

1.Introdução

A presente dissertação destina-se a dar conta dos métodos e técnicos utilizados para o tratamento da dor nos doentes oncológicos (farmacológicas e não farmacológicas). Trata-se de um problema que abrange toda e qualquer localização tumoral e que varia conforme o estadio da doença, englobando uma equipa multidisciplinar na qual deveria estar sempre presente um fisioterapeuta.

A Dor é um problema mundial e um dos maiores receios das pessoas a quem é diagnosticada uma doença oncológica. Sobrepondo-se este receio a muitas outras doenças provocadoras de dor crónica. Daí o referirmos a dor Crónica Oncológica e a Dor Crónica Não Oncológica.

Nem a Dor Aguda nem a Dor Crónica recebem o tratamento adequado por razões diversas: cultura, atitude, educação, política e logística.¹

A primeira parte do trabalho tem a ver com a definição, fisiopatologia e tratamento farmacológico de Dor e a segunda refere-se, em concreto, à Sofrologia como meio não-farmacológico complementar no tratamento do doente com dor oncológica.

Foi realizada uma pesquisa, em vários motores de busca: B-On, Cochraine, PubMed, Elseviere com uma lista de palavras-chave que se cruzaram, tendo tido o resultado exposto. Os documentos foram incluídos e excluídos pelo seu título, resumo e texto.

Nada foi encontrado em relação a Sofrologia, pelo que se optou pela busca em bibliografia publicada e revista por pares, e pela experiência da autora da dissertação.

Quanto à importância dada à Fisioterapia foram raros os achados e nenhum autor fisioterapeuta no que se refere ao tratamento da dor quer à Sofrologia e Dor.

Em meados do século passado foi-se consolidando a noção de que a dor constitui uma das principais causas de procura dos cuidados de saúde, por parte da população, acrescida de que o seu tratamento inadequado representa um sofrimento eticamente inadmissível e custos económicos elevados para a sociedade. Esta informação surge e está na génese da campanha “Dor, o quinto sinal vital”².

O 5º sinal vital apareceu no início da década de 1990, nos EUA, proposta pela *American Pain Society*, sendo uma avaliação aplicada na maioria dos hospitais e de carácter obrigatório nalguns estados, de modo a tornar a Dor visível nos vários contextos de saúde³, citando Mac Lellan (1997).

Em Portugal, em 2001, foi publicado o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD) pela Direcção-Geral da Saúde (DGS). PNLCD.⁴

Na Europa, a sua aplicação é mais recente e, em Portugal, a 14 de Junho de 2003, coincidindo com o Dia Nacional de Luta contra a Dor. Nessa data, a Direcção Geral de Saúde emana a Circular Normativa N^o09 que declara a dor como 5^o Sinal Vital e prevê a sua avaliação em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde. O nosso País é o primeiro a estender a sua aplicação a todo o Serviço Nacional de Saúde e eram apresentadas algumas escalas de avaliação da intensidade da dor.

Em 2010, sete anos depois do PNLCD, a DGS publicou o Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCD). Circular Normativa N^o 11/DSCS/DPCD de 18/06/ 2008.⁶⁶ Este programa tinha um horizonte temporal de 10 anos e pretendia: reduzir a prevalência da dor na população portuguesa, melhorar a qualidade de vida das pessoas com dor e racionalizar custos/recursos associados ao tratamento da dor. No PNCD constam cinco princípios orientadores: 1) subjetividade da dor; 2) obrigatoriedade de avaliação e registo da dor (dor equiparada ao 5^o sinal vital); 3) direito do doente ao controlo da dor; 4) dever dos profissionais de saúde de tratarem a dor; e 5) tratamento diferenciado da dor.

A Dor como uma das prioridades do Ministério da Saúde, deverá ser incluída no Plano Nacional de Saúde 2011-2016.

Quanto aos aspetos relacionados com o sistema de saúde, os principais livros de texto (Medicina e Enfermagem) devotam somente algumas páginas às diretrizes do controlo da dor e de outros sintomas.⁵

Uma das causas apontadas para a não utilização do tratamento mais adequado pode dever-se a não ser devidamente reembolsado e/ou pode ser demasiado caro para o orçamento das famílias. A evidência disponível sugere que a falta de cobertura e a existência de políticas desiguais de reembolso (incluindo a prescrição de medicamentos, de medidas não-farmacológicas para alívio da dor, do acesso a equipamentos médicos e a serviços profissionais) condiciona o tratamento da dor total. Os mais afetados são os pobres, os idosos, os incapacitados e todas as minorias⁶.

Existe a consciência dos Cuidados serem insuficientes na atenção à DC (Dor Crónica), mas ainda comuns na Europa.⁷

Vários estudos mostraram que os cuidados para controlar a dor são deficientes, com resultados finais em saúde precários, seja em França⁸, nos EUA,⁹ no Canadá^{11 e 10} e na Ásia¹².

O estudo “Pain in Europe” (PIE) 2006 que incluiu 15 países europeus mais Israel. Foi levado a cabo no sentido de conhecer a prevalência, a gravidade, o tratamento e o impacto da DC em 15 países europeus e Israel¹³, com conclusões pouco satisfatórias.

Estes resultados levaram a que o Programa Nacional de Controlo da Dor ¹⁴ referisse que “todo o indivíduo tem direito ao adequado controlo da dor, qualquer que seja a sua causa, por forma a evitar o sofrimento desnecessário e reduzir a morbilidade que lhe está associada” e que “o controlo da Dor deve ser efetuado a todo o nível das redes de prestação de cuidados de saúde, começando, em regra, pelos Cuidados de Saúde Primários e prosseguindo, sempre que necessário, para níveis crescentes de diferenciação e especialização”.

No entanto, no estudo sobre Visibilidade da Dor cerca de ¼ a 1/5 dos participantes do estudo opinava que os colegas, os patrões, a família e os médicos eram “insensíveis” à dor que eles sentiam, não encarando a dor como um problema e não entendendo a forma como a dor afeta as pessoas. ¹³

Acrescentam-se também a opinião dos doentes sobre os seus médicos assistentes: 38% achava que os médicos preferiam tratar o cancro que a dor associada ⁷; havendo pouca comunicação, pois no EPIC 22% dos doentes relatou que as perguntas sobre a dor nunca lhes eram feitas ⁷. e no PIE 12% dos participantes referiu que os médicos nada perguntavam sobre a dor ¹³. Quase um terço dos europeus reivindicou não ter sido informado sobre os novos métodos para controlar melhor a dor. ¹³

O alívio da dor é atualmente visto como um direito humano básico e portanto trata-se não apenas de uma questão clínica mas também de uma situação ética que envolve todos os profissionais de saúde ¹⁴.

