



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

Agostinho José Teibão Vieira Martins Camelo

Orientador: Professor Doutor José António Ferreira Lobo Pereira

PORTO 2026

Resumo

No âmbito da disciplina "Monografia/Relatório de Estágio", do 5º ano do curso de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, tive a oportunidade de realizar um estágio na área da Clínica de Dor, sediada no Centro Hospitalar e Universitário de Santo António.

Este relatório tem como objetivo descrever as experiências vividas durante o estágio e todos os conhecimentos adquiridos ao longo do mesmo. Durante este estágio, participei como observador nas consultas da clínica de dor, onde tive a oportunidade de observar de perto a abordagem multidisciplinar necessária para lidar com os mais variados tipos de dor. Esta dinâmica envolveu a cooperação de médicos, enfermeiros, psicólogos e outros profissionais de saúde com o objetivo de providenciar os melhores cuidados de saúde aos pacientes com dor.

Pude também desenvolver uma compreensão mais profunda do funcionamento das consultas em ambiente hospitalar, uma experiência que me enriqueceu enquanto futuro profissional e que proporcionou-me a oportunidade de aprofundar os meus conhecimentos sobre diferentes tipos de dor, métodos de avaliação da dor, e sobre as diferentes terapêuticas prescritas para a mesma.

Em suma, este estágio proporcionou-me um entendimento mais profundo dos desafios presentes na gestão da dor e da importância de uma abordagem completa e multidisciplinar na prestação de cuidados de saúde aos doentes.

Agradecimentos

À minha família que sempre me ajudou e apoio ao longo deste percurso, particularmente nos momentos mais difíceis, e sem a qual não teria conseguido superar todos os desafios encontrados.

Aos meus amigos por me ajudarem a encarar a vida com mais leveza e a encontrar o equilíbrio necessário para aproveitá-la.

Ao meu orientador, Professor Doutor José António Pereira, pela prontidão com que aceitou o desafio de me orientar e pela disponibilidade e vontade com que me ajudou na elaboração deste relatório.

À Doutora Dalila Veiga, Doutora Ana Regalado, Doutor Ernesto Silva e a todo o corpo clínico do serviço de Consulta da Dor do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, pela hospitalidade com que me receberam e por toda a disponibilidade e conhecimento dados ao longo do meu estágio.

Por último, e acima de tudo, agradeço muito a Deus por todas as bênçãos recebidas ao longo destes anos.

Lista de abreviaturas

IASP-Associação Internacional para o Estudo da Dor

CHUSA-Centro Hospitalar e Universitário de Santo António

TENS - Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea

AINEs – anti-inflamatórios não esteroides

SNRIs – inibidores de recaptação de serotonina e norepinefrina

TRPV1- Recetor vanilóide tipo 1

Índice

Resumo.....	II
Agradecimentos	III
Lista de abreviaturas	IV
Introdução.....	6
Consulta na clínica da dor	8
Discussão.....	10
Dor neuropática	10
Dor músculo-esquelética.....	10
Dor oncológica.....	11
Infiltrações com corticosteroides e anestésico local	12
Adesivos tópicos de capsaicina a 8%.....	13
Casos clínicos.....	14
Conclusão	30
Bibliografia	31

Introdução

A dor é um mecanismo que o corpo humano utiliza para se proteger. Quando sentimos dor temos a tendência para salvaguardar a área do corpo afetada e fazemos o possível para evitar situações que aumentem a sua intensidade. Apesar de a dor ser universal a todos os seres humanos, a forma como cada um de nós a percebe e reage a ela é única, o que a torna um tópico muito subjetivo. No entanto, a dor, que tem como objetivo proteger-nos, pode vir a tornar-se um grande problema quando se torna uma ocorrência crónica devido a condições patológicas. Tal pode ser constatado como sendo um dos principais motivos para a procura de cuidados de saúde por parte dos doentes, uma vez que afeta significativamente a qualidade de vida dos mesmos nas vertentes física, emocional e social (1). Devido às diversas origens da dor, não existe nenhum marcador fisiológico que possibilite descodificar todos os mecanismos causadores dos seus sintomas (1).

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define a dor como uma sensação e experiência emocional desagradáveis associada com, ou semelhante à associada com, danos reais ou potenciais nos tecidos(1,3). A dor crónica, que se define como dor que persiste por mais de 3 meses, é o tipo de dor com o qual a clínica de dor está mais familiarizada e persiste para além do tempo esperado de cicatrização da lesão inicial(2,3). O tratamento adequado envolve uma abordagem interdisciplinar que combine terapias farmacológicas e não farmacológicas, adequadas para as necessidades de cada paciente (2).

Este relatório descreve o estágio realizado no Centro Hospitalar e Universitário de Santo António (CHUSA), sob a supervisão da Doutora Dalila Veiga, do Doutor Ernesto Silva e da Doutora Ana Regalado. A consulta de dor integra uma equipa de profissionais que inclui médicos anestesiologistas, enfermeiros, psicólogos e outros profissionais da área da saúde. Esta especialidade trata maioritariamente casos complexos, nos quais a dor é uma constante, e abrange diferentes faixas etárias com predominância de idosos. Na maior parte dos casos os doentes já foram consultados por outras especialidades e

a determinado momento foram referenciados para a clínica de dor com o intuito de complementar a terapia previamente estabelecida, caso esta já exista.

