema nervoso periférico (SNP). Caracteriza-se por uma perceção anormal da dor, frequentemente descrita como ardor, formigueiro, hiperalgesia (sensibilidade aumentada à dor) e alodínia (dor provocada por estímulos normalmente não dolorosos). Esta condição pode surgir de diversas etiologias, como neuropatia diabética, neuralgia pós-herpética, esclerose múltipla, acidente vascular cerebral e lesões medulares (2, 3). Os mecanismos subjacentes incluem alterações na excitabilidade neuronal, plasticidade sináptica e disfunção das vias de sinalização nociceptiva. Estas alterações podem ser induzidas por lesões que promovem a libertação de mediadores inflamatórios, a ativação anormal de recetores de dor (nociceptores) e a desinibição de vias inibitórias, resultando numa amplificação da dor (2). O diagnóstico é realizado através de uma combinação de avaliação clínica, história do paciente, exames neurológicos e testes quantitativos de

sensibilidade da zona em questão (2). A nível farmacológico são, sobretudo, utilizados anticonvulsivos (como a Gabapentina e Pregabalina), eficazes na redução da excitabilidade neuronal anormal, antidepressivos tricíclicos (ATC) e inibidores seletivos de recaptação de Serotonina e Noradrenalina (IRSNs) como a Duloxetina (2)

A dor músculo-esquelética secundária envolve os músculos, ossos, ligamentos, tendões e nervos, sendo frequentemente resultado de lesões traumáticas, doenças inflamatórias ou degenerativas e fatores ocupacionais (4, 5). A intensidade varia de leve a intensa, comprometendo frequentemente a mobilidade e a funcionalidade do paciente. A fisiopatologia inclui edema, degeneração tecidular, sobrecarga mecânica e disfunção neuromuscular (4). A osteoartrite e a artrite reumatóide são patologias crónicas, que envolvem processos degenerativos e inflamatórios persistentes (6) e estão com frequência nos quadros clínicos de dor músculo-esquelética. O diagnóstico da dor músculo-esquelética secundária compreende também a colheita da história clínica e a realização de um exame físico rigoroso, onde se avaliam a localização, intensidade, duração e características da dor, assim como os fatores que podem agravar ou atenuar os sintomas. O tratamento desta tipologia de dor inclui habitualmente uma combinação de terapias farmacológicas e não farmacológicas. Nas primeiras, destacam-se os AINEs, como o ibuprofeno e o naproxeno, que são amplamente utilizados para reduzir a inflamação e aliviar a dor. Analgésicos como o paracetamol e os opióides podem ser prescritos, embora o uso de opióides deva ser cuidadosamente monitorizado devido ao risco de dependência. Os relaxantes musculares são utilizados para aliviar a espasticidade e a tensão muscular associadas a lesões músculo-esqueléticas e injeções de corticosteroides podem proporcionar alívio em certos casos (7, 8). No que toca ao tratamento não farmacológico, a fisioterapia desempenha um papel crucial (5, 7). São prescritos programas de reabilitação personalizados que incluem exercícios de fortalecimento e alongamento muscular e técnicas de mobilização articular que são fundamentais para restabelecer a função e reduzir a dor (5). As massagens terapêuticas e a manipulação osteopática, podem aliviar a tensão muscular (7). Algumas técnicas de relaxamento, como a terapia cognitivo-comportamental (TCC) ajudam a gerir a dor crónica e o stress associado (5). O TENS (Transcutaneous electrical nerve stimulation) serve também como um meio auxiliar para o alívio da dor dos pacientes, ainda que a sua eficácia seja pouco evidente na bibliografia, podendo utilizar-se o dispositivo em meio hospitalar ou no domicílio(7). São igualmente importantes as condições ergonómicas e

as modificações de estilo de vida. As adaptações no local de trabalho e prática regular de atividades físicas adequadas são cruciais para a prevenção e gestão da dor músculo-esquelética. Em casos graves ou refratários ao tratamento conservador podem ser necessárias intervenções cirúrgicas para aliviar a compressão nervosa ou restaurar lesões ou deformidades estruturais.

A dor oncológica é uma condição prevalente e debilitante em pacientes com cancro (ou histórico deste), que pode resultar de múltiplos fatores associados, tanto ao tumor em si como aos tratamentos utilizados para combater a doença. É originada quer pelo crescimento tumoral, que invade estruturas adjacentes, provoca compressão de nervos e leva à destruição de tecidos, quer por tratamentos oncológicos como a cirurgia, quimioterapia e radioterapia que podem contribuir para a dor através de danos a tecidos saudáveis pelos mecanismos de toxicidade associados (9). As sensações descritas pelos pacientes podem incluir ardor, choques elétricos ou pressão contínua, refletindo a diversidade dos mecanismos fisiopatológicos subjacentes (10). Esta variabilidade exige uma avaliação clínica detalhada e criteriosa para identificar a origem exata e os mecanismos da dor em cada paciente. É determinante avaliar a localização, intensidade, duração e características da dor, bem como identificar fatores que possam agravar ou atenuar os sintomas (10). A gestão da dor oncológica requer uma abordagem multidisciplinar, integrando farmacoterapia, intervenções não farmacológicas e cuidados de suporte (11). Os analgésicos são a base do tratamento farmacológico sendo introduzidos gradualmente conforme a intensidade da dor, desde o paracetamol utilizado para dores leves e como coadjuvante, até aos opióides como a morfina, oxicodona, buprenorfina e fentanil para dores mais intensas (11, 12). AINEs podem ser utilizados para reduzir a inflamação e edema em torno de tumores que comprimem estruturas nervosas, funcionando também como um coadjuvante dos analgésicos anteriormente descritos. ATCs e anticonvulsivos, também podem ser úteis em casos de depressões provocadas pelas circunstâncias da patologia ou dor neuropática associada ao cancro (9, 11). Os bloqueios nervosos e outras técnicas de intervenção anestésica também estão no arsenal terapêutico e podem ser consideradas em casos de dor refratária (11). As intervenções não farmacológicas igualmente desempenham um papel importante no controlo da dor oncológica. As técnicas de relaxamento e as TCC (11, 13) podem ajudar a reduzir a perceção da dor e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. O suporte psicológico é essencial, pois a dor, em pacientes já fragilizados pela sua condição

oncológica, pode ter um impacto ainda mais significativo na saúde mental (11, 13). A educação do doente e da família sobre a natureza da dor oncológica e as opções de tratamento disponíveis é crucial para garantir uma gestão eficaz e uma melhor adesão ao plano terapêutico. Nos casos mais avançados, os cuidados paliativos são fundamentais para proporcionar conforto e aliviar o sofrimento, garantindo que as necessidades físicas e emocionais do paciente sejam atendidas.

A dor orofacial abrange uma variedade de estados patológicos que afetam a região da face e cavidade oral. Esta pode ser causada por diversos de fatores como cáries dentárias, celulites, disfunções articulares, lesões traumáticas, nevralgias, infeções e outras situações inflamatórias (14). Clinicamente é frequentemente descrita como uma dor constante ou intermitente que pode ser acompanhada por sinais e sintomas adicionais, como edema, alodínia, e dificuldades na mastigação e fala. A descrição de dor crónica atrás referida, não se aplica da mesma forma na dor orofacial. Assim, nesta região considera-se como dor crónica orofacial quando o paciente refere dor, com uma duração de pelo menos 15 dias por mês, 4 horas diárias, num mínimo de 3 meses (14). De modo a obter um diagnóstico, é também realizada uma história clínica detalhada sobre procedimentos dentários e antecedentes de trauma e é avaliada a intensidade, duração e características da dor, bem como a identificação de fatores agravantes e atenuantes. A avaliação clínica, após observação por médicos dentistas e respetivos despistes de cárie, gengivite, periodontite, hipersensibilidade dentária, má oclusão, entre outros, deve incluir a palpação de estruturas anatómicas como a articulação temporomandibular, músculos mastigatórios e pescoço, pesquisa de adenopatias regionais, bem como testes de sensibilidade local (15). A nível imagiológico, as radiografias periapicais, ortopantomografias, a tomografia de feixe cónico (CBCT) e Ressonância Magnética (RM) (16) podem ser auxiliares de diagnóstico fundamentais no despiste de certas situações. O tratamento da dor orofacial envolve, da mesma forma que as anteriores, uma combinação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas. O primeiro pode incluir o uso de AINEs para reduzir a inflamação e aliviar a dor; analgésicos, incluindo paracetamol e, em casos severos, os opioides, podem ser prescritos para o controlo da dor; os relaxantes musculares podem ser utilizados para aliviar a tensão muscular associada a disfunções da ATM e músculos mastigatórios. Em casos de neuropatias, como a nevralgia do trigémeo, podem ser utilizados anticonvulsivos, ATC, IRSN e toxina botulínica tipo A (15, 16). Para o tratamento não

farmacológico, a fisioterapia desempenha um papel decisivo, especialmente em casos de disfunções da ATM. Os programas de reabilitação DTM – disfunção temporomandibular podem incluir exercícios de fortalecimento, técnicas de mobilização articular e métodos de relaxamento muscular (15). As massagens e manipulações podem proporcionar alívio significativo da dor e melhoria da função. Também aqui a educação do paciente é um componente essencial do tratamento, sobretudo na importância da higiene oral adequada e na manutenção de práticas preventivas para evitar a recorrência da dor orofacial crônica. Algumas modificações no estilo de vida, como a adoção de uma dieta equilibrada, e a cessação de hábitos parafuncionais e tabágico são fundamentais para a saúde geral e o bem-estar do paciente. Achei por bem à nossa área de estudo esclarecer, de forma resumida, este tipo de dor, ainda que não tenha observado qualquer caso prático durante o meu estágio.