As localizações anatómicas mais frequentes são: Coluna vertebral, (36%), Abdómen (27%), Tórax (24%), Membros Inferiores (22%), Cabeça e Pescoço e Região Pélvica (17%), Membros Superiores (11%), Região Perianal (7%). A causa mais frequente é a metastização óssea (carcinoma do pulmão, da mama, da próstata).¹⁵

É importante existir uma equipa multidisciplinar na avaliação e controlo da dor crónica. Uma das dificuldades com que se depara o tratamento da Dor Crónica é o facto de, com demasiada frequência, o enfoque ser no sintoma e não na dor (o que torna necessário, para além do doente e do cuidador principal, médicos, enfermeiros, um psicólogo, um técnico de serviço social, um nutricionista e, se possível, um assistente espiritual ¹⁶ e por fisioterapeutas (raramente referenciados na bibliografia). A dor é capaz de provocar uma maior introversão e deixa as pessoas mais sós com as suas perguntas e temores. ¹⁷

Quanto aos tratamentos não farmacológicos – complementares. Nas diferentes fontes, foram sempre encontradas referências à importância do relaxamento, entre outras técnicas, como complementares para o tratamento do doente com Dor Oncológica.

Como exemplo temos os tratamentos não-farmacológicos e complementares que podem ser múltiplos: Sofrologia Caycediana[®], Estimulação Cognitiva, Estimulação psico-cognitiva ou psicossocial, Estimulação comportamental e Estimulação sensorial.

18

O objetivo será que o doente tome uma posição ativa para: diminuir a sintomatologia depressiva; lentificar o declínio de certos aspetos cognitivos; preservar a autonomia em determinados atos da vida quotidiana; atenuar determinadas alterações do comportamento e melhorar a Qualidade de vida e facilitar a ajuda dos familiares. Encarando a Sofrologia Caycediana[®] como uma ciência com métodos e técnicas próprios, poderemos obter uma resposta para a pessoa se reencontrar e aproveitar ao máximo a comunicação verbal e não-verbal das capacidades de comunicação. Trata-se de uma reciprocidade entre o respeito que deve haver entre os interlocutores: A *Aliança* (cf. *Sofrologia Caycediana*) que se transmite de diferentes formas (visual, auditiva, olfativa, de movimento (cinesiológicas)).¹⁸

Em Fisioterapia constata-se que existe Dor em 5% dos doentes oncológicos: Coluna vertebral, (36%), Membros Inferiores (22%), Cabeça e Pescoço (17%), Membros Superiores (11%) e que poderíamos abranger a grande maioria dos doentes sofredores de Dor Crónica Oncológica. Ficando à margem: Abdómen (27%), Tórax (24%), Região Perianal (7%). Com alguma intervenção a nível do Tórax.¹⁶ Poder-se-á observar que a Fisioterapia Convencional pode e deve estar na equipa multidisciplinar, podendo cobrir, diretamente, 42% desta população como defendem os membros da Clínica da Dor no Instituto Português de Oncologia de Lisboa.

Assim, o objetivo principal será: aliviar a dor e melhorar a qualidade de vida do doente, restaurando a capacidade funcional e social e aumentando a gama de satisfações pessoais¹⁹.

Este trabalho tem, portanto, como finalidade, o resumo dos fármacos e suas consequências quando utilizados nos doentes oncológicos com Dor crónica segundo a Escada da OMS e dar a conhecer a Sofrologia como um método e técnicas a utilizar nestes doentes, quer estejam acamados ou em regime de ambulatório; pois, devido às suas técnicas estáticas e dinâmicas e à sua adaptabilidade às intervenções já utilizadas pelos fisioterapeutas tem provado, na clínica, ter o seu lugar por conter técnicas que lhe são próprias para o tratamento da Dor.

2. Enquadramento teórico

2.1 Dor

2.1.1. Definição de dor

Segundo W.Styron, a Dor é um fenómeno complexo. É uma construção feita de recordações passadas, experiência presente e medo do futuro.

A dor é para o doente uma experiência subjetiva que absorve toda a sua atenção e energia e para a qual se sente completamente desarmado. Existem uma série de situações em que a dor está ligada a uma lesão orgânica interior que afeta quer o físico quer o psíquico e que pode ser uma carga histórica de tal forma negativa que envolve o doente na sua teia²⁰.

A dor consiste numa experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesão tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão.²¹

Segundo a International Association for the Study of Pain (IASP), a dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial cuja descrição pode corresponder à existência de tal lesão. Portanto, a dor pode estar associada a uma lesão tecidual e a variáveis cognitivas ou emocionais, onde a dor é independente do dano nos tecidos.

Dor Crónica Oncológica (DCO) - É a dor associada ao cancro. Está presente em quase metade dos doentes oncológicos ao longo das várias fases da doença, mas em situação avançada/terminal, chega a afetar 70 a 90% dos doentes²² sendo que 80% da DCO é de causa tumoral e 20% decorrente dos tratamentos instituídos²³.

As dores mais frequentes no doente com cancro são:

- Dor associada à quimioterapia, habitualmente distal e simétrica²⁴ e²⁵; dor associada à hormonoterapia; dor associada à cirurgia e dor associada à radioterapia: radiodermite, mielopatias, plexopatias, osteorradionecrose.²⁶

2.1.2 Tipologia da dor

A dor episódica, concretamente a dor irruptiva, é prevalente no cancro e apresenta um problema significativo para os doentes⁷. A depressão está obviamente associada à DC (Dor Crónica).

O estudo "European Pain in Cancer" (EPIC) aprofundou a prevalência e a intensidade da DCO e obteve dados descritivos sobre o modo como a dor era avaliada, tratada e os resultados do tratamento prescrito²⁷.

Dor aguda vs Dor Crónica – *Dor Aguda* tem carácter fisiológico, é desencadeada por uma lesão e tem função de alerta e defesa. Tem uma duração breve, é desencadeada por um estímulo nociceptivo e/ou reacção inflamatória e tem relação causa-efeito bem determinada, enquanto que a *Dor Crónica* tem carácter patológico, sem relação causa-efeito definida, sem função de alerta ou defesa, gradativamente incapacitante e que surge por alteração dos mecanismos de nocicepção.