Na medicina da dor existem várias opções de tratamento, que podem ser classificadas como não invasivas, minimamente invasivas e invasivas (4). Diferentes classes de medicamentos como analgésicos não opioides, anti-inflamatórios não esteroides(AINES), gabapentinoides, opioides e antidepressivos são usadas para a diminuição da dor e pertencem ao grupo das alternativa não invasivas. Frequentemente prescreve-se uma combinação destas diferentes classes de medicamentos para que o objetivo do tratamento seja atingido com maior sucesso. Nas opções não invasivas encontram-se ainda a fisioterapia, hidroterapia e o TENS (Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea) (4). Relativamente às opções minimamente invasivas, estas envolvem as infiltrações com anestésico local e corticosteroides, a neuroestimulação e a radiofrequência, entre outros(4).Por fim, as opções de tratamento invasivos incluem cirurgias ou elétrodos para a estimulação cerebral profunda(4).

O meu estágio decorreu desde o dia 9 de fevereiro até ao dia 8 de junho de 2026 e durante este período acompanhei de perto diferentes tipos de pacientes, com diversas patologias, e consequentemente com necessidade de diferentes abordagens terapêuticas. Ao longo deste relatório irei descrever cada um destes casos.

Consulta na clínica da dor

De seguida, farei uma descrição pormenorizada do funcionamento da clínica de dor conforme tive a oportunidade de observar durante o estágio realizado.

Ainda antes do doente entrar no consultório, o médico analisa o seu histórico clínico para se inteirar e familiarizar com o caso que terá em mãos. São analisados registos de consultas prévias e visualizados relatórios de exames realizados pelo paciente no passado, caso estes existam. Um aspeto muito importante neste momento é perceber qual o principal motivo pelo qual o paciente foi encaminhado para esta consulta.

Terminado este procedimento inicial o doente entra no consultório e é questionado sobre o principal motivo que o traz à consulta. De seguida realiza-se uma anamnese completa, com particular foco na principal queixa do doente. São feitas várias perguntas tais como qual o tipo de dor que sente, a sua frequência, até onde se estende, entre outras. Por norma é solicitado ao doente que classifique a intensidade da dor que está a sentir através de uma escala numérica de dor (0-10) na qual o valor 0 significa ausência de dor e o valor 10 significa a pior dor que já sentiu. Confirma-se também com o doente alguma informação que não esteja totalmente clara nos registos informáticos com o objetivo de tornar mais correta e completa toda a informação necessária para melhor abordar o problema em consultas futuras. Pede-se sempre ao paciente que providencie toda a medicação que realiza e esta é sempre comparada com a que se encontra registada no sistema informático. Caso se verifique alguma incongruência esta é prontamente corrigida.

Na próxima fase da consulta realiza-se um exame físico no qual, dependendo do tipo de dor, se testa a alodinia, verificando-se se existe dor ou sensibilidade acentuada na pele ao toque, ou se determinados movimentos corporais conseguem ser realizados pelo doente e se estes potenciam ou diminuem a dor que sente. Frequentemente são avaliadas desarmonias corporais com o intuito de perceber se estas poderão estar a contribuir para o aumento da dor sentida. Uma vez recolhida toda a informação necessária, regista-se a mesma no sistema informático e elabora-se um plano de tratamento. Caso se verifique que é benéfico para o doente cessar ou ajustar a dose de

alguma medicação tal é realizado. Não é raro o doente mencionar efeitos secundários associados a uma determinada medicação e caso o médico verifique que as consequências negativas são superiores ao benefício obtido, a medicação em questão é ajustada ou terminada.

Relativamente à interação com o doente, foi evidente que estabelecer uma boa relação com o mesmo é importante para o sucesso terapêutico. Motivar o doente, consciencializá-lo do papel que tem no sucesso do tratamento, e gerir as suas expectativas são aspetos fundamentais. A componente psicológica e emocional do doente são preponderantes e, apesar de se prolongar o tempo da consulta a abordar estes temas, é uma boa prática clínica não negligenciar estas vertentes. Tendo em conta que cada doente tolera a medicação prescrita de forma diferente ao que acresce muitas vezes a toma de vários medicamentos, é de extrema importância acompanhar cada doente com particular proximidade.

Por último, importa mencionar que durante a consulta o paciente tem total liberdade e oportunidades de expor as suas dúvidas, relatar os seus sofrimentos e preocupações e mencionar o impacto social que advém do seu problema. No entanto, a autoridade do médico nunca pode ser posta em causa e se for necessário, como já vi acontecer, este deve exercê-la de forma educada, mas firme. Convém salientar novamente que é muito importante gerir as expectativas do doente para que este tenha verdadeira noção dos resultados a esperar da terapêutica que irá ser implementada e que perceba que a dor que sente apenas irá diminuir e não desaparecer, caso o objetivo terapêutico seja bem sucedido.

Discussão

Existem vários tipos de dor que se distinguem pela sua etiologia. De seguida apresentarei os que considero mais pertinentes tendo em conta o estágio que realizei na clínica de dor.