A dor pós-cirúrgica é uma consequência de procedimentos cirúrgicos e pode variar significativamente em intensidade e duração, dependendo do tipo de intervenção cirúrgica e da resposta individual de cada paciente. É normalmente causada por inflamação associada a lesões nos tecidos adjacentes e terminações nervosas. O diagnóstico da dor pós-cirúrgica consiste na avaliação detalhada da história clínica com recurso a exame físico se necessário. Preferencialmente os profissionais de saúde devem iniciar o processo de gestão da dor ainda na avaliação pré-operatória. É essencial a identificação de fatores de risco que indiquem um percurso doloroso e difícil ou de potencial para o desenvolvimento de dor pós-operatória crônica. Entre os fatores a serem considerados estão o tipo e local da cirurgia, natureza e tipo de doenças pré-existent, dor crônica pré-existente, problemas psicológicos subjacentes e até fatores demográficos (17). Este cuidado antecipatório contribui para promover a recuperação, prevenir complicações e melhorar a qualidade de vida do paciente. Na dor pós cirúrgica o tratamento farmacológico geralmente inclui uma combinação de analgésicos e AINEs. Além dos analgésicos, podem ser utilizadas técnicas de anestesia local, como bloqueios nervosos, para proporcionar alívio da dor em áreas específicas. Estes bloqueios são particularmente úteis em cirurgias maiores e podem reduzir a necessidade de opioides no pós-operatório (18). O uso de ATC em situações de depressão e de anticonvulsivos em pacientes com histórico de dor crônica também pode ser adotado (18). A abordagem ao tratamento da dor pós-cirúrgica deve ser individualizada, considerando fatores como a extensão da cirurgia, a saúde geral do paciente e a sua tolerância aos medicamentos.

A comunicação eficaz entre a equipa médica e o paciente é fundamental para garantir que a dor seja adequadamente controlada e para ajustar o plano de tratamento conforme necessário.

A dor fantasma é uma condição complexa que afeta indivíduos que passaram por amputações manifestando-se na área do corpo que foi removida. Esta é descrita de diversas formas desde ardor a dor latejante ou sensação de pressão. Pode surgir imediatamente ou desenvolver-se gradualmente ao longo do tempo, variando em intensidade e frequência de ocorrência. A etiologia está amplamente associada à reestruturação neural que ocorre tanto no sistema nervoso central como no periférico após a perda, por exemplo, de um membro. O diagnóstico requer uma avaliação clínica detalhada, começando com a história clínica do paciente para entender a natureza e o padrão da dor. São realizados exames físicos para excluir outras causas de dor, como neuromas ou infeções na área da amputação. A farmacoterapia pode incluir uma combinação já referida anteriormente: uso de analgésicos, anticonvulsivantes, ATC, anticonvulsivos e AINEs. As terapias adjuvantes desempenham um papel capital na gestão da dor fantasma (19). Por exemplo a terapia de espelho é uma intervenção que envolve o uso de um espelho para criar a ilusão de que o membro amputado ainda está presente, ajudando a reprogramar o cérebro e reduzir a dor (20). Também podem ser eficazes as técnicas de imaginação motora, onde o paciente visualiza movimentos do membro amputado (20). É de referir que o TENS demonstrou resultados estatisticamente significativos no controlo desta dor (19). A fisioterapia e toda a reabilitação protética são essenciais para ajudar os pacientes a adaptarem-se à vida pós-amputação.

Seria ainda pertinente contextualizar a terapêutica de adesivos de capsaicina. É um ato clínico que os profissionais de saúde recorreram bastante para trazer algum alívio aos pacientes. A capsaicina é um composto ativo derivado das pimentas, conhecido pela sua capacidade de interagir com o recetor vanilóide tipo 1 (TRPV1), que desempenha um papel fundamental na modulação da dor (21, 22). Quando aplicada topicamente, a capsaicina provoca uma sensibilização inicial seguida de uma dessensibilização prolongada dos nociceptores cutâneos. Esta propriedade é aproveitada principalmente para o tratamento da dor neuropática periférica crónica. Os adesivos tópicos de capsaicina a 8% (Qutenza®) são particularmente eficazes, proporcionando alívio significativo da dor até 12 semanas após uma única aplicação de 30 a 60 minutos (22, 23). Estudos demonstraram que a aplicação repetida ao longo de um ano pode

proporcionar alívio sustentado da dor sem efeitos neurológicos adversos significativos. A administração do adesivo de capsaïcina requer condições controladas, como a presença de profissionais de saúde competentes e ventilação da sala utilizada. A aplicação provoca uma sensação inicial de queimadura, sendo as reações adversas mais comuns transitórias e limitadas ao local da aplicação. A eficácia da substância, quando comparada a outros tratamentos para a dor crónica, proporciona benefícios adicionais como redução do cansaço e melhorias na qualidade do sono e qualidade de vida dos pacientes. (22)

A dedicação à avaliação pormenorizada, a implementação de estratégias terapêuticas personalizadas e a educação do paciente são pilares fundamentais que sustentam o sucesso desta área de intervenção médica. Este relatório visa detalhar as experiências e aprendizagens obtidas, destacando a importância de uma abordagem holística e centrada no paciente na gestão da dor.

Discussão

Com o decorrer das consultas, foi possível observar que a maioria dos pacientes demonstrava dor secundária decorrente de vários procedimentos cirúrgicos, patologias ou acidentes resultantes em trauma.

A discussão está categorizada em diferentes subtipos de dores observadas e diretamente relacionadas com os casos recolhidos enquanto estagiário na Consulta da Dor no CHUSA.

Dor Neuropática

Nº	Idade	História Clínica Relevante	Terapêutica Prévia	Diagnóstico	Terapêutica Implementada	Prognóstico
1	42	Doença de Buerger e Raynaud; Fumador. Isquemia aguda do membro superior esquerdo. Dormência perioral. Insuficiência hepática e cardíaca. Paracetamol sem efeito sobre a dor.	Consulta de cessação tabágica. Incentivo à fisioterapia. Paracetamol SOS.	Dor neuropática na mão esquerda. Hiperalgisia a nível da falange distal do polegar e zona tenar. Alodínia. Dor agrava com o frio. Média de dor (0 a 10) =7	Uso de luvas de algodão. Novo incentivo à fisioterapia. Pregabalina com dose progressiva: 25mg 2x/dia (até 2x/dia 75mg) Assumir tratamento direcionado apenas para dor neuropática.	Mau
3	54	Dor neuropática pós carcinoma na zona subaxilar. Amputação do antebraço direito. Ex-fumadora. Doença pulmonar obstrutiva crónica.	Tramadol+Paracetamol. AINEs.	Dor à palpação na grade costal e zona subaxilar: “Picadelas, ardume” e dores espontâneas. Limitação no movimento do braço esquerdo e dor nos músculos dorsais superiores como principal queixa.	Manter Tramadol+Paracetamol 37,5mg+325mg SOS até 3x/dia. Infiltrações anestésicas de Trigger-Points cervicais e do trapézio. Tizanidina 2mg 3x/dia. Gabapentina 100mg 1x/dia direcionada para a dor na zona da grade costal. Fisioterapia.	Bom