Dois fatores fundamentais estão envolvidos na Dor: a agressão que determina a intensidade e extensão da lesão e funciona como estímulo para ativação da via nociceptiva e a sensibilidade responsável pela modulação da reatividade dos nociceptores e das sinapses centrais aos estímulos nociceptores aferentes e depende de mecanismos inibitórios e facilitadores locais e espinhais.

Na via nociceptiva há um equilíbrio entre a estimulação das fibras aferentes nociceptivas excitatórias e as vias aferentes não nociceptivas inibitórias²⁸.

A Dor Aguda (DA) é a consequência imediata da ativação dos sistemas nociceptivos por um agente nosológico e tem função de proteção biológica (alarme a nível do tecido lesionado).

Segundo a IASP, a Dor Aguda é “de início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causal”.

A Dor Crónica (DC) não possui uma função protetora e, mais que um sintoma, pode ser considerada como uma doença, que pode chegar a ser mais importante que a própria patologia que a iniciou. De acordo com Anderson é “uma dor que persiste após o tempo necessário para a cura de uma lesão, permanecendo por três meses ou mais”.

A DC pode ser causada por inúmeros quadros clínicos, como o cancro, que requer sempre avaliação e tratamento da responsabilidade de uma equipa multidisciplinar.

Atualmente considera-se a DC como uma síndrome grave. De acordo com Wall e Melzack, “um problema médico que, por si só, necessita de atenção e tratamento específico”²⁹.

A DC mais frequente é a dor nociceptiva, comática³⁰. As causas, na sua maioria, devem-se à invasão tumoral direta e/ou a metástases. A dor visceral pode chegar a ser muito grave, como na doença oncológica pélvica, do pâncreas e pode acontecer o surgimento dos 3 tipos de dor: somática, visceral e neuropática. As localizações anatómicas mais frequentes são: Coluna vertebral (36%), Abdómen (27%), Tórax (24%), Membros Inferiores (22%), Cabeça e Pescoço e Região Pélvica (17%), Membros Superiores (11%) e Região Perianal (7%). A causa mais frequente é devida a metastização óssea (carcinoma do pulmão, da mama, da próstata).¹⁵

Dor Total - No cancro avançado e na fase final de outras doenças, a dor, pela sua persistência e forma como afeta a pessoa e os seus comportamentos, é sentida como uma Doença ou uma forma de sofrimento global, podendo assumir o conceito de Dor Total ^{31,32}.

Este conceito explica a dor como não sendo aliviada e ser capaz de se converter no centro da vida de um ser humano por conter os seguintes elementos: a) Físicos, b) Emocionais, c) Sociais e d) Espirituais ³³ de acordo com Beecher.³⁴

Uma das dificuldades com que a pessoa com dor se depara é que a maioria dos profissionais na área de saúde continua a estar mais focada nos aspetos físicos da dor, para os quais são treinados e menos nas dimensões Social e Espiritual, tornando difícil diagnosticar e tratar o sofrimento existencial dos doentes com Dor Crónica. Assim temos a considerar:

- Dor Física – pode estar associada a necessidades como: conforto, controlo da dor e outros sintomas, onde podem estar incluídos os resultantes dos tratamentos que estão ou foram instituídos
- Dor Psicológica – pode estar associada a Necessidades Emocionais como: ansiedade, sentimentos de revolta e rejeição, isolamento, raiva, culpa, perdas pessoais, medo da morte e depressão
- Dor Social – como: falta de suporte financeiro por absentismo ou perda do emprego, perda do papel familiar e convívio social
- Dor Espiritual – medo da morte real e social, medo do castigo divino, falta de fé, esperança e sentido de viver.

Na avaliação da dor, entende-se a dor como um fenómeno psicofisiológico complexo, subjetivo e multidimensional, pelo que a abordagem da pessoa com dor deverá integrar o modelo biopsicossocial, em que deverão ser tidos em conta não apenas os aspetos sensoriais da dor (localização, intensidade, duração,...), mas também as implicações psicológicas, sociais e até culturais, associadas à patologia dolorosa, no contexto da pessoa que a experiencia ¹⁶

2.1.3. Definição da avaliação da dor

MARTINS e TRAVANCA ³, citando Mac Lellan (1997), referem que já, em 1990, *The Royal College of Surgeons's* recomendava a introdução da prática do uso de um sistema simples de avaliação da dor e registo completo e sistematizado da intensidade, localização e tipo de dor, monitorizadas de forma contínua por avaliações

subsequentes, constituindo os elementos-chave da valorização e reconhecimento da dor.

O registo quantificado da existência da dor, obriga, eticamente, a lidar com este facto com a mesma seriedade com que se lida com outros sinais vitais, valorizando sempre as suas alterações ³⁶.

A dor como fenómeno subjetivo, é uma experiência que se inscreve na nossa história humana desde cedo e que de forma marcante induz o nosso comportamento, tornando essa experiência única e singular ³. É um fenómeno cuja complexidade não se esgota na consciência de um estímulo, mas que se prolonga num crescendo de emoções, atitudes e comportamentos, que traduzem a expressão do sofrimento. Muito para além de uma sensação, ela é uma percepção moldada pela personalidade dos que sofrem e pelos contextos sociais que a rodeiam ³⁷. Nas dimensões sensitiva e psicológica/comportamental da dor intervêm fatores como: as crenças e valores culturais e espirituais da pessoa que a sente, a sua experiência anterior em relação à dor, personalidade, idade, ambiente envolvente e a interpretação que faz da dor à luz da sua situação atual e sintomas que lhe estão associados ³⁸. Margo McCaffery refere-a como sendo uma experiência do que a pessoa diz que tem e que existe onde e como ela diz. ³⁹.