Dor neuropática

A dor neuropática pode ser definida como sendo causada por uma lesão ou doença do sistema sensorial somático e envolve tanto o sistema nervoso central (SNC) como o sistema nervoso periférico (SNP). Este tipo de dor indica que poderão existir anormalidades no processamento ou na percepção da dor, e verifica-se que os doentes apresentam hiperalgesia, alodinia ou parestesia, que se manifestam por sensações de ardência, formigueiro ou choques elétricos (5,6). A dor neuropática representa um grande desafio, uma vez que os tratamentos atuais não são ainda capazes de diminuir a dor de forma constante e significativa. Como tratamentos de primeira linha destacam-se os gabapentinoides, como a Pregabalina e a Gabapentina, e os antidepressivos tricíclicos e inibidores seletivos de recaptção de Serotonina e Noradrenalina (IRSNs)(6,7). Como tratamentos de segunda linha encontramos os opioides, como o tapentadol, e os emplastos de capsaicina, entre outros. Por fim, em casos de maior gravidade poderão ser prescritos opioides fortes como a morfina (7). A esclerose múltipla, a neuropatia diabética e a nevralgia do trigémeo são condições que se encontram associadas a este tipo de dor(5,6).

Dor músculo-esquelética

A dor músculo-esquelética advém de tecidos que se encontram danificados. Os doentes apresentam queixas de dores intensas e generalizadas ou sensibilidade à palpação da área afetada(7). Pode envolver os músculos, ossos, ligamentos, tendões e

tecidos adjacentes, sendo frequentemente resultado de lesões traumáticas, e doenças inflamatórias ou degenerativas. A fisiopatologia inclui edema, degeneração dos tecidos e disfunção neuromuscular. Patologias como a osteoartrite e a artrite reumatoide estão cada vez mais associadas a este tipo de dor, e causam processos degenerativos e inflamatórios persistentes(8,9). O tratamento da dor músculo-esquelética inclui habitualmente uma combinação de terapias farmacológicas e não farmacológicas. Dentro da terapêutica farmacológica, as prescrições mais frequentes consistem nos anti-inflamatórios não esteroides (AINES), como o ibuprofeno, os analgésicos não opioides, como o paracetamol e a metamizole, os opioides, como a codeína e o tramadol, e os relaxantes musculares (8,9). Em relação ao tratamentos não farmacológicos, a fisioterapia é fundamental na grande maioria dos casos, uma vez que com programas e exercícios de reabilitação específicos para cada caso consegue-se frequentemente melhorar a mobilidade do doente e reduzir a sua dor (9). A hidroterapia, as massagens terapêuticas e a acupuntura são outras terapias auxiliares que ajudam aliviar a tensão muscular e consequentemente a reduzir a dor.

Dor oncológica

A dor oncológica é frequentemente encontrada em pacientes com cancro, tanto durante a fase ativa da doença, como na fase de tratamento. A causa da dor pode estar associada tanto ao tumor em si, que resulta na destruição de tecidos e na compressão de nervos adjacentes (11), como aos tratamentos usados para combater o mesmo, como a radioterapia e a quimioterapia, que podem contribuir para a dor através de danos a tecidos saudáveis pelos mecanismos de toxicidade associados(12,13). A exposição das células a radiações ionizantes pode resultar em alterações no DNA celular e consequentemente em morte celular. O desenvolvimento de toxicidade relacionada com a radioterapia é influenciada por diversos fatores tais como a dose de radiação e a área do tecido afetado (13).

Tal como já vimos noutros tipos de dor, na dor oncológica também é necessária uma abordagem multidisciplinar que poderá envolver terapêutica farmacológica, não farmacológica e cuidados de suporte(14,15). Os medicamentos mais usados para este

tipo de dor são os analgésicos, desde o paracetamol, usado em casos de dor menos intensas, até aos opioides como a morfina, usada em casos de dor mais severa(14,15). Para além destes, também outras classes de medicamentos como os antidepressivos e os antiepiléticos são bastante utilizados para complementar outros medicamentos como os opiáceos(14,15). Por outro lado, a terapia não farmacológica é preponderante no controlo da dor oncológica. Preservar a saúde mental e emocional destes doentes é crucial, daí que o apoio psicológico seja de elevada importância. Técnicas de relaxamento específicas podem contribuir para uma diminuição da perceção da dor e consequentemente melhorar a qualidade de vida destes doentes(15).

Para terminar penso que seja importante contextualizar com mais pormenor dois tipos de tratamentos frequentemente usados na clínica de dor, nomeadamente as infiltrações com corticosteroides e anestésico local e os adesivos tópicos de capsaicina a 8%.

Infiltrações com corticosteroides e anestésico local

Relativamente às infiltrações, estas são tratamentos minimamente invasivos e são adjuvantes importantes na abordagem terapêutica de várias condições músculo esqueléticas. O princípio terapêutico intrínseco a este ato clínico relaciona-se com o controlo da inflamação local e da redução da dor. São frequentemente utilizados na gestão de complicações pós-cirúrgicas e em processos traumáticos que permanecem com inflamação para além do tempo previsto. Uma das principais indicações deste tratamento são casos que envolvem complicações articulares e tendinosas resultantes de várias patologias (18). As infiltrações são um forte aliado do médico mas apesar dos comprovados benefícios deste tipo de tratamento, existem por vezes complicações locais, tais como lipodistrofia, flare pós injeção e hipopigmentação, ou sistémicas, tais como hipertensão, osteoporose ou insuficiência adrenal (16). Por isso o seu uso deve ser bem ponderado, tendo em conta o doente e as suas comorbilidades, a doença e fase da mesma, e a restante terapêutica prescrita. Por norma as infiltrações com anestésico

local e corticosteroides são guiadas por imagem, mais concretamente por ultrassonografia(17).