				Problemas a nível do sono. Xerostomia medicamentosa.	Aplicação de calor nas zonas com contraturas, seguido de massagem.	
4	69	Dor neuropática associada ao pênis, testículos e plantas dos pés. Doença cardíaca isquêmica. Disfunção erétil.	Pregabalina 100 mg/dia. Paracetamol SOS.	De manhã, mal-estar que piora progressivamente até dor na zona plantar dos pés (após cirurgia). Redução de dor no geral.	Pregabalina 25 mg 2x/dia, seguido de uma redução eventual para apenas 1x/dia. Paracetamol SOS.	Bom
5	57	Isquemia aguda do membro inferior esquerdo. Hipoestesia na área plantar.	Pregabalina 50 mg 2x/dia e o uso de calçado mais "confortável" para evitar o desconforto acentuado do pé.	Sensação de "picadas" à volta do tornozelo, alteração de sensibilidade ao toque (disestesia e hiperestesia). Pernas com edema (com origem no excesso de peso do paciente). Atualmente sem dor.	Redução progressiva da Pregabalina. Maior sensibilidade sem o fármaco. Alta na consulta da dor devido a uma melhoria notória da sua condição (sem dor e redução da "sensibilidade excessiva").	Bom
8	50	Cirurgia ao cotovelo direito para diminuir dor provocada por fratura local. Perda de força na mão do mesmo lado, mas com mobilidade. Cefaleias recorrentes.	Paracetamol + Fosfato hemi-hidratado de codeína 1000 mg + 60 mg 2x/dia. Pregabalina 75 mg 3x/dia que suspendeu por lhe "prender a perna". Fisioterapia. ADT.	Dor neuropática na mão direita. Sem alteração na cor. Dificuldade em aplicar força na mesma. Mobilidade normal na mão esquerda e com um pouco mais de dificuldade na mão direita. Redução da dor desde a última consulta.	Diminuição progressiva da dosagem de Paracetamol + Fosfato hemi-hidratado de codeína. Uso de Paracetamol 1 g para as cefaleias. Manter a restante medicação.	Bom
13	75	Carcinoma do pulmão (tratado). Quimioterapia. Internamento por Sépsis. Herpes-Zóster a nível da zona torácica pós-internamento.	Pregabalina 75mg 2x/dia. Paracetamol 1 g SOS. Pensos de Capsaicina.	Paciente com dores mesmo após aumento da medicação- sem qualquer melhoria a nível de alívio da dor (devido a sequelas de herpes-zóster)	Nova tentativa de aplicação de Capsaicina tópica de 2 em 2 meses. Desmame da Pregabalina por falta de eficácia. Próxima consulta, formular novo plano de tratamento.	Bom
14	57	Diabético desde os 23 anos-pouco cumpridor. Neuropatia diabética- dor nas duas pernas (2/3 distais) e pés, continua, tipo choques- que melhora com o repouso. Obstipação. Necessita de tripé para caminhar. Doença arterial	Tramadol 200 mg (duração longa de até 24h). Tramadol 200mg SOS (duração de 12h). Tramadol (37,5+ 325 paracetamol).	Paciente queixa-se de uma maior dor no membro inferior esquerdo- há cerca de 15 dias com agravamento da mesma ao deitar e levantar, que melhora um pouco ao longo do dia. Dor descrita como um "apertar da perna" sobretudo na zona do tornozelo, no lado esquerdo.	Tramadol 200 mg (duração de 24h) ao jantar. Tramadol com paracetamol (37,5+325) em SOS até 3x/dia. Macrogol para trânsito intestinal. Suspende o Tramadol 200.	Bom

		periférica grave. úlcera no calcanhar direito e esquerdo.		Quando se deita, a dor agrava e fica mais forte. Sem dor a nível dos pés com a atual medicação.		
15	67	Doença arterial periférica. Úlceras em ambos os pés. Sem dor durante a noite e ao caminhar. Dor aparentemente controlada e em desmame de fármacos.	Pregabalina 75 mg 1x/dia, Ibuprofeno 400 mg SOS, Buprenorfina 17,5 µg/h de 4 em 4 dias, ¼ de selo	Hipoestesia nas pernas (abaixo do joelho e acima do tornozelo). Quando tem dor, localiza-se sobretudo no joelho direito. O paciente não demonstrou nenhuma recaída com o baixar da dose medicamentosa. Paciente com algumas "fisgadas e mal-estar" por culpa (atribuída pelo próprio) do frio e humidade, mas que não caracteriza como dor.	Retirar a restante medicação opioide (1/4 selo). Manter a Pregabalina 75mg à noite.	Bom
16	76	Nevralgia pós-herpética. História de "zona" na região da omoplata esquerda. Iniciou um episódio de dor no local de origem, ombro e braço esquerdo.	Paracetamol 1 g SOS até 4 g por dia. Gabapentina 300mg 2x por dia. Pregabalina 100mg 2x por dia (deixou), ADT 25 mg 1x por dia. Tomou antivíricos para combater o Herpes-Zóster. Tramadol 100 mg 1 x por dia	Dor no braço esquerdo, durante e após zona, que se mantém há cerca de 1 ano. Hipoestesia no local de origem da patologia. Alodínia na zona do antebraço esquerdo. Dor comparável a um choque. Em certas ocasiões sente ardor, frio e picadas. Limitação de força. Sem limitação de movimento do braço. A dor persiste durante dia e noite. Frio como principal alívio da dor. Principal área afetada-C8.	Capsaicina. Aumento da Gabapentina para 400 mg 2x por dia. Manter ADT 25 mg 1x por dia	Mau
19		2º Consulta do caso nº 3.	Tramadol+Paracetamol 37,5mg+325mg SOS até 3x/dia. Infiltrações anestésicas de Trigger-Points cervicais e do trapézio. Tizanidina 2 mg 3x/dia. Fisioterapia.	Infiltração dos Trigger-Points. Recuperação de alguma funcionalidade do membro superior esquerdo - Alívio da dor. Recorreu ao Tramadol+Paracetamol 1-2x por dia. Ainda sem fisioterapia.	Reforço da importância da fisioterapia. Tizanidina em Gabapentina 100 mg 2x por dia. Aguardar pelo verão para observar melhoria dos pulmões para aplicação de penso de Capsaicina.	Bom

			Aplicação de calor nas zonas com contraturas, seguido de massagem.	Gabapentina direcionada para a dor na zona da grade costal esquerda não surtiu efeito.		
24	56	HIV. Dor constante com períodos de agravamento no pé direito sem qualquer motivo de reação. Sensação de vibração na mão esquerda. Dor no braço direito. Agravamento da dor no Inverno. Não pode ficar parada muito tempo sob pena que ficar sem sentir os pés. Acorda com dores a meio da noite.	Gabapentina sem efeito. Reduziu-se Pregabalina para 50 mg 2x/dia. Pensos de Capsaicina nos pés. Duloxetina.	Tratamentos com Capsaicina: paciente não sentiu melhoria.	Remarcar penso de Capsaicina nos 2 pés em simultâneo. Estudos mostram que mesmo não respondendo ao tratamento, pode apresentar melhorias numa 2ª ou 3ª tentativa.	Mau
27	50	Cirurgia cervical por hérnias: aliviou os “choques” que sentia, mas acentuou a dor (neuropática). Formigueiros no 1º e 2º dedos da mão esquerda com dor associada. Dor no membro superior esquerdo devido a trabalho intenso numa fábrica têxtil. Acorda com dores. Consegue realizar as suas tarefas com alguma dificuldade.	Tapentadol 100 mg 1x por dia, Pregabalina 300 mg 2x por dia (deixou). Tramadol+Paracetamol (deixou) Paracetamol (deixou). Gabapentina 400 mg 3x por dia, Duloxetina 70 mg 2x por dia. Buprenorfina 17,5 µg/h de 4 em 4 dias (deixou), Ibuprofeno 400 mg 3x dia. Fisioterapia.	Paciente toma ibuprofeno 400 mg regularmente (min 2x por dia). Tem tido dores acrescidas com episódios em que desperta de noite com dor. Sente quem tem "um peso enorme no pescoço que desce para o resto do corpo, sobretudo para o braço". Sequelas de efeitos secundários de AINEs.	Máquina TENS. Redução dos AINEs. Manter apenas Gabapentina e ibuprofeno.	Mau
30	67	Dor inguinal direita com irradiação para a esquerda por queda e fratura local. Cirurgias não resolveram a dor. Decúbito melhora a dor. Hiperestesia e hiperalgesia no local.	Pregabalina 50 mg 2x/dia, ibuprofeno 400 mg 2x por dia. Pensos de Capsaicina.	Capsaicina sem resultado para o paciente. Esforços físicos acentuam a dor.	Duloxetina 30 mg 1x por dia durante 1 semana. Na segunda semana, Duloxetina 60 mg 1x por dia.	Mau