Para tentar objetivar da melhor forma esta experiência, surgiu a necessidade de criar instrumentos de avaliação, mais ou menos complexos, que mensurassem este sintoma, desde a população pediátrica à população idosa. O investimento na área de instrumentos de avaliação que complementem a avaliação da dor nestes doentes (instrumentos de heteroavaliação) tem sido enorme a nível internacional e, até, nacional, no sentido da avaliação dos mesmos para a realidade da população portuguesa. ⁴⁰

A importância da comunicação na avaliação da dor é grande, e a relação comunicativa com os doentes deve incluir ⁴¹: Frases simples, curtas, concretas e claras; ritmo adequado à capacidade recetora do doente; uma pronúncia clara; um vocabulário adequado às características (incluindo a idade e escolaridade do doente); a utilização da comunicação não-verbal ou verbal como estímulo a doentes em situação crítica e comunicação não-verbal que denuncie interesse e disponibilidade.

Em pessoas com dificuldade ou impossibilidade de verbalizar, ter em conta os seguintes aspetos: expressões vocais sugestivas de dor; a expressão facial; a expressão corporal e modificações comportamentais (perturbações do sono, ...).

De notar que os danos cognitivos são uma das causas de subavaliação da dor, principalmente nas pessoas idosas.

2.1.4. Objetivos da avaliação da dor

De acordo com SCOPEL *et al*⁴², citando Pimenta, podem considerar-se como objetivos, os seguintes:

- Estabelecer os elementos determinantes ou contribuintes para a síndrome dolorosa;
- Identificar as consequências e limitações do quadro álgico na pessoa
- Nortear a escolha das intervenções analgésicas, com base nas características da dor identificadas;
- Verificar o resultado das intervenções desenvolvidas para melhorar o quadro álgico, através de reavaliações subsequentes;
- Verificar o resultado das intervenções, através de reavaliações.

2.1.5. Instrumentos de avaliação da dor

Podem ser utilizadas diferentes escalas. No entanto, após a escolha, deve ser utilizada sempre a mesma por toda a equipa cuidadora.

2.1.5.1. Escala de Faces de Wong-Baker.^{43,44,45} É uma escala de autoavaliação. Avalia todos os tipos de dor. Utilizada em crianças com idade igual ou superior a 3 anos e em adultos que o não consigam realizar através de outra escala. Utiliza uma pontuação de 0 a 5.

2.1.5.2. Escala de Faces Revista (FPS-R- Faces Pain Scale – revised)^{43,44}. É uma escala de autoavaliação. Avalia todos os tipos de dor. Utilizada em crianças com idade superior a 4 anos. Recomendada pelo IASP. Menos infantilizada. Escala Qualitativa^{43,44,45}, de autoavaliação.. Desde Sem dor – a Dor máxima. Utilizada em população com idade igual ou superior a 4 anos. Pode ser utilizada sem suporte físico. Sensível ao efeito da memória.

2.1.5.3. Escala de Avaliação Numérica – EAN^{43,44,45}. Sem dor=0 até Dor máxima=10. Escala de autoavaliação. Avalia todos os tipos de dor. Utilizada em população com idade igual ou superior a 6 anos. Sensível ao efeito de memória. Pode ser apresentada sem suporte físico.

2.1.5.4. Escala Numérica / Qualitativa.⁴⁵ É uma escala híbrida de autoavaliação. Avalia todos os tipos de dor. Sem dor=0 até Dor máxima=9,10. Utilizada em população com idade igual ou superior a 6 anos. É de fácil aplicabilidade para o doente e equipa interdisciplinar,

2.1.5.5. Escala Visual Análoga – EVA.^{43,45} Escala de auto-avaliação. Avalia todos os tipos de dor. Utilizada em população com idade igual ou superior a 6 anos.

Utiliza uma escala de 0 a 10, numa régua medindo 10 centímetros. A quantificação da dor pode ser realizada até aos milímetros, quantificando a dor.

2.1.5.6. Inventário Resumido da Dor (Formulário abreviado)_BPI – Brief Pain Inventory – Short Form ^{43,40}. Questionário de autoavaliação multidimensional. Avalia a dor Crónica. A grande mais-valia em relação a outras escalas é a avaliação do impacto da dor nas atividades de vida diária e a avaliação do alívio obtido com a analgesia.

2.1.5.7. Escala Dolopus. ^{43,46,47} Avaliação Comportamental da Dor na Pessoa Idosa. Escala de heteroavaliação multidimensional. Avalia a dor crónica com idade igual ou superior a 65 anos, com alterações cognitivas e défices de comunicação. Validada para a população portuguesa

2.1.5.8. Escala de Avaliação da Dor na Demência Avançada (PAIAD – Pain Assessment in Advanced Dementia). ^{43,48} Escala de hétero-avaliação. Avalia todos os tipos de dor. Utilizada em pessoas com demência, essencialmente idosos não comunicantes. Ainda a ser validada para a população portuguesa.

2.1.5.9. Questionário de Dor Neuropática em 4 Questões (DN4 – Douleur Neurophatique en 4 Questions). ^{40,49} Instrumento híbrido de avaliação da dor: auto-avaliação e exame físico realizado pelo profissional de saúde. Avalia apenas a dor neuropática. Validado para a população portuguesa. Tem demonstrado excelente no rastreio/identificação de dor associada a lesões do sistema nervoso (central ou periférico).

2.1.5.10. Questionário de Dor Neuropática – Pain Detected. ⁵⁰ Instrumento híbrido de autoavaliação da dor. Não avalia apenas a dor neuropática e não substitui o diagnóstico médico

2.1.6. História de dor / colheita de dados

Devem ser considerados os seguintes parâmetros:

Evolução: Como surgiu, duração e padrão

Localização / irradiação

Tipo

Intensidade

- Formas habituais de comunicar / manifestar / expressar a dor
- Fatores de alívio e agravamento
- Estratégias de *Copping*
- Impacto nas atividades da vida diária

- Conhecimento / percepção acerca da doença / expectativas acerca da dor e tratamento
- Impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor
- Sintomas associados
- Descrição do uso e efeito das medidas farmacológicas e não-farmacológicas já experimentadas: história detalhada da medicação antiálgica (efeitos secundários, posologia e eficácia ¹⁶)

2.1.7. A importância dos registos como viabilidade da avaliação da dor

A continuidade de cuidados é conseguida, na área da dor e noutras áreas de cuidados, se o profissional de saúde comunica com consistência informação relevante, correta e compreensível, sobre o estado de saúde da pessoa, de forma oral, escrita e eletrónica, no respeito pela sua área de competência.