Adesivos tópicos de capsaicina a 8%

Em relação aos adesivos tópicos de capsaicina, também conhecidos por Qutenza, importa referir que a capsaicina é um composto ativo derivado da pimenta e é um agonista altamente seletivo para o receptor de potencial transitório do tipo vaniloide (TRPV1). O efeito inicial da capsaicina é a ativação dos nociceptores cutâneos que expressam o TRPV1, o que origina a dor aguda e o eritema devidos à libertação de neuropeptídeos vasoativos. (19, 20). Ao ser administrada topicamente, a capsaicina provoca uma sensação inicial de elevada sensibilidade que é procedida de uma dessensibilização prolongada dos nociceptores cutâneos. Qutenza é um adesivo de utilização única e pode ser cortado para se adequar ao tamanho e à forma da área em tratamento. Deve ser aplicado em pele seca e não irritada e deixado no local durante 30 minutos, em caso de tratamento para neuropatia diabética e 60 minutos em casos de nevralgia pós-herpética. Os tratamentos com Qutenza podem ser repetidos a intervalos de 90 dias, em caso de persistência ou reaparecimento da dor. Os adesivos tópicos de capsaicina a 8% (Qutenza) são bastante eficazes, proporcionando alívio significativo da dor até após uma única aplicação de 30 a 60 minutos (21). Deve ser aplicado por um médico ou por um profissional de saúde e geralmente existe uma sensação inicial de ardência. Contudo, as reações adversas mais comuns são limitadas ao local da aplicação e não duram muito tempo (21).

Casos clínicos

De seguida, encontram-se descritos todos os casos clínicos que tive a oportunidade de assistir durante o meu estágio na clínica de dor.

Dor neuropática

N ^o	Sexo	Idade	Historial clínico	Terapêutica atual	Diagnóstico	Terapêutica prescrita
2		44	Costureira de profissão. Diabetes tipo I Foi operada 3x à coluna no espaço de um ano. Após a 2ª cirurgia, as queixas de dor nas costas pioraram. Eletromiografia demonstra degeneração do M.tibial Dor no pé esquerdo espontânea, queimante, com formiguelo, dormência e sem choque. Diabética	Ozempic Pregabalina 150mg (2x dia) Paracetamol 1g(1x dia)	Lombalgia	Pensos de Qutenza Numit(suplemento) Manter medicação Hidroterapia
3	F	33	Em baixa desde cirurgia para tratar incontinência urinária. Dores na zona sacroilíaca que irradiam até ao joelho e se agravaram após a cirurgia. Problemas de estômago. Em 2018 teve complicações durante o parto.	Ben U Ron 1 g (1x dia) Pregabalina 100mg(2x dia)	Neuropatia (Nervos afetados durante a cirurgia)	Manter a medicação e em SOS aumentar a dose de Benuron até 2g/dia
6	F	—	Dores na anca, e na região	Brufen 600mg	Sacroileíte	Manter medicação e aguardar algum

			sacroilíaca. Realizou radiofrequência na sacroilíaca. Tem bastantes dores nessa zona mas é normal nas primeiras 3 semanas após o procedimento.	Pregabalina 150mg (2x dia) Tramadol em SOS		tempo
8	F	35	Movimentos do ombro limitados. Em repouso sem dor. Tentou fisioterapia para as dores que sente mas não ajudou. Relaxantes musculares e outras terapêuticas como massagens, acupuntura não surtiram efeito.	Ben U Ron 1 g (1x dia)	Dor na omoplata que irradia para o ombro.	Infiltração com anestésico local (lidocaína) Relaxante muscular em SOS (3 a 4h antes de dormir) Calor na zona de maior tensão.
9	F		Doente Hipertensa. Teve zona desde o peito até ao cotovelo. Chegou a tomar antivíricos mas demasiado tarde. Sente dores repentinas e intensas no peito e no braço esquerdo. Dor é ardente, tipo formigueiro, picadas e causa comichão	Ben U Ron 1 g (2x dia)	Nevralgia pós herpética	Qutenza Pregabalina 50 mg (2x dia) Anti histamínico Em SOS: Zilpen 37.5mg+375mg (Paracetamol+tramadol)

1 2	F	68	Radiocirurgia ao neurinoma do acústico Dor era constante e bastante elevada. No entanto quando realizou infiltrações de toxina botulínica(para a nevralgia do trigémio) obteve resultados muito positivos.	Tegretol 400mg($\frac{1}{2}$ manhã+ $\frac{1}{2}$ noite) Pregabalina 25mg(1 manhã+ 2 noite) Lamotrigina 100mg($\frac{1}{2}$ manhã+1 noite)	Nevralgia do trigémio Dor miofascial no músculo masseter.	Manteve-se a medicação
1 4	M	81	Operado 2x à coluna. Colesterol elevado. Ácido úrico elevado Presença de úlcera malévola interna no membro inferior do lado esquerdo(desde a trombose que a úlcera apareceu)	Zaldiar (tramadol+paracetamol) em SOS PICO (penso de pressão negativa) 1x semana Fisioterapia 1x mês	Síndrome pós trombótico Dor ciática incapacitante	Manteve-se a medicação
1 7	F	54	Doença de Quervain no punho direito. Operada à coifa dos rotadores. Após a cirurgia continuou a sentir dores e tem limitações no movimento do ombro direito Realizou colecistectomia	Hidroginástica 2x semana Pilates clínico (1x semana) Versatis Em SOS:Brufen 600 mg	Omalgia crónica (dor em movimento piora)	Manteve-se a medicação