31		Continuação do caso 16	Capsaicina. Aumento da Gabapentina para 400 mg 2x por dia. Tramadol+Paracetamol 37,5 mg+ 325 mg 2x por dia. Manter ADT 25 mg 1x por dia. Tramadol 100 mg 1x por dia	Consegue suportar a dor e dormir com medicação atual.	Aumentar a dose de Tramadol para 200 mg 1x por dia à hora de jantar.	Bom
32	49	Múltiplas cirurgias aos pés (sobretudo ao esquerdo) - pé plano. Muitas dores nos pés ao andar. Recusa-se a largar as canadianas e fazer fisioterapia. Cervicalgia - cirurgia marcada. Dor nos ombros. Redução mamária.	Tapentadol 150 mg 2x por dia. Pregabalina 150 mg 1x por dia. Pensos de Capsaicina. Tramadol. antidepressivos, Tramadol+Paracetamol 75 mg+ 650 mg SOS até 3x/dia. Pensos transdérmicos de lidocaína SOS. Oxicodona+Naloxona 20 mg+10mg 2x/dia.	Caminha com o pé em inversão. Paciente frustrada por falta de opções para resolver o seu problema- pedido de troca de médico. Sente que a dor tem vindo a piorar, sobretudo desde que largou as canadianas (por indicação). Sente ansiedade pelo aumento da temperatura, que costuma agravar a dor. Paciente relata alívio na zona cervical depois da cirurgia. A mãe da paciente relata episódios em que sente a filha "completamente drogada". Dor progressivamente ascendente (desde o pé) com o passar do tempo. Alodínia na zona medial do pé esquerdo. Hipoestesia na zona mesial do pé direito.	Incentivo ao desporto: natação e/ou hidroginástica. Manter a medicação por dores constantes. Remover a Oxicodona+Naloxona e testar buprenorfina 37,5 µg/h 1/4 de penso de 4 em 4 dias.	Mau
34	66	Dor neuropática a nível do hemitórax: sequelas de radioterapia e/ou cirurgia de carcinoma da mama. Dores	Naproxeno 500 mg 1x/dia. Ibuprofeno 600 mg SOS. Paracetamol 1 g SOS. Gabapentina 200 mg 2x por	Recentemente reformada. Tem tomado mais vezes Naproxeno por aumento da dor em múltiplos locais. Incapacidade de andar. Taxa de	Gabapentina 400 mg 2x por dia. Paracetamol+Codeína 500 mg+30 mg SOS. Retirar Naproxeno por possível lesão renal. Pensos de Capsaicina para dor do hemitórax. Massagens	Mau

		constantes que agravam com exercício físico e aumento da temperatura. Trabalho exigente num lar de idosos. Dor descrita como "fisgadas, ardor e choques elétricos". Dor a nível dos joelhos por artroses.	dia Tramadol solução oral 30 ml SOS. Paracetamol+Codeína 1g+60 mg	filtração glomerular decrescida por uso recorrente de AINES. Não tomou o Paracetamol+Codeína como deveria recorrendo constantemente aos AINES.	com aplicação de calor para aliviar dores lombares.	
36	49	Diabetes tipo 2, neuropatia diabética	Metformina. Gabapentina 100 mg 2x por dia	O paciente relata ardor e formigamento nos pés, que piora à noite.	Manter Gabapentina. Pregabalina 50 mg 2x por dia.	Bom
41	62	Cirurgia da coluna vertebral para tratamento de uma hérnia discal. Dor irradiada para as pernas, acompanhada de hipoestesia	Ibuprofeno 400 mg SOS 3x por dia. Tramadol+Paracetamol 37,5 mg+ 325 mg 2x por dia.	Dor mantém-se. Dificuldades em mover-se.	Pregabalina 50 mg 2x por dia. Fisioterapia.	Bom

Dor Músculo-esquelética Secundária

N ^o	Idade	História Clínica Relevante	Terapêutica Prévia	Diagnóstico	Terapêutica Implementada	Prognóstico
3	54	Dor neuropática pós carcinoma na zona subaxilar. Amputação do antebraço direito. Ex-fumadora. Doença pulmonar obstrutiva crônica.	Tramadol+Paracetamol. AINEs.	Dor à palpação na grade costal e zona subaxilar: “Picadelas, ardiume” e dores espontâneas. Limitação no movimento do braço esquerdo e dor nos músculos dorsais superiores como principal queixa. Problemas a nível do sono. Xerostomia medicamentosa.	Manter Tramadol+Paracetamol 37,5mg+325mg SOS até 3x/dia. Infiltrações anestésicas de Trigger-Points cervicais e do trapézio. Tizanidina 2mg 3x/dia. Gabapentina 100mg 1x/dia direcionada para a dor na zona da grade costal. Fisioterapia. Aplicação de calor nas zonas com contraturas, seguido de massagem.	Bom
7	64	Patologia osteoarticular com dor neuropática. Fibromialgia hereditária. Múltiplos AVCs. Síndrome de abstinência com o fentanil	Fentanil (durante 5 anos) 25 microgramas-pensos 2x/semana. Paracetamol SOS.	Tem problemas em reduzir o fentanil (provável adição do paciente). O paciente não tolerou a descida da dose-relata períodos de maior dor à noite.	Implementação de novo fármaco em forma de penso-Buprenorfina (opioides da família da morfina). Tentativa de desmame do fentanil com redução progressiva da dose.	Bom
8	50	Cirurgia ao cotovelo direito para diminuir dor provocada por fratura local. Perda de força na mão do mesmo lado, mas com mobilidade.	Paracetamol + Fosfato hemididratado de codeína 1000 mg + 60 mg 2x/dia. Pregabalina 75 mg 3x/dia que suspendeu por lhe “prender a perna”. Fisioterapia. ADT.	Dor neuropática na mão direita. Sem alteração de cor em relação à mão esquerda. Dificuldade em aplicar força na mesma. Mobilidade normal na mão esquerda e com um pouco mais de dificuldade na mão	Diminuição progressiva da dosagem de Paracetamol + Fosfato hemididratado de codeína. Uso de Paracetamol 1 g para as cefaleias. Manter a restante medicação.	Bom

		Cefaleias recorrentes.		direita. Redução da dor desde a última consulta.		
9	83	Osteoartrose. Cirurgia ao ombro direito. Fisioterapia com pouca assiduidade. Prótese total do joelho esquerdo.	Tramadol-Paracetamol 2-3x/dia. Ibuprofeno 600 mg SOS	Ombro esquerdo com baixa amplitude de movimento e dor. Ombro direito com dor pós-cirúrgica.	Melhorar a assiduidade na fisioterapia e introdução de movimentos específicos para o ombro e joelho. Aplicação de gelo. Manter a medicação e a sua dosagem. Levar a paciente a reunião de grupo para avaliação de alternativas de tratamento.	Mau
10	81	Ulceração a nível da zona mamária esquerda com necrose recorrente pós-radioterapia. Perda parcial da mobilidade do membro superior esquerdo e dor, por fratura, sem possibilidade de fisioterapia por risco de comprometimento do exerto de pele colocado na zona mamária. Paciente frequentou clínica hiperbárica sem grande melhoria.	Pregabalina 50 mg 2x/dia. Tapentadol 50 mg, 2x/dia. Paracetamol 1 g 2x/dia. Mirtazapina 15 mg.	Dor agravou, sobretudo de noite, com episódios de distúrbios de sono. Descreve dor e "moedeira" na zona mamária esquerda, membro superior esquerdo e axila.	Reduzir o espaçamento de tempo de toma de medicamentos: Paracetamol 1 g 3x/dia. Tapentadol 50 mg 3x/dia, se o aumento da toma do paracetamol não resultar. Pregabalina e Mirtazapina sem alteração	Mau
11	50	Radiculopatia cervical por hérnia de disco cervical. Formigueiro no 1º e 2º dedo da mão esquerda. Diminuição da	Buprenorfina 17,5 µg/h de 4 em 4 dias ¼ de selo. Tapentadol 50 mg 2x/dia, Gabapentina 400 mg 3x/dia, Ibuprofeno 400 mg até 3x/dia, Ciclobenzaprina 10	Mantém a sintomatologia apesar do aumento da dose medicamentosa. Paciente direcionada para psicologia: aparenta problemas	Aplicar de um creme gordo nas zonas de aplicação dos adesivos opioides (3x/dia). Redução do Ibuprofeno 400 mg	Bom