Recomenda-se:

- Incluir informação da história da dor de forma completa e sistemática;
- Registrar a intensidade da dor;
- Registrar sistematicamente as intervenções farmacológicas e não farmacológicas e seus efeitos;
- Fornecer à pessoa/Cuidador principal/Família uma estratégia simples para documentar no domicílio e
- Promover a utilização de um diário de dor como facilitador do autocontrolo e da continuidade dos cuidados. (Bibliografia – Manual da Dor)

2.1.8. Barreiras à avaliação da dor

As principais barreiras são as seguintes: ^{38,43,45}

- Não reconhecer que a pessoa é o melhor avaliador da sua dor;
- Não acreditar sempre na pessoa que sente dor;
- Dar prioridade ao tratamento em detrimento da avaliação, em situações de dor intensa;
- Privilegiar o autorrelato como fonte de informação da presença da dor na pessoa com capacidade de comunicação e com funções cognitivas mantidas, dando-lhe tempo para expressar a sua dor;
- Avaliar a dor de forma regular e sistemática, desde o primeiro contacto ou uma vez por tratamento, de acordo com os protocolos instituídos;

- Escolher os instrumentos de avaliação, atendendo: a idade, funções cognitivas, capacidade de interpretação, situação clínica e facilidade de aplicação;
- Ensinar a pessoa/cuidador principal/família sobre a utilização do instrumento de avaliação e assegurar a sua compreensão;
- Avaliar a intensidade da dor privilegiando os instrumentos de autoavaliação propostos pela Circular Normativa emanada da Direcção Geral de Saúde, considerando a seguinte ordem de prioridades em pessoas com idade igual ou superior a 3 anos: Escala Numérica, Escala Visual Análoga, Escala Qualitativa, Escala de Faces de Wong-Baker e Escala de Faces Revista;
- Usar sempre a mesma escala para o mesmo doente, exceto quando a condição clínica o exigir;
- Avaliar a dor nas crianças pré-verbais e nas pessoas com incapacidade de comunicação verbal e/ou com alterações cognitivas, com bases nos indicadores fisiológicos e comportamentais, utilizando escalas de heteroavaliação;
- Desenvolver o hábito de avaliação sistemática, garantindo a continuidade de cuidados à pessoa e
- Garantir a comunicação dos resultados à restante equipa de cuidados e a outras áreas de intervenção.

Algumas soluções simples suprimem certas barreiras, tais como: a educação e capacitação dos doentes; a formação dos profissionais de saúde e a implementação do PNCD (Programa Nacional de Luta contra a Dor) integrado no Plano Nacional de Saúde de 2011-2016.

3.Tratamento farmacológico

3.1. Fisiopatologia da dor

3.1.1. Neurofisiologia da dor

Interessa contextualizar a dor, as suas vias e modos de transmissão, pois será a este nível que se irão produzir alterações para o alívio / melhoria dos doentes que sofrem de dor oncológica.

3.1.1.1 Dor – nociceção

É definida como a ativação, transmissão e processamento no sistema nervoso dos estímulos que são nocivos (lesivos ou potencialmente lesivos para os tecidos)

Existem localizações e mecanismos múltiplos de interação e modulação da percepção dolorosa no Sistema Nervoso, quer a nível periférico, medular, tronco cerebral, tálamo e sistema límbico, córtex cerebral.

As etapas do processo fisiológico de nociceção envolvem:

- Transdução – a forma como um estímulo nódico se traduz em atividade elétrica nas terminações nervosas;
- Transmissão – propagação dos impulsos através do Sistema Nervoso Central (SNC) sensorial;
- Modulação – modificação da transmissão nociceptiva através de uma série de influências neuronais no sistema nervoso (via descendente) Percepção – interação dos mecanismos anteriores com as características cognitivas e psicológicas individuais para criarem uma experiência emocional e subjetiva da Dor. ⁵¹ As fibras sensitivas dividem-se em 3 grupos, de acordo com o seu diâmetro, velocidade de condução e mielinização.

A transmissão da **dor** dá-se através das células neuronais sensoriais especializadas, os nociceptores, que são terminações nervosas livres capazes de receber e tratar um grande número de diferentes tipos de estímulos, as fibras A δ e C¹.

As diferentes velocidades de condução do estímulo levam a que se fale numa 1ª dor ou “dor rápida” transmitida pelas fibras mielinizadas, e numa 2ª dor ou “dor lenta” transmitida pelas fibras C amielínicas.

A ativação dos nociceptores não depende apenas da natureza e intensidade do estímulo lesivo, mas também da extensão e intensidade da hiperestesia primária gerada pelo processo inflamatório local.

As fibras C ativadas por estímulos mecânicos, térmicos e químicos para limiares de estimulação altos são nociceptores polimodais de condução lenta ⁵², enquanto que as fibras Aβ, são de maior diâmetro e não nociceptivas.

As fibras nociceptivas específicas têm um limiar de estimulação elevado. A estimulação repetitiva das fibras C produz um aumento de frequência de descarga até atingir despolarização contínua “*wind up*”, dos neurónios nociceptivos medulares ⁵³. A transmissão do impulso nociceptivo entre os neurónios aferentes periféricos e os neurónios de transmissão ou de 2ª ordem é mediada pelo Glutamato, responsável pela transmissão excitatória nociceptiva, e pela Substância P (SP) que atua como neuromoduladora da excitabilidade pós-sináptica.

As projeções supra-espinhais - As fibras paleo-espinotalâmicas e espinoreticulares em posição mais mediana no tronco cerebral projetam-se para a substância reticular e a região periventricular do hipotálamo, para os núcleos centro-mediano e intralaminar do tálamo, área pré-frontal e sistema límbico com maior modulação inibitória. Estão envolvidas na resposta emocional e nas reações neurovegetativas e de alerta à dor.

Além destes existe um sistema próprio-espinal existente na substância cinzenta que interliga metâmeros vizinhos e que pode ter um papel importante na condução do estímulo nociceptivo até à formação reticular no tronco. ⁵⁴ O processamento nas diversas áreas encefálicas explica a complexidade da experiência dolorosa, Estas vias corroboram o modelo interativo do processamento motivacional e sensitivo-discriminativo dos estímulos e a sua modulação espinhal e cerebral descrito por Melzack e Casey em 1968. ⁵⁵

A modulação descendente – as vias inibitórias da Formação Reticular, Bulbo e do Locus Coeruleus projetam-se para a medula espinal pelo Funiculo dorso-Lateral e inibem as sinapses nociceptivas na substância cinzenta medular por dois mecanismos: o mecanismo opióide-dependente mediado por Serotonina (5-HT) e betaEndorfina, Dinorfina/met-enkefalina e o mecanismo não-opióide, mediado pela Noradrenalina (receptores alfa-2) e Acetilcolina (ACh). Controlam a excitabilidade, funcionando como “portão” que ao abrir ou fechar regula o acesso da informação nociceptiva ao SNC – limiar medular à estimulação dolorosa.