19	F	83	Fratura do colo do fémur direito há cerca de 2 semanas e “tríade terrível do cotovelo direito”. Dor anal após colecistectomia	Gabapentina 200mg(1 dia) Ben U Ron 1 g em SOS	Dor anal contínua com sensação de queimadura	Manter a medicação
21	M		Tinha um aneurisma e foi operado à aorta. Desde a operação que ficou com dores e sem sensibilidade nos pés	Gabapentina 100mg (3x dia) Em SOS :Zilpen (75mg+650mg) Paracetamol+Tramadol (8h/8h) Pensos de capsceína(no hospital)	Complicações pós-cirúrgicas(levaram a lesões nos nervos)	Manter medicação
22	F		Hipertensa Colesterol elevado Teve zona, da qual recuperou Dor tipo formigueiro nos membros superiores, costas e peito, está sempre presente.	Pregabalina 100mg (2x dia) Zolpidem(1 à noite) Ben U Ron 1 g (1x dia)	Dor neuropática generalizada no corpo todo, principalmente nos membros superiores	Em SOS: Brufen Manteve-se medicação

2 3	F		Artrose nos dedos Dores nas pernas e articulações Inchaço da cintura para baixo, após cirurgia para remoção da bexiga Não lidou bem com a Pregabalina	Gabapentina 100 mg (1x dia) Benuron em SOS	Dor neuropática generalizad a com foco nos membros inferiores, principalme nte nos pés	Qutenza nos pés
2 6	F	65	Dor no cotovelo que afeta dedos mindinho e anelar(formigueiro); Dor espontânea tipo choque elétrico) Acorda durante a noite com dores ocasionalmente.	Pregabalina Diazepam 10 mg	Síndrome do Túnel cubital	Aplicar Emplastro Versatis durante a noite
3 3	F	71	Sente dor ao toque na zona do peito e das costas. Teve Herpes zoster na zona lombar. Dor sempre presente com períodos de maior intensidade.	Pregabalina 100 mg(2 x dia) Paracetamol 1g (2 x dia)	Nevralgia pós- herpética	Gabapentina 100 mg (2x dia) Tramadol gotas em SOS
3 4	F	75	Diabetes tipo I há bastante tempo Principal queixa é dor no membro superior esquerdo mas também afeta os membros inferiores- dor tipo choque elétrico sem ardência.	Zilpen (Tramadol +Paracetamo l) (37,5mg +325 mg)-2x dia	Neuropatia diabética	Manteve-se a medicação

4 1	M	70	Sem mobilidade(anda de cadeira de rodas) Dores nos calcanhares(sempré presente), nas pernas(tipo frio), nas nádegas e lombar(tipo moideira) Fator de agravamento da dor é estar sempre na mesma posição Não toma nenhum medicamento para a EM Alérgico a corticoides	Pregabalina 100 mg (2x dia) Duloxetina Tramadol 50mg(1 x dia)	Esclerose múltipla	Tramadol (Tramal): 100 mg 2 x dia) SOS: tramadol travex rapid (máx 2x dia)
4 5	F	64	Diabética tipo II Dores tipo formigueiro e choque elétrico com principal incidência nas pernas e extremidades inferiores. Em repouso não sente melhorias significativas	Pregabalina 100mg(2x dia) Benuron 1g(1x dia)	Neuropatia diabética	Gabapentina 100 mg (2x dia) Cessar toma de Benuron

Dor Músculo-esquelética

Nº	S e x o	Id ad e	História clínica	Terapêutica atual	Diagnóstico	Terapêutica Implementada
1	F	-	Dores nas mãos e na anca. Manchas de psoríase à cerca de 1 ano na zona dos joelhos. Apresenta zumbido nos ouvidos, retenção de líquidos, inchaço nas pernas e o rim esquerdo não funciona devido a endometriose. Fez hidroterapia para as dores mas deixou devido a estar muito inflamada.	Sirdalud (1 noite) Versatis Pregabalina 150mg(2x dia) Fisioterapia 3x semana. Infiltrações realizadas no passado não tiveram resultados.	Osteoartrose nas mãos e na anca	Infiltrações na articulação sacro-ilíaca. Manter medicação
4	F	70	Após uma extração dentária que correu mal, começou a sentir dores. Dificuldades em dormir. Perda de força nas articulações que impossibilitam a realização de algumas tarefas diárias. Diabética	Gabapentin(100 mg 2x dia Ben U Ron 1 g(2x dia) Acupuntura(não trouxe resultados). Hidroginástica	Artrite reumatoide. Dores fortes nas articulações	Manter medicação
5	M	-	Trabalha na construção civil. Dores na ancas e nos ombros constantes que	Em SOS: Benuron 1g Infiltrações PRP nos ombros não deram	Bursite crónica no ombro.	Benuron:1g(8-8h) Gelo no local da dor