		força do membro Superior esquerdo. Eczema de contacto devido à toma aumentada de AINEs para aguentar ir trabalhar.	mg 3x/dia, Sertralina 50 mg 1x/dia.	depressivos com grande pessimismo na sua recuperação; pouco empenho nos exercícios de fisioterapia; Sequelas de toma de anti-inflamatórios frequentemente a nível das zonas de colagem dos pensos opioides e ao nível dos lábios e gengivas. Diz ter melhorado um pouco.	para 2x/dia até à próxima consulta.	
12	59	Doença arterial periférica, Tromboses, dor Ciática. Dor, com cerca de 18 meses de evolução, no membro inferior direito por dor ciática. Consegue fazer a sua rotina de forma independente, ainda que com algumas dificuldades. Alodínia em toda a circunferência da perna direita. Dor na anca direita com evolução não constante ao longo do tempo. Anti-inflamatórios e (alguns) opioides sem grandes efeitos na dor.	Gabapentina 600mg 3x/dia Paracetamol 1 g 3x/dia. Seguido em fisioterapia.	Dor melhorou. Tendinite ao nível do ombro esquerdo: visitou um massagista que melhorou a dor e “transferiu-a para a coluna” (Zona lombar inferior e sacral): Realizará cirurgia pela área da ortopedia. Operação poderá resolver algumas dores, mas ainda deixará os problemas vasculares/arteriais.	Manter a medicação até agora adotada e esperar pela cirurgia e consequentes resultados. Mediante isso, regular a medicação e definir um novo plano de tratamento.	Bom
17	57	Dores no membro inferior esquerdo e planta do pé. Obesidade. Patologia degenerativa das ancas e joelhos. Cirurgia à	Tramadol- Paracetamol 75 mg + 650 mg SOS 0,5-1x/dia, Gabapentina 300 mg 2x/dia. Tramadol 100 mg. Fisioterapia.	Perdeu algum peso. Atualmente, necessita apenas de uma muleta. Grande melhoria da coxalgia esquerda e da lombalgia após cirurgias. Coxalgia no membro inferior direito. Dor no joelho direito que	Manter a medicação até agora adotada e esperar pela cirurgia. Aconselhamento de medidas promotores da atividade intestinal devido aos efeitos secundários, dos	Mau

		coluna (L4-L5). Cirurgia para colocação de prótese na articulação coxofemoral esquerda (3 anos após indicação). Parcialmente dependente. Uso de muletas para se deslocar.		sentado não apresenta dor; nova cirurgia agendada para colocação de prótese. Prisão de ventre.	opioides. Manter a fisioterapia.	
19		2º Consulta do caso nº 3.	Tramadol+Paraceta mol 37,5mg+325mg SOS até 3x/dia. Infiltrações anestésicas de Trigger-Points cervicais e do trapézio. Tizanidina 2 mg 3x/dia. Fisioterapia. Aplicação de calor nas zonas com contraturas, seguido de massagem.	Infiltração dos Trigger-Points. Recuperação de alguma funcionalidade do membro superior esquerdo - Alívio da dor. Recorreu ao Tramadol+Paraceta mol 1-2x por dia. Ainda sem fisioterapia. Gabapentina direcionada para a dor na zona da grade costal esquerda não surtiu efeito.	Reforço da importância da fisioterapia. Tizanidina em SOS. Gabapentina 100 mg 2x por dia. Aguardar pelo verão para observar melhoria dos pulmões para aplicação de penso de Capsaicina.	Bom
20	81	Insuficiência renal crónica. Hepatopatia crónica. Fratura periprotética da diáfise do fémur do membro inferior direito. Tapentadol retirado por indicação cardiológica.	Tramadol+Paraceta mol 75 mg+625mg 3x/dia. Tapentadol. Pregabalina 50 mg 2x por dia. Fisioterapia	Melhoria das dores após introdução da nova medicação. Fisioterapia bem-sucedida: Paciente consegue caminhar com canadianas. Dor na virilha acentuada ao caminhar.	Manter medicação: evitar agravar a insuficiência renal e/ou hepática.	Bom.
22	82	Trombose venosa. Desenvolveu úlceras nos tornozelos a jardinar que levou a uma Sépsis. As úlceras não cicatrizaram desde 2013: dor crónica, com períodos	Gabapentina 300 mg 2x ao dia. Paracetamol SOS. Buprenorfina 35 µg/h de 4 em 4 dias.	Agravamento das úlceras deixou paciente sem andar. Infecção urinária. Paciente com perda de memória, mas com percepção disso. Dor diminuiu, mas continua presente.	Reduzir Gabapentina para apenas 1x/dia (noite). Buprenorfina 35 µg/h ½ penso de 4 em 4 dias: reduzir para tentar melhorar os problemas de memória da paciente;	Mau.

		estáveis, mas com recidivas frequentes.				
27	50	Cirurgia cervical por hérnia: aliviou os “choques” que sentia, mas acentuou a dor (neuropática). Formigueiros no 1º e 2º dedos da mão esquerda com dor associada. Dor no membro superior esquerdo devido a trabalho intenso numa fábrica têxtil. Acorda com dores. Consegue realizar as suas tarefas com alguma dificuldade.	Tapentadol 100 mg 1x por dia, Pregabalina 300 mg 2x por dia (deixou). Tramadol+Paracetamol (deixou). Paracetamol (deixou). Gabapentina 400 mg 3x por dia, Duloxetina 70 mg 2x por dia (Duloxetina), buprenorfina 17,5 µg/h de 4 em 4 dias (deixou), Ibuprofeno 400 mg 3x dia. Fisioterapia.	Paciente toma ibuprofeno 400 mg regularmente (min 2x por dia). Tem tido dores acrescidas com episódios em que desperta de noite com dor. Sente quem tem "um peso enorme no pescoço que desce para o resto do corpo, sobretudo para o braço". Sequelas de efeitos secundários de AINEs.	Máquina TENS. Redução dos AINEs. Manter apenas Gabapentina e ibuprofeno.	Mau
28	68	Artroplastia total do joelho direito. Agravamento da dor pós cirúrgica. Síndrome de CREST. O movimento agrava a dor. Episódios sem dormir devido às dores. Fratura do pé com posterior cirurgia.	Pensos de Capsaicina, Pregabalina 100 mg 2x por dia, Tapentadol (deixou), Paracetamol 1 g.	Capsaicina mostrou resultados. Desconforto no joelho direito, sobretudo com carga. Dores na zona da cicatriz; dormência e sensação de frio no pé direito. Hipoestesia e hipoalgesia do mesmo local.	Capsaicina no local da cicatriz. Manter restante medicação.	Bom
29	21	Síndrome de Hiper mobilidade de que resulta em dor para a paciente- ancas, punhos e joelhos. Dor constante, forte e incapacitante.	Iniciou medicação inicialmente sem qualquer avaliação médica. Tramadol- não tolerou por sonolência. Fentanil (deixou) Buprenorfina 35 µg/h 1/4 de penso e compensar com paracetamol até	Paciente não reagiu bem à redução da buprenorfina para 1/4 de penso- tremores e sensação febril. Retomou de forma autónoma 1/2 penso. Mantém sonolência devido	Aguarda marcação de fisioterapia para reforço muscular (importante no síndrome de Hiper mobilidade). Fazer 1/4 + 1/8 de penso de buprenorfina para tentar alcançar um equilíbrio entre	Mau

			3x/dia. Sem resposta a Tramadol.	ao uso dos opioides.	efeito terapêutico-efeitos secundários.	
30	67	Dor inguinal direita com irradiação para a esquerda por queda e fratura local. Cirurgias não resolveram a dor. Decúbito melhora a dor. Hiperestesia e hiperalgesia no local.	Pregabalina 50 mg 2x/dia, ibuprofeno 400 mg 2x por dia. Pensos de Capsaicina.	Capsaicina sem resultado para o paciente. Esforços físicos acentuam a dor.	Duloxetina 30 mg 1x por dia durante 1 semana. Na segunda semana, Duloxetina 60 mg 1x por dia.	Mau
32	49	Múltiplas cirurgias aos pés (sobretudo ao esquerdo) - pé plano. Muitas dores nos pés ao andar. Recusa-se a largar as canadianas e fazer fisioterapia. Cervicalgia - cirurgia marcada. Dor nos ombros. Redução mamária.	Tapentadol 150 mg 2x por dia. Pregabalina 150 mg 1x por dia. Pensos de Capsaicina. Tramadol. antidepressivos, Tramadol+Paraceta mol 75 mg+ 650 mg SOS até 3x/dia. Pensos transdérmicos de lidocaína SOS. Oxycodona+Naloxona 20 mg+10mg 2x/dia.	Caminha com o pé em inversão. Paciente frustrada por falta de opções para resolver o seu problema- pedido de troca de médico. Sente que a dor tem vindo a piorar, sobretudo desde que largou as canadianas (por indicação). Sente ansiedade pelo aumento da temperatura, que costuma agravar a dor. Paciente relata alívio na zona cervical depois da cirurgia. A mãe da paciente relata episódios em que sente a filha "completamente drogada". Dor progressivamente ascendente (desde o pé) com o passar do tempo. Alodínia na zona medial do pé esquerdo. Hipoestesia na zona mesial do pé direito.	Incentivo ao desporto: natação e/ou hidroginástica. Manter a medicação por dores constantes. Remover a Oxycodona+Naloxona e testar buprenorfina 37,5 µg/h 1/4 de penso de 4 em 4 dias.	Mau
33	68	Osteoporose. Fratura do fêmur (perna esquerda), rádio e joelho. Fraturas dorso-lombares	Tapentadol 50 mg 1x por dia. Dolocalm® SOS. Paracetamol 1 g SOS. Calcifediol. Fluoxetina.	Dores crescentes: lombalgia e Gonalgia devido a artroses. Pede solução para as dores constantes que tem. Dá	Tapentadol 50mg 2x por dia. Reforço da fisioterapia na zona do pulso e indicações para evitar esforços	Mau