Há vias descendentes facilitadoras com origem na Formação Reticular e mediadas pela colecistocinina (CCK) e óxido nítrico (NO) que exercem uma função antagónica ^{48,56}.

3.1.1.2. Dor Neuropática

A Dor Neuropática (DN) é uma das condições dolorosas crônicas mais difíceis de reconhecer e tratar, constituindo um desafio significativo para os clínicos gerais e os especialistas da dor^{57,58}, pela sua etiologia heterogênea, cronicidade e resistências às terapias analgésicas convencionais^{59,60}. É frequentemente subdiagnosticada e subtratada ao nível dos cuidados primários, pelo que estes doentes utilizam cerca de 3 vezes mais os serviços de saúde^{59,61}. Estima-se que o seu número seja superior a 5% na população geral^{59,62} e presente em mais de 35% de todos os síndromas dolorosos.⁶³

A definição atual de DN, proposta pela International Association for the Study of Pain (IASP), é a dor iniciada ou causada por uma lesão ou disfunção primária do sistema nervoso⁶⁴.

Na DN, existe uma atividade somatossensorial aberrante, a qual supera a plasticidade normal do sistema nociceptivo intacto^{65,66}. Deverá ser classificada de central ou periférica consoante a localização da lesão/disfunção, uma vez que estas apresentam manifestações clínicas e patofisiologia distintas^{65, 67}.

As condições clínicas mais comuns são a nível do SNC^{66,68}: AVC, doença de Parkinson, esclerose múltipla, mielopatia pós-radiação, mielopatia associada ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), neoplasia, nevralgia do trigémeo e glossofaríngeo, traumatismo da medula espinhal. A nível do SNP: neuropatia diabética, neuropatia de encarceramento, neuropatia por défice nutricional, neuropatia por exposição a toxinas, relacionada com VIH, do membro fantasma, pós-herpética, pós-radiação, idiopática, nevralgias iatrogénicas, nevralgias pós-traumáticas, plexopatias pós-radiação, polineuropatia alcoólica, polineuropatia induzida por quimioterapia, polirradiculopatia desmielinizante inflamatória aguda e crónica, radiculopatias, síndrome doloroso regional complexo, tumor (infiltração ou compressão nervosa).

Os Objetivos do tratamento da DN compreendem: o tratamento da causa subjacente, se possível e o tratamento sintomático, de acordo com a idade, comorbilidades e medicação concomitante.

A informação e apoio ao doente/família são componentes críticos para o sucesso do controlo da DN. Assim, explicar a causa da dor e o plano de tratamento são essenciais para o estabelecimento de objetivos realistas^{68,69}, incluindo as terapias não-invasivas e as invasivas.

São limitadas as evidências estabelecidas sobre a eficácia dos tratamentos não-invasivos, não-farmacológicos. Contudo há estudos que sugerem algum benefício na aplicação de intervenções conservadoras como: prática de exercício físico, fisioterapia,

estimulação Nervosa transcutânea (TENS), estimulação magnética transcraniana repetitiva e terapia comportamental cognitiva ou psicoterapia de suporte ^{59,69}. Estes tratamentos devem ser considerados e encorajados imediatamente após o estabelecimento do diagnóstico ⁷¹.

No que respeita às terapias invasivas – técnicas cirúrgicas como: avulsão/secção nervosa, rizotomia dorsal, cingulotomia, tractotomia espinotalâmica e lobectomia frontal. Estes tratamentos não são recomendados em virtude do dano adicional que podem provocar no sistema nervoso, podendo intensificar a DN. No entanto, a estimulação da coluna dorsal da medula espinhal tem apresentado resultados positivos em alguns estudos clínicos.

Os bloqueios nervosos temporários através da injeção de anestésicos locais podem ser prescritos em certas circunstâncias, apesar de a sua eficácia ser controversa ⁶¹. A referenciação a uma Unidade de Dor crónica é adequada, assim como acompanhamento em Fisioterapia.

Deverão ser referenciados aos centros especializados apenas os doentes com dor verdadeiramente refratária, permitindo uma melhor utilização dos recursos de saúde, reduzindo os gastos desnecessários e aumentando o sucesso do tratamento destes doentes ⁷².

3.1.1.3. A dor Irruptiva

A dor irruptiva (DI) é um tipo de dor episódica que representa um aumento transitório na intensidade da dor. Só assim é designada quando ocorra num indivíduo que possua uma dor basal de intensidade moderada e que esteja já medicado com analgésicos de modo regular ⁷³.

Acontece sem que os fatores causais possam ser identificados, ou seja “irrompe” sem ser expectável.

3.2. Intervenções

A utilização de diversas técnicas farmacológicas e não farmacológicas para reduzir a ansiedade ou depressão resultantes da dor são importantes. A deteção e potenciação dos próprios recursos do doente para diminuir, eliminar ou prevenir a sua sensação de impotência, de modo a aumentar a sua percepção de controlo e promover o autocuidado, enquanto é possível.

Os doentes defendem-se da assunção da dor. Não querem reconhecer que a sua doença está em progressão ⁷⁴. Desconfiam que podem ficar viciados e dependentes

da medicação ⁷⁵. No Estudo “Pain in Cancer” (PIE) cerca de 40% dos doentes tinha receio de se tornar viciado em analgésicos ¹³.

Os doentes têm pouca informação. Cerca de 62% dos doentes obtém informação sobre os tratamentos da dor na televisão, revistas e jornais públicos e apenas 5% procura saber mais proactivamente através da internet ¹³. O mesmo acontecendo com os profissionais de saúde ⁷⁶.