			agravam com os movimentos.	resultados.		
7	F	-	Dor em ambos os joelhos. Dor piora em movimento mas não irradia para nenhum lado. Sente dor tipo picadas que persistem tanto em repouso como em movimento A Infiltração realizada em dezembro de 2025 trouxe resultados positivos durante 3 meses.	Gabapentina 150mg (2x dia) Tapentadol 100mg(2x dia)	Artroses nos joelhos. Sente dor tipo picadas que persistem tanto em repouso como em movimento	Cessar tapentadol e substituir por tramadol 100mg (2x dia) Fisioterapia
9	F	-	Sente dores no corpo todo. Mesmo com a medicação as dores persistem. Doença autoimune diagnosticada há bastante tempo.	Pregabalina 100mg(2x dia) Zilpen 37.5mg + 325mg (Paracetamol+tr amadol) Ibuprofeno em SOS	Fibromialgia	Pregabalina 100mg(1 à noite) Tramadol (1 de manhã) Zilpen em SOS Relaxante muscular à noite durante 1 mês
10	F	67	Próteses nas duas ancas e no joelho esquerdo. Presença de Polimialgia reumática e fibromialgia. Operada 2x à coluna	ADT(25 mg à noite) 1+1/2 Adesivo de 3 em 3 dias de Fentanilo Sandoz Duloxetina 60 mg-1 de manhã Pregabalina 100mg 2x dia Fisioterapia: todos os dias	Lombociatalgia (De 0 a 10- paciente classifica a dor em 6 quando parada)	Retirou-se a duloxetina, manteve-se o resto da medicação
11	F	73	Hipertensão; Diabetes; Hipercolesterolemia	Tapentadol 100mg(2x dia) Pregabalina 150	Síndrome do ombro doloroso	Manteve-se a medicação Massagem com

			; Fibromialgia Dor constante no ombro que piora com o movimento.	mg(2x dia) Em SOS: Benuron Hidroginástica(2 x semana)		creme anti-inflamatório. Fisioterapia
13	F	67	Poliomielite (aos 3 meses de idade) Nefrectomia(doou o rim esquerdo) Perna direita mais curta e mais magra.	Sem medicação para a dor Realizou infiltração miofascial com lidocaína mas sem resultados positivos	Lombalgia crónica (Dor irradia até ao joelho)	Em SOS: Benuron 1000 mg(8/8h) Hidroginástica Aplicação de calor na zona da dor
15	F	66	Dor na face lateral da coxa. Cifose dorsal e dor nos glúteos. Pé direito dormente após repouso Lombociatalgia; apneia do sono.	Infiltrações-sem resultados positivos. Zilpen 37.5mg+325mg (2x dia) Pregabalina 100mg (2x dia) Flexiban(1x dia) Duloxetina 120mg	Lombalgia	Manteve-se a medicação Em SOS: Turox 60 mg Hidroginástica
18	F	77	Hipertensa; Descompressão do canal raquidiano: Espondilolistese em L4 Operada 2x às varizes há cerca de 15 anos	Zilpen (Tramadol+Paracetamol) (75mg+650mg) Rantudil 90 mg (ocasionalmente) Fisioterapia 3x semana	Lombalgia (Dores lombares fortes de predomínio mecânico)	Infiltração sacro-ilíaca esquerda com anestésico local Robaxisal Duo(2 de manhã+ 2 à tarde) Emplastros TransACT (1 durante a noite na área de maior dor) Em SOS: Exiv 60mg Parar a toma de Rantudil

20	F	61	Hipertensa Diabética Realizou 2 cirurgias de coluna	Pregabalina 100mg (2x dia) Infiltração na sacroilíaca- ajudou um pouco	Dor na anca (Coxartrose)	Manter medicação Fisioterapia Infiltração na sacroilíaca
24	M	32	Operado à coluna em 2012; Acidente de trabalho há 5 anos causou quebra de um parafuso que tinha sido colocado na coluna. Dificuldade em realizar movimentos de lateralidade e flexão anterior da coluna	Massagens; Calor Voltarem Diazepam 5 mg(para dormir) Infiltração realizada na lombar.	Dor que nasce da lombar e irradia até à perna	Durante 10 dias: anti-inflamatório com protetor gástrico Pregabalina 100mg (1 à noite) SOS: Zilpen(Paracetamol e Tramadol) 37.5mg+325mg
25	F	77	Dor nos ombros(mais intensa no direito) Cancro no útero, realiza quimioterapia 1x semana Hipertensa Apenas com um rim	Zilpen(37.5+325 mg) (1 x dia)	Omalgia crónica	Zilpen (2x dia) Infiltrações nos ombros Relaxante muscular (durante 1 mês)
27	F	60	Cirurgias à coluna (lombar e cervical) Dor generalizada desde a operação à coluna Dificuldades de movimentos nomeadamente flexão anterior da coluna	Zilpen (75mg+650mg) (1x dia)	Patologia osteodegenerativa	Rantudil Flexiben em SOS Fisioterapia
28	F	83	Insuficiência	Ben-u-ron	Artroses nos	Zilpen

			cardíaca severa Dificuldade na mobilidade(cadeira de rodas) Alérgica ao mentol	1000mg(12h/12 h) Pregabalina 50mg(12h/12h)	joelhos	37.5mg+375mg(Tramadol Paracetamol) em SOS Fisioterapia
29	F		Artroplastia do joelho esquerdo. Após a cirurgia dor intensificou-se	Paracetamol 1g (2 x dia) Pregabalina 50mg(2x dia)	Dor articular no joelho	Qutenza na zona de maior dor.
30	M	72	Cirurgia realizada à coluna. No entanto, mantém dores nas costas. Diagnosticado com ELA Hipertensão	Paracetamol 1g(2 x dia) Pregabalina 50 mg(1x dia)	Lombalgia	Manteve-se a medicação Em SOS: Tramadol
31	M	60	Dor no ombro presente há algum tempo, tem piorado. Infiltrações não deram resultados e doente não pretende fazer mais.	Zilpem(1 x dia)	Omalgia bilateral	Brufen em SOS
32	F	55	Cirurgia de colecistectomia há 10 anos. Dor generalizada mas com foco nos membros superiores e inferiores. Hipertensão	Pregabalina 100mg(2x dia) Tramadol 50mg(1x dia)	Fibromialgia	Manter medicação
36	M	40	Dor na região lombar de elevada intensidade que começou após um esforço físico intenso Hipertensão	Paracetamol 1g (2x dia)	Lombalgia	Em SOS:Naproxeno