		múltiplas. Coxalgia e Gonalgia direita. Cifose.		caminhadas para aliviar as dores de costas. Durante a noite, não acorda com dores. Dores no pulso direito pós fratura (rádio).	físicos durante as tarefas domésticas.	
34	66	Dor neuropática a nível do hemitórax: sequelas de radioterapia e/ou cirurgia de carcinoma da mama. Dores constantes que agravam com exercício físico e aumento da temperatura. Trabalho exigente num lar de idosos. Dor descrita como "fisgadas, ardor e choques elétricos". Dor a nível dos joelhos por artroses.	Naproxeno 500 mg 1x/dia. Ibuprofeno 600 mg SOS. Paracetamol 1 g SOS. Gabapentina 200 mg 2x por dia Tramadol solução oral 30 ml SOS. Paracetamol+Codeína 1g+60 mg	Recentemente reformada. Tem tomado mais vezes Naproxeno por aumento da dor em múltiplos locais. Incapacidade de andar. Taxa de filtração glomerular decrescida por uso recorrente de AINES. Não tomou o Paracetamol+Codeína como deveria recorrendo constantemente aos AINES.	Gabapentina 400 mg 2x por dia. Paracetamol+Codeína 500 mg+30 mg SOS. Retirar Naproxeno por possível lesão renal. Pensos de Capsaicina para dor do hemitórax. Massagens com aplicação de calor para aliviar dores lombares.	Mau
35	83	Gonalgia crónica bilateral com grande dificuldade na gestão da medicação. Tem cuidadoras que a ajudam diariamente. Queda com deslocamento do ombro esquerdo. Queda com fratura do braço direito. Fisioterapia sem melhoria notória para a paciente. Artroses em múltiplas zonas do corpo.	Não tolera: Pregabalina, Tapentadol ou Tramadol. Rantudil 60 mg SOS.	Gonalgia bilateral quando se deita e quando se levanta. Acorda com dores. Andar alivia a dor. Dores no tornozelo e pé esquerdo, lombar e ombros (bilateral)	Paracetamol 1 g SOS. Incentivo à fisioterapia, caminhadas diárias e massagens nas zonas com maior dor recorrendo a anti-inflamatórios tópicos. Aplicação de gelo nos joelhos (sessões de 10 min) e calor a nível da lombar. Reduzir o máximo possível ao Rantudil.	Mau

37	66	Osteoartrose, prótese total do quadril	Tramadol+Paraceta mol 35 mg+ 325 mg 2x/dia. Ibuprofeno 400 mg 2x por dia.	Dor constante no quadril com limitação de movimento, especialmente ao caminhar.	Ibuprofeno 400 mg até 3x por dia (evitar). Fisioterapia	Bom
42	68	Fratura do fêmur esquerdo. Artrose do joelho direito.	Naproxeno 500mg 1x por dia, Paracetamol 1 g.	Dor crónica no joelho e coxa, agravada por movimentos de flexão e extensão. Dor no geral diminuiu.	Manter medicação. Incentivo ao início da fisioterapia	Bom

Dor Oncológica

N ^o	Idade	História Clínica Relevante	Terapêutica Prévia	Diagnóstico	Terapêutica Implementada	Prognóstico
6	81	Paciente oncológico. Depressão. Desequilíbrio postural. Sensação de "pés em água morna". Lombalgia. Desconforto na zona pélvica. Sonolência.	Pregabalina. Sertralina associada a outros antidepressivos. Ibuprofeno 600 mg e Paracetamol em SOS.	Efeitos secundários evidentes devido a grande carga medicamentosa como tonturas, sonolência e perda de atenção.	Continuação do tratamento com diminuição progressiva da Pregabalina para 50 mg 2x/dia e pedido de alteração dos antidepressivos	Mau
10	81	Ulceração a nível da zona mamária esquerda com necrose recorrente pós-radioterapia. Perda parcial da mobilidade do membro superior esquerdo e dor, por fratura, sem possibilidade de fisioterapia por risco de comprometimento do exerto de pele colocado na zona mamária. Paciente frequentou clínica hiperbárica sem grande melhoria.	Pregabalina 50 mg 2x/dia. Tapentadol 50 mg, 2x/dia. Paracetamol 1 g 2x/dia. Mirtazapina 15 mg.	Dor agravou, sobretudo de noite, com episódios de distúrbios de sono. Descreve dor e "moedeira" na zona mamária esquerda, membro superior esquerdo e axila.	Reduzir o espaçamento de tempo de toma de medicamentos: Paracetamol 1 g 3x/dia. Tapentadol 50 mg 3x/dia, se o aumento da toma do paracetamol não resultar. Pregabalina e Mirtazapina sem alteração	Mau
23	70	Doença autoimune. Cancro do colo do útero. Radioterapia. Proctite no reto que levou a uma Colostomia	Buprenorfina 35 µg/h 1x de 3 em 3 dias Amitriptilina 25 mg 1x/dia. Pregabalina 50 mg à noite e 100 mg de manhã. ADT 25 mg 1x/dia. Metilprednisolona	Recuperação complicada após cirurgia à bexiga e intestino. Não relata dores nos últimos dias. Perdeu bastante peso. Episódios com o	Reduzir Buprenorfina para 1/2 penso de 4 em 4 dias.	Bom.

		definitiva. Choque séptico.	(anti-inflamatório e imunossupressor). Tramadol +paracetamol 37,5mg+325mg meio comprimido de 8h/8h.	funcionamento do intestino comprometido (última vez durante 9 dias).		
34	66	Dor neuropática a nível do hemitórax: sequelas de radioterapia e/ou cirurgia de carcinoma da mama. Dores constantes que agravam com exercício físico e aumento da temperatura. Trabalho exigente num lar de idosos. Dor descrita como "fisgadas, ardor e choques elétricos". Dor a nível dos joelhos por artroses.	Naproxeno 500 mg 1x/dia. Ibuprofeno 600 mg SOS. Paracetamol 1 g SOS. Gabapentina 200 mg 2x por dia Tramadol solução oral 30 ml SOS. Paracetamol+Codeína 1g+60 mg	Recentemente reformada. Tem tomado mais vezes Naproxeno por aumento da dor em múltiplos locais. Incapacidade de andar. Taxa de filtração glomerular decrescida por uso recorrente de AINES. Não tomou o Paracetamol+Codeína como deveria recorrendo constantemente aos AINES.	Gabapentina 400 mg 2x por dia. Paracetamol+Codeína 500 mg+30 mg SOS. Retirar Naproxeno por possível lesão renal. Pensos de Capsaicina para dor do hemitórax. Massagens com aplicação de calor para aliviar dores lombares.	Mau
38	72	Paciente com carcinoma gástrico. Refere dor abdominal intensa, acompanhada de náuseas e vômitos.	Tapentadol 50 mg 1x por dia. Paracetamol 1 g SOS. Quimioterapia.	Dores diminuíram, mas "muito pouco".	Introduzir Tramadol+ Paracetamol 35 mg+ 325 mg. Terapia de suporte	Paliativo
43	70	Paciente cancro do cólon com metástase óssea diagnosticado há 1 ano. Dor intensa nos ossos, principalmente na coluna, acompanhada de diminuição de força e dificuldade a mover-se.	Quimioterapia. Buprenorfina 35 µg/h 1/4 de penso.	Dor intensa nos ossos, principalmente na coluna, acompanhada de "fraqueza no corpo todo".	Buprenorfina 35 µg/h 1/2 penso. Terapia de suporte	Paliativo