3.2.1. Princípios gerais de controlo da dor

O tratamento das pessoas com DC, de forma geral, tem como base a Escada Analgésica da OMS⁷⁹, primariamente concebida para o tratamento da dor oncológica, em 1986. A OMS desenvolveu uma escala analgésica de três degraus para guiar o uso sequencial de fármacos no tratamento da dor: 1º degrau (dor ligeira) onde devem ser usados os Fármacos Não Opióides; 2º degrau (dor moderada) onde devem ser usados os Fármacos Opióides em doses fracas, e o 3º degrau (dor intensa a insuportável) onde devem ser usados os FO em doses fortes⁷⁷. Após mais de duas décadas da sua elaboração, alguns ajustes foram realizados e novos conceitos, medicamentos e tecnologias foram incorporados ao tratamento da dor crónica oncológica (DCO) e não oncológica (DCNO). Atualmente a ciência pondera se não será necessário mudar a dita escala ⁸¹ sendo que o objetivo é aliviar a dor depressa e bem.

Os princípios gerais do controlo da dor têm sido sumariados pela OMS, em mais de 80% dos casos ⁷⁸. Resumindo os 6 princípios:

- Medicação pela boca
- Medicação pelo relógio
- Medicação pela escada
- Medicação pelo indivíduo
- Utilização de adjuvantes
- Atenção aos detalhes

O conhecimento da fisiologia da dor, assim como o da farmacocinética e farmacodinâmica dos agentes e das vias empregadas, deve ser divulgado a todos os profissionais de saúde, com o intuito de minimizar o sofrimento dos doentes que relatam dores, independente e conjuntamente com o tratamento das suas causas.

3.2.2. Fármacos utilizados

Atualmente temos ao nosso dispor Fármacos Não-Opióides (FNO) os Opióides (FO) que devem ser do conhecimento de todos os técnicos de saúde envolvidos no

tratamento de doentes com Dor Crónica Oncológica ou não, incluindo os Fisioterapeutas.

3.2.2.1. Fármacos Não Opióides

- **Paracetamol (PCM)** É um analgésico (e antipirético) mais usado para o tratamento sintomático da dor (e da febre). O seu mecanismo de ação ainda não foi completamente estabelecido ⁷⁹. Não obstante, sabe-se que este fármaco tem propriedades analgésicas e antipiréticas, bem como uma propriedade anti-inflamatória fraca ⁸⁰. Os estudos mais recentes indicam que a ação analgésica do PCM possa ser multimodal, sendo que a sua atividade no âmbito do sistema nervoso central (SNC) é essencial para o seu efeito analgésico ^{80,81}.

O PCM é rapidamente absorvido pelo trato gastrointestinal ⁸² e amplamente distribuído na maioria dos fluidos corporais. A eliminação do PCM varia entre 1-4 horas, ficando aumentada na insuficiência hepática.

As vias de administração do Paracetamol são:

- Via rectal - Não é aconselhável administrar na indução anestésica em procedimentos que durem apenas 0,5 a 1 hora ou no pós-operatório devido ao tempo de absorção.

Via parentérica - Numa dosagem entérica suficiente o PCM é eficaz, de modo isolado, para o tratamento da dor ligeira a moderada ⁸⁴. Todavia numa situação aguda, a preparação Intravenosa (IV) é mais conveniente e mais eficaz. ^{84,85}. Proparacetamol é completamente hidrolisado em cerca de 6 minutos após a administração, sendo que 1g de Proparacetamol corresponde a 0,5g de paracetamol ⁸⁶, ocorrendo o início da ação em 15 minutos ⁸⁷ e a ação antipirética acontece em 30 minutos ⁷⁸. Estes têm contudo efeitos adversos. Em caso de sobredosagem crónica pode verificar-se hepatotoxicidade. Em risco encontram-se os anoréticos, as pessoas em jejum prolongado, cirróticos, desnutridos, debilitados, alcoólicos.

Ao interagir com álcool (em consumo crónico) possibilita a insuficiência hepática; aumenta o efeito dos anticoagulantes cumarínicos; com aspirina ou outros AINE em utilização prolongada, possibilita o risco de nefropatia analgésica, necrose papilar renal, doença renal terminal e cancro do rim; com cafeína e estimulantes do SNC possibilita nervosismo, irritabilidade, insónia, apreensões, arritmias ou paragem cardíaca e pode reduzir os efeitos terapêuticos do lítio.

- **Metamizol (MMZ)** - o Metamizol magnésico (MMZ), também designado por Dipirona, foi sintetizado por Bockmulh em 1920 ⁸⁸ é um pro-fármaco que rapidamente é hidrolisado no suco gástrico.

O efeito analgésico do MMZ é devido ao bloqueio dos recetores da dor a nível central e periférico ⁸⁹. Tem uma ação anti-inflamatória pobre mas é um poderoso analgésico e antipirético.

Indicações e contra-indicações - Está indicado o seu uso nos processos álgicos, incluindo a dor pós-cirúrgica, nas cólicas viscerais ⁹⁰, como alternativa ao ibuprofeno e outros AINEs e contra-indicado nos indivíduos com: asma, porfíria e deficiência em desidrogenase do fosfato-6-glicose.

Deve-se ter em atenção a utilização simultânea de anticoagulantes.

O álcool potencia o efeito do MMZ ⁹¹. Também têm sido descritas alterações renais, com oligúria ou anúria, proteinúria e nefrite intersticial ⁹¹.

Em muitos países constitui o analgésico não-opióide de primeira linha enquanto noutros foi proibido devido à sua associação com doenças hematológicas potencialmente perigosas como a agranulocitose e a hipoplasia medular ^{92 e 93}.

- **Flupirtina (FP)** - É um FNO, caracterizado por uma ação predominantemente central a nível dos canais de potássio ⁹⁴.

A eficácia analgésica não é mediada pelo mecanismo opióide: não se desenvolvendo tolerância, não há dependência física ou psicológica, nem depressão respiratória ou cardiovascular ⁹⁴. Ativa as vias descendentes noradrenérgicas de modulação da dor. Possui propriedades relaxantes, atribuídas à inibição dos reflexos poli-sinápticos ⁹⁵. Os efeitos relaxantes musculares da FP podem ser explicados pelo envolvimento dos mecanismos GABA-A-érgicos.

É rapidamente absorvida após administração oral. As doses podem ser aumentadas de acordo com a resposta analgésica do doente e a ocorrência de efeitos adversos.

Indicações e contra-indicações - É útil nas dores musculares, dismenorreia, dores reumáticas e DO ⁹⁵. Contudo, os doentes com cirrose em risco de desenvolverem encefalopatia hepática e os doentes com colestase não devem tomar a FP.