37	F	65	Queda com traumatismo facial em 2023; queixas de dor intensa na região do maxilar superior desde o acidente. Avaliada em Cirurgia maxilofacial que não detectou alterações de relevo. Fez Acupuntura(3 sessões) e “terapia neuronal” mas sem resultados positivos.	Lorazepam 2.5mg (ao deitar) Triticum 150mg Tapentadol 50mg(2x dia) ADT 75mg Duloxetina 30mg Celecoxib 200mg(2x dia)	Dor crónica maxilar pós traumática face/crânio (dor agrava durante o dia, com movimentos de mastigação e fala e alivia quando está deitada)	Descontinuar ADT, Duloxetina e Celecoxib por falta de efeitos terapêuticos NUBIT(2 cápsulas ao pequeno almoço) Vessatis na área mais dolorosa 12h dia durante 20 dias
38	F	67	Dor na região inguinal direita com irradiação para a face anterior da coxa. Dor piora ao andar e com esforços	Paracetamol 1g(2x dia) Benuron 600mg em SOS Fisioterapia(1x semana)	Coxartrose	Suspender Paracetamol e Benuron Começar Paracetamol+C odeína(500mg+ 30mg) Fisioterapia mais frequente
39	M	45	Dor na região dorso-lombar, com irradiação para a perna. Apresenta ligeira lordose e limitação da flexão da coluna	Pregabalina 150mg(2x dia) Paracetamol 1g(2x dia) Em SOS: Tramadol	Dorsolombalgia	Mantém medicação
40	F	61	Queda recente em casa afetou o tornozelo Dores nas pernas e na anca(quando se encontra em repouso o joelhos ficam roxos e	Hidroginástica(parou recentemente) Tapentadol 100mg(2x dia) Zolpidem(1 à noite)	-----	Fisioterapia Tapentadol 150 mg(2x dia) Voltaren retard

			quentes sem motivo aparente)			
42	F	56	Dor nos ombros degenerativa Sente os braços frios Dor piora com o movimento e afeta a vida da doente. Em repouso dor muito leve mas presente.	Tramadol 50 mg (à noite) Fisioterapia-com resultados positivos Infiltração com resultados positivos	Artrose nos ombros	Infiltração PRP nos ombros Tramadol(2x dia) Aplicar calor nos ombros.
43	F	63	Sente muitas dores no corpo com principal incidência na extremidades e membros Dores constantes que melhoram com o descanso.	Tramadol 50 mg(2x dia) Tapentadol em SOS Duloxetina	Fibromialgia	Cessar a toma de tapentadol por ser incompatível com o tramadol. Tramadol 100mg(2x dia)
44	F	55	Dores nas pernas, ombros e costas. Dor tipo formigueiro nas mãos. Dores de cabeça constantes nos últimos dias. Problemas de estômago	Pregabalina(150mg-manhã; 100mg-noite) Victam	Artroses em vários locais Existe uma componente neuropática	Pregabalina 150mg(2x dia)
46	M	-	Excesso de peso Ausência de atividade física Dificuldade em realizar diversos movimentos como flexão anterior da coluna. Dores (“tipo fisgada”) bastante fortes mas sem ser	Tramadol 50mg(2x dia) Miodia 15 mg Fisioterapia(várias vezes por semana) Calor nas costas	Lombalgia	Cessar tramadol- (estava a causar efeitos adversos no intestino) Cessar miodia Em SOS. Tomar Robaxisal (Metacarbamol+ Paracetamol) (8/ 8h)

			constantes			Infiltrações com anestésico local na lombar
47	F	-	Tem prótese no joelho esquerdo. Sofreu uma queda em dezembro de 2025 e partiu o fémur da perna esquerda; esteve 4 meses nos cuidados continuados. Sente dores no joelho esquerdo com considerável intensidade.	Palexia(tapenta dol) 100mg (2x dia) Duloxetina 60 mg (1x dia) Em SOS: Palexia libertação rápida 50mg	Dor pós-cirúrgica	Manter medicação Infiltrações com anestésico local no joelho esquerdo
48	F	-	Dor na região omoplata direita com anos de evolução; agravamento da dor nos últimos meses; dor despertada pelo movimentos Estudo radiográfico não revela alterações significativas da morfologia das vértebras nem desalinhamentos vertebrais. Não se identificam fraturas costais.	Vessatis Zilpen 37.5mg+325mg Keplast (emplastro com AINE) Miodia 15 mg Fisioterapia-(sem alívio da dor) Hidromassagem (2x semana)	Contraturas com trigger-points (Dor à palpação sobre o ângulo da omoplata direita que persiste nessa região com a elevação as omoplatas)	Cessar Miodia Massagem Infiltrações com anestésico local na zona da dor

Dor oncológica

Nº	Sexo	Idade	História clínica	Terapêutica atual	Diagnóstico	Terapêutica prescrita
35	F	62	Doente com cancro; desde a quimioterapia começou a sentir dores tipo formigueiro e choque elétrico nos braços.	Pregabalin a 100mg Ben U Ron 1 g em SOS	Neuropatia nos membros superiores	Qutenza nas áreas de maior dor

Conclusão

Este estágio permitiu-me, para além do desenvolvimento de novos conhecimentos e competências na área da medicina da dor, ter a oportunidade de conhecer uma realidade que, normalmente, um médico dentista não está tão consciente de como funciona, isto é, a do funcionamento de uma Unidade Hospitalar.