Dor Pós-cirúrgica

N ^o	Idade	História Clínica Relevante	Terapêutica Prévia	Diagnóstico	Terapêutica Implementada	Prognóstico
9	83	Osteoartrose. Cirurgia ao ombro direito. Fisioterapia com pouca assiduidade. Prótese total do joelho esquerdo.	Tramadol-Paracetamol 2-3x/dia. Ibuprofeno 600 mg SOS	Ombro esquerdo com baixa amplitude de movimento e dor. Ombro direito com dor pós-cirúrgica.	Melhorar a assiduidade na fisioterapia e introdução de movimentos específicos para o ombro e joelho. Aplicação de gelo. Manter a medicação e a sua dosagem. Levar a paciente a reunião de grupo para avaliação de alternativas de tratamento.	Mau
10	81	Ulceração a nível da zona mamária esquerda com necrose recorrente pós-radioterapia. Perda parcial da mobilidade do membro superior esquerdo e dor, por fratura, sem possibilidade de fisioterapia por risco de comprometimento do excurso de pele colocado na zona mamária. Paciente frequentou clínica hiperbárica sem grande melhoria.	Pregabalina 50 mg 2x/dia. Tapentadol 50 mg, 2x/dia. Paracetamol 1 g 2x/dia. Mirtazapina 15 mg.	Dor agravou, sobretudo de noite, com episódios de distúrbios de sono. Descreve dor e "moedeira" na zona mamária esquerda, membro superior esquerdo e axila.	Reduzir o espaçamento de tempo de toma de medicamentos: Paracetamol 1 g 3x/dia. Tapentadol 50 mg 3x/dia, se o aumento da toma do paracetamol não resultar. Pregabalina e Mirtazapina sem alteração	Mau
18	79	Polineuropatia axial polimotora. Amputação do	Gabapentina 100 mg 2x/dia. Buprenorfina 35 µg/h 4 em 4 dias. Empagliflozina+Metfor	Dor fantasma evoluiu para sensação fantasma, sem	Paciente com grande carga medicamentosa. Redução gradual	Mau

		membro inferior esquerdo. Insuficiência renal. Dor fantasma na zona amputada. Paciente dependente, em cadeira de rodas, internado num lar.	mina 12,5 mg+1000 mg (diabetes tipo II). Tramadol+Paracetamol 37,5mg+325 mg. Metoclopramida 10 mg 3x/dia	dor. Dor reduzida no coto. Nova dor na zona do sacro.	até exclusão da buprenorfina por redução notória da dor. Em caso de dor constante, retomar o fármaco retirado. Tramadol+Paracetamol SOS. Retirar Metoclopramida devido aos efeitos secundários (enjoo) da buprenorfina.	
21	52	Sequelas de sutura artroscópica no ombro direito. Dor com limitação de movimento na mão após cirurgia ao ombro direito. Melhorou com fisioterapia e teve novamente episódios de dor desde há 2 meses. Atrofia tenar da mão direita. Hipoestesia tátil. Possível CRPS. O ombro está completamente funcional e indolor.	Pregabalina 25mg de manhã e 50mg à noite. Fluoxetina 20mg 1x por dia.	Dor aumentou- paciente não consegue dormir. Ligeira atrofia tenar à direita. Consegue realizar todos os movimentos com a mão, ainda que com dor. Faz fisioterapia todos os dias. Dor Nociplástica.	Alterar antidepressivo atual por Duloxetine 30 mg 1x por dia. Passada uma semana 60 mg por dia. antidepressivo analgésico e sedativo melhorar sono	Mau
23	70	Doença autoimune. Cancro do colo do útero. Radioterapia. Proctite no reto que levou a uma Colostomia definitiva. Choque séptico.	Buprenorfina 35 µg/h 1x de 3 em 3 dias Amitriptilina 25 mg 1x/dia. Pregabalina 50 mg à noite e 100 mg de manhã. ADT 25 mg 1x/dia. Metilprednisolona (anti-inflamatório e imunossupressor). Tramadol +paracetamol 37,5mg+325mg meio comprimido de 8h/8h.	Recuperação complicada após cirurgia à bexiga e intestino. Não relata dores nos últimos dias. Perdeu bastante peso. Episódios com o funcionamento do intestino comprometido (última vez durante 9 dias).	Reduzir Buprenorfina para 1/2 penso de 4 em 4 dias.	Bom.
26	50	Histórico de cirurgias à coluna. Artrodese do pé esquerdo. Paciente com	Pregabalina 300 mg 2x por 3dia. Ibuprofeno 600 mg SOS.	Alívio no pé em questão e na cicatriz. Dores devido à posição (do pé) quando anda. Paciente	Paciente não toma a Pregabalina há mais de 1 ano (última vez que efetuou compra do mesmo). Depois de	Mau

		ideias de amputação para alívio da dor. Hiperestesia tátil do dorso do pé. Redução mamária bilateral que deixou dores devido à cicatrização. HIV.		recebeu alta da consulta da dor.	discussão em grupo (reunião multidisciplinar da consulta da dor) chegou-se à conclusão que seria dada alta ao paciente	
27	50	Cirurgia ao pescoço para tratar hérnias na coluna: aliviou os “choques” que sentia, mas acentuou a dor (neuropática). Formigueiros no 1º e 2º dedos da mão esquerda com dor associada. Dor no membro superior esquerdo devido a trabalho intenso numa fábrica têxtil. Acorda com dores. Consegue realizar as suas tarefas com alguma dificuldade.	Tapentadol 100 mg 1x por dia, Pregabalina 300 mg 2x por dia (deixou). Tramadol+Paracetamol (deixou) Paracetamol (deixou). Gabapentina 400 mg 3x por dia, Duloxetina 70 mg 2x por dia (Duloxetina), buprenorfina 17,5 µg/h de 4 em 4 dias (deixou), Ibuprofeno 400 mg 3x dia. Fisioterapia.	Paciente toma ibuprofeno 400 mg regularmente (min 2x por dia). Tem tido dores acrescidas com episódios em que desperta de noite com dor. Sente quem tem "um peso enorme no pescoço que desce para o resto do corpo, sobretudo para o braço". Sequelas de efeitos secundários de AINEs.	Máquina TENS. Redução dos AINEs. Manter apenas Gabapentina e ibuprofeno.	Mau
28	68	Artroplastia total do joelho direito. Agravamento da dor pós cirúrgica. Síndrome de CREST. O movimento agrava a dor. Episódios sem dormir devido às dores. Fratura do pé com posterior cirurgia.	Pensos de Capsaicina, Pregabalina 100 mg 2x por dia, Tapentadol (deixou), Paracetamol 1 g.	Capsaicina mostrou resultados. Desconforto no joelho direito, sobretudo com carga. Dores na zona da cicatriz; dormência e sensação de frio no pé direito. Hipoestesia e hipoalgesia do mesmo local.	Capsaicina no local da cicatriz. Manter restante medicação.	Bom

32	49	Múltiplas cirurgias aos pés (sobretudo ao esquerdo) - pé plano. Muitas dores nos pés ao andar. Recusa-se a largar as canadianas e fazer fisioterapia. Cervicalgia - cirurgia marcada. Dor nos ombros. Redução mamária.	Tapentadol 150 mg 2x por dia. Pregabalina 150 mg 1x por dia. Pensos de Capsaicina. Tramadol. antidepressivos, Tramadol+Paracetamol 75 mg+ 650 mg SOS até 3x/dia. Pensos transdérmicos de lidocaína SOS. Oxycodona+Naloxona 20 mg+10mg 2x/dia.	Caminha com o pé em inversão. Paciente frustrada por falta de opções para resolver o seu problema- pedido de troca de médico. Sente que a dor tem vindo a piorar, sobretudo desde que largou as canadianas (por indicação). Sente ansiedade pelo aumento da temperatura, que costuma agravar a dor. Paciente relata alívio na zona cervical depois da cirurgia. A mãe da paciente relata episódios em que sente a filha "completamente drogada". Dor progressivamente ascendente (desde o pé) com o passar do tempo. Alodínia na zona medial do pé esquerdo. Hipoestesia na zona mesial do pé direito.	Incentivo ao desporto: natação e/ou hidroginástica. Manter a medicação por dores constantes. Remover a Oxycodona+Naloxona e testar buprenorfina 37,5 µg/h 1/4 de penso de 4 em 4 dias.	Mau
34	66	Dor neuropática a nível do hemitórax: sequelas de radioterapia e/ou cirurgia de carcinoma da mama. Dores constantes que agravam com exercício físico e aumento da temperatura. Trabalho exigente num lar de idosos. Dor descrita como	Naproxeno 500 mg 1x/dia. Ibuprofeno 600 mg SOS. Paracetamol 1 g SOS. Gabapentina 200 mg 2x por dia Tramadol solução oral 30 ml SOS. Paracetamol+Codeína 1g+60 mg	Recentemente reformada. Tem tomado mais vezes Naproxeno por aumento da dor em múltiplos locais. Incapacidade de andar. Taxa de filtração glomerular decrescida por uso recorrente de AINES. Não tomou o Paracetamol+Codéina como deveria recorrendo constantemente aos AINES.	Gabapentina 400 mg 2x por dia. Paracetamol+Codeína 500 mg+30 mg SOS. Retirar Naproxeno por possível lesão renal. Pensos de Capsaicina para dor do hemitórax. Massagens com aplicação de calor para aliviar dores lombares.	Mau