Os doentes com insuficiência renal ou hipoalbuminémia não devem ultrapassar a dose diária de 100 mg bid. Se forem necessárias doses superiores, os doentes devem ser acompanhados cuidadosamente ⁹⁶.

Interações Medicamentosas - pode aumentar o efeito do álcool, dos fármacos com efeito sedativo ou de fármacos relaxantes musculares.

Efeitos indesejáveis - Podem ocorrer ocasionalmente, sedação, tonturas, fadiga, náuseas, epigastralgia, obstipação ou diarreia. Os efeitos adversos são dependentes

da dose e portanto, em certa medida, controlados. Em muitos casos, desaparecem com o curso do tratamento.

3.2.2.2. Anti-inflamatórios Não Esteróides (AINEs)

Os anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) são os medicamentos mais utilizados no alívio e/ou eliminação da dor, sendo os mais consumidos mundialmente e utilizados por cerca de 20 a 30% dos idosos dos países desenvolvidos ⁹⁷.

São considerados: analgésicos, antipiréticos, anti-inflamatórios e, antiagregantes plaquetares ⁸⁸.

Todos os AINEs com semivida de longas horas em média, têm maior risco a priori de ocasionar efeitos indesejáveis, donde, devem ser evitados em DC, especialmente se existe polifarmácia e comorbidades elevada. A prescrição de AINEs deve basear-se na conjugação de dois princípios: conhecimento e cuidado. A prescrição de anti-inflamatórios deve ter em conta o perfil de segurança dos fármacos ⁹⁸.

Tabela.1

Fatores de risco a considerar antes da prescrição de um anti-inflamatório	
Hemorragia gastrointestinal	Eventos cardiovasculares
Doentes idosos	Angina estável
Antecedentes pessoais de úlcera péptica	Antecedentes pessoais de acidente vascular cerebral
Utilização de corticosteroides sistémicos	Antecedentes pessoais de acidente isquémico transitório
Utilização de anticoagulantes (varfina ou outros)	Antecedentes pessoais de síndrome coronário agudo
	Antecedentes pessoais de revascularização arterial
	Doença arterial periférica

Fonte (Norma 013/2011 da DGS de 27/06/2011:Anti-inflamatórios não esteróides sistémicos em adultos. Direcção Geral de Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa. 2011): Norma 013/2011 da DGS de 27/06/2011

A prescrição de um AINE deve ter em conta o perfil de risco para causar eventos gastrointestinais (EGI) e/ou o perfil de risco para eventos cardiovasculares (ECV) ^{99 e, 100}.

Risco de eventos gastrointestinais

Tabela.2

◀ MAIS SEGURO				MAIS PERIGOSO ▶		
Ibuprofeno	Diclofenac	Naproxeno	Sulindac	Cetoprofeno	Indometacina	Piroxicam

Apenas uma pequena proporção dos doentes que necessitam de AINEs de forma crónica tem risco elevado de hemorragia gástrica ¹⁰¹, devendo fazer proteção gástrica. A toxicidade renal é o segundo efeito secundário mais comum. Isto ocorre devido à inibição das PG que asseguram o normal fluxo renal.

São inibidores da reabsorção de cloro, promovem a ação da hormona antidiurética, facilitam a secreção de renina, favorecem a excreção de sódio e de água, e promovem a excreção do potássio.

Também os efeitos dos AINES sobre o SNC são relativamente frequentes e incluem: agitação, sonolência, letargia e ataxia. Por vezes ocorrem enxaquecas, surdez transitória, vertigem, nistagmo, diplopia, alucinações e mioclonias. Nos casos mais graves, pode ocorrer hipotermia, convulsões e coma.

Também podem surgir efeitos sobre a pele, podendo ocorrer: exantemas generalizados, prurido.

Nos Eventos Cardiovasculares (ECV), o efeito adverso mais comum é a hipertensão arterial que pode ter uma magnitude de elevação de 5 mm Hg, associada a retenção de água e sal, podendo precipitar uma insuficiência cardíaca congestiva nos doentes suscetíveis ¹⁰².

Os doentes sob tratamento crónico devem ser reavaliados periodicamente, com diminuição da dose e/ou suspensão de AINEs, em intervalos de 3 a 6 meses.

A Agência Europeia de Medicamentos recomendou a contra-indicação dos AINE em pessoas com história de doença cardíaca isquémica, cerebrovascular ou arterial periférica ¹⁰³. Em Portugal uma Meta-análise encontrou aumento do risco de: AVC, mortalidade cardiovascular e mortalidade global; mas não de EAM quando comparado com o placebo ¹⁰⁰.

Temos ainda a considerar os efeitos adversos respiratórios: dispneia ou paragem respiratória em doentes com asma, ou sensíveis ao AAS e as alterações da coagulação que podem inibir a função das plaquetas.

3.2.2.3. Os analgésicos opióides (doses fracas)

- **Codeína (COD).** É um alcaloide do ópio (0,5g%), hipnoanalgésico e antitússico.

Tem uma série de ações similares à MO.

Atua em distintos locais do SNC ¹⁰⁴ Tem uma efetividade por via oral que chega a 60% da via parentérica, tanto como analgésico ou como depressor respiratório. Que se deve ao menor metabolismo hepático.

A semivida plasmática é de 2 a 4 horas ^{105,106}. A posologia analgésica deve ser ajustada de acordo com a intensidade da dor e com a sensibilidade de cada doente.

Pode ser utilizado como:

- O tratamento multimodal: associação de COD+PCM. A causa para combinar dois analgésicos com mecanismos de ação diferentes é a melhoria da eficácia no alívio da dor ¹⁰⁷. Esta combinação de analgésicos evita o aumento isolado de cada um dos fármacos e, por consequência, diminui a incidência de EA ¹⁰⁸.

Efeitos adversos e precauções: os efeitos adversos mais comuns são os gastrointestinais ¹⁰⁹, enjoos, náuseas, vômitos e obstipação. A nível de SNC: sonolência, letargia, diminuição do rendimento físico e mental, ansiedade, temor, disforia, alterações de carácter e dependência física. No aparelho génito-urinário: espasmo uretral, espasmo do esfíncter vesical e retenção urinária (raramente).

A COD é uma droga indutora de abuso. A dependência física e psíquica e a tolerância desenvolvem