De tudo o que aprendi neste estágio, uma das lições mais marcantes foi ter sempre presente que devemos olhar para um doente como um todo, tendo em consideração a vertente física, emocional e social do mesmo. Outra lição não menos importante foi a de compreender que existem mais métodos terapêuticos eficazes para além da medicação prescrita e que o sucesso do tratamento depende muitas vezes destes métodos serem bem aplicados.

Em suma, este estágio proporcionou-me um ambiente desafiador, no qual cada experiência contribuiu para o meu crescimento profissional e desenvolvimento pessoal. A diversidade dos casos observados e o convívio com profissionais especializados numa área que não domino foram aspetos muito enriquecedores. Tal como na clínica de dor, a prática clínica médico-dentária deverá ter sempre como um dos seus principais objetivos recuperar a funcionalidade e melhorar a qualidade de vida do doente.

Bibliografia

1. Michael F. Stretanski; Nancy L. Kopitnik; Anirudh Matha; Till Conermann. Chronic Pain. September 28, 2025.
2. Cathy M. Russo M, William G. Brose M. Chronic Pain. Annual Review of Medicine. 1998;49(1):123-33.
3. 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)).
4. Hylands-White N, Duarte RV, Raphael JH. An overview of treatment approaches for chronic pain management. Rheumatology International. 2017;37(1):29-42.
5. Finnerup NB, Kuner R, Jensen TS. Neuropathic Pain: From Mechanisms to Treatment. Physiol Rev. 2021;101(1):259-301.
6. Bouhassira D. Neuropathic pain: Definition, assessment and epidemiology. Rev Neurol (Paris). 2019;175(1-2):16-25.
7. Eugenio Cavalli , Santa Mammana , Ferdinando Nicoletti , Placido Bramanti , Emanuela Mazzon. The neuropathic pain: An overview of the current treatment and future therapeutic approaches. Immunopathol Pharmacol. 2019 Mar 22;33.
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. A Systematic Review and Meta-Analysis. J Pain Symptom Manage. 2022;63(5):e505-e20.
9. Brona M Fullen , Harriet Wittink , An De Groef , Morten Hoegh , Joseph G McVeigh , Denis Martin , Keith Smart. Musculoskeletal Pain: Current and Future Directions of Physical Therapy Practice. Arch Rehabil Res Clin Trans. 2023 Feb 1;5(1):100258.
10. André Wan Wen Tsai , Ricardo Kobayashi , Ibrahim Afrânio Willi Liu , Márcio Fim , André Cicone Liggieri , Edilson Silva Machado. Update on Musculoskeletal Pain Management. Rev Bras Ortop. 2024 Feb 1;59(2):e160–e171

11. 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.
12. Yoon SY, Oh J. Neuropathic cancer pain: prevalence, pathophysiology, and management. *Korean J Intern Med*. 2018;33(6):1058-69.
13. Scarborough BM, Smith CB. Optimal pain management for patients with cancer in the modern era. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(3):182-96.
14. Liu WC, Zheng ZX, Tan KH, Meredith GJ. Multidimensional Treatment of Cancer Pain. *Curr Oncol Rep*. 2017;19(2):10.
15. 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.
16. Honorio T Benzon , David Anthony Provenzano , Ameet Nagpal , Dmitri Souza , Maxim S Eckmann , Ariana M Nelson , Maged Mina , Alaa Abd-Elsayed , Dalia Elmofty , Andrea L Chadwick , Tina L Doshi , Carlos A Pino , Maunak Rana, Shalini Shah, Hariharan Shankar , Alison Stout, Elizabeth Smith, Salahadin Abdi, Steven P Cohen, Joshua A Hirsch, Byron J Schneider, Laxmaiah Manchikanti, Timothy P Maus, Samer Narouze, Harsha Shanthanna, Ajay D Wasan, Thanh D Hoang, Jessica Rivera, Christine Hunt, John D FitzGerald. Use and safety of corticosteroid injections in joints and musculoskeletal soft tissue: guidelines from the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, the American Academy of Pain Medicine, the American Society of Interventional Pain Physicians, and the International Pain and Spine. *Reg Anesth Pain Med*-2025 Mar 12:rapm-2024-105656
17. Sarah I Kamel, Humberto G Rosas, Tetyana Gorbachev. Local and Systemic Side Effects of Corticosteroid Injections for Musculoskeletal Indications. *AJR Am J Roentgenol*. 2024 Mar;222(3):e:2330458.
18. Amit kumar Sahu, Prasandeep Rath, Bharat Aggarwal. Ultrasound-guided injection in musculo-skeletal system-An overview. *J Clin Orthop Trauma*. 2019 May 22;10(4):669–673.

19. Frias B, Merighi A. Capsaicin, Nociception and Pain. LID - 10.3390/molecules21060797 [doi] LID - 797. (1420-3049 (Electronic)).
20. Blair HA. Capsaicin 8% Dermal Patch: A Review in Peripheral Neuropathic Pain. *Drugs*. 2018;78(14):1489-500.
21. Derry S, Rice AS, Cole P, Tan T, Moore RA. Topical capsaicin (high concentration) for chronic neuropathic pain in adults. (1469-493X (Electronic)).