		"fisgadas, ardor e choques elétricos". Dor a nível dos joelhos por artroses.				
39	55	Submetido a herniorrafia inguinal com complicações pós-cirúrgicas.	Ibuprofeno 600 mg até 3x por dia. Paracetamol 1 g SOS.	Dor persistente na região inguinal que aumenta por movimento e esforço físico.	Infiltrações anestésicas. Fisioterapia. Manter medicação.	Bom
44	58	Mastectomia. Refere dor persistente na região da cirurgia com hiperestesia, "sensação de aperto".	Ibuprofeno 400 mg SOS até 3x por dia, Paracetamol 1 g 3x por dia	Dor persistente na região da cirurgia com hiperestesia e "sensação de aperto".	Fisioterapia. Manter Ibuprofeno em SOS. Deixar Paracetamol. Tramadol+Paracetamol 37,5 mg + 325 mg.	Bom

Dor Fantasma

N ^o	Idade	História Clínica Relevante	Terapêutica Prévia	Diagnóstico	Terapêutica Implementada	Prognóstico
18	79	Polineuropatia axial polimotora. Amputação do membro inferior esquerdo. Insuficiência renal. Dor fantasma na zona amputada. Paciente dependente, em cadeira de rodas, internado num lar.	Gabapentina 100 mg 2x/dia. Buprenorfina 35 µg/h 4 em 4 dias. Empagliflozina+Metformina 12,5 mg+1000 mg (diabetes tipo II). Tramadol+Paracetamol 37,5mg+325 mg. Metoclopramida 10 mg 3x/dia	Dor fantasma evoluiu para sensação fantasma, sem dor. Dor reduzida no coto. Nova dor na zona do sacro.	Paciente com grande carga medicamentosa. Redução gradual até exclusão da buprenorfina por redução notória da dor. Em caso de dor constante, retomar o fármaco retirado. Tramadol+Paracetamol SOS.	Mau
40	60	Paciente com amputação do membro inferior direito há 1 ano devido a acidente. Refere sensação de dor e presença do membro amputado, com episódios de dor intensa e espasmos musculares.	Buprenorfina 35 µg/h 3/4 de penso, Gabapentina 200 mg 2x por dia.	Relata sensação de dor constante sem alívio.	Indicação para terapia de espelho. Buprenorfina 35 µg/h 1 penso de 4 em 4 dias.	Mau

Conclusão

O estágio realizado no CHUSA foi fundamental para a minha formação em Medicina Dentária, permitindo-me desenvolver competências auxiliares para a prática clínica. Durante este período, aprimorei a minha interação com os pacientes, aprendendo a estabelecer relações de confiança e a comunicar de forma eficaz. A recolha de histórias clínicas tornou-se mais concreta, abrangendo antecedentes médicos, familiares, sociais e emocionais. Esta abordagem holística resultou em diagnósticos mais precisos e planos de tratamento adequados, evidenciando a importância de uma anamnese pormenorizada.

Além disso, proporcionou-me um entendimento aprofundado de farmacologia na área em questão. Estudei diferentes tratamentos que me permitiram compreender a importância de uma abordagem individualizada no tratamento da dor.

Obtive um conhecimento mais aprofundado na área da fisiopatologia das dores neuropáticas, musculoesqueléticas, oncológica, orofacial, pós-cirúrgica e fantasma, bem como nas formas de abordar as respetivas patologias.

Em suma, o estágio na Consulta da Dor foi um desafio no meu percurso académico para explorar e ficar a conhecer melhor uma área do conhecimento fora do ambiente habitual da consulta de Medicina Dentária. Constituiu, sem dúvida, um marco de grande relevância na compreensão mais profunda da importância de uma abordagem holística e colaborativa na prestação de cuidados aos pacientes e contribuiu de forma determinante para o aperfeiçoamento da minha futura prática clínica.

Bibliografia

1. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). (1872-6623 (Electronic)).
2. Finnerup NB, Kuner R, Jensen TS. Neuropathic Pain: From Mechanisms to Treatment. *Physiol Rev.* 2021;101(1):259-301.
3. Bouhassira D. Neuropathic pain: Definition, assessment and epidemiology. *Rev Neurol (Paris).* 2019;175(1-2):16-25.
4. Perrot S, Cohen M, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede RD, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary musculoskeletal pain. *Pain.* 2019;160(1):77-82.
5. Booth J, Moseley GL, Schiltenswolf M, Cashin A, Davies M, Hubscher M. Exercise for chronic musculoskeletal pain: A biopsychosocial approach. *Musculoskeletal Care.* 2017;15(4):413-21.
6. Hawker GA. The assessment of musculoskeletal pain. *Clin Exp Rheumatol.* 2017;35 Suppl 107(5):8-12.
7. Babatunde OO, Jordan JL, Van der Windt DA, Hill JC, Foster NE, Protheroe J. Effective treatment options for musculoskeletal pain in primary care: A systematic overview of current evidence. *PLoS One.* 2017;12(6):e0178621.
8. Wally MK, Hsu JR, Seymour RB. Musculoskeletal Pain Management and Patient Mental Health and Well-being. *J Orthop Trauma.* 2022;36(Suppl 5):S19-S24.
9. Yoon SY, Oh J. Neuropathic cancer pain: prevalence, pathophysiology, and management. *Korean J Intern Med.* 2018;33(6):1058-69.
10. Scarborough BM, Smith CB. Optimal pain management for patients with cancer in the modern era. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(3):182-96.
11. Liu WC, Zheng ZX, Tan KH, Meredith GJ. Multidimensional Treatment of Cancer Pain. *Curr Oncol Rep.* 2017;19(2):10.
12. Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma M, et al. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol.* 2018;29(Suppl 4):iv166-iv91.
13. Ruano A, Garcia-Torres F, Galvez-Lara M, Moriana JA. Psychological and Non-Pharmacologic Treatments for Pain in Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain Symptom Manage.* 2022;63(5):e505-e20.
14. Ananthan S, Benoliel R. Chronic orofacial pain. *J Neural Transm (Vienna).* 2020;127(4):575-88.
15. Romero-Reyes M, Uyanik JM. Orofacial pain management: current perspectives. *J Pain Res.* 2014;7(1178-7090 (Print)):99-115.
16. Gerwin R. Chronic Facial Pain: Trigeminal Neuralgia, Persistent Idiopathic Facial Pain, and Myofascial Pain Syndrome-An Evidence-Based Narrative Review and Etiological Hypothesis. LID - 10.3390/ijerph17197012 [doi] LID - 7012. (1660-4601 (Electronic)).
17. Tawfic Q, Kumar K, Pirani Z, Armstrong K. Prevention of chronic post-surgical pain: the importance of early identification of risk factors. *J Anesth.* 2017;31(3):424-31.
18. Gabriel RA, Swisher MW, Sztain JF, Furnish TJ, Ilfeld BM, Said ET. State of the art opioid-sparing strategies for post-operative pain in adult surgical patients. *Expert Opin Pharmacother.* 2019;20(8):949-61.
19. Kaur A, Guan Y. Phantom limb pain: A literature review. *Chin J Traumatol.* 2018;21(6):366-8.
20. Anaforoğlu Külünkoğlu B Auid- Orcid: --- Fau - Erbahçeci F, Erbahçeci F Auid- Orcid: --- Fau - Alkan A, Alkan AA-O. A comparison of the effects of mirror therapy and phantom exercises on phantom limb pain. (1303-6165 (Electronic)).
21. Frias B, Merighi A. Capsaicin, Nociception and Pain. LID - 10.3390/molecules21060797 [doi] LID - 797. (1420-3049 (Electronic)).
22. Blair HA. Capsaicin 8% Dermal Patch: A Review in Peripheral Neuropathic Pain. *Drugs.* 2018;78(14):1489-500.

23. Derry S, Rice AS, Cole P, Tan T, Moore RA. Topical capsaicin (high concentration) for chronic neuropathic pain in adults. (1469-493X (Electronic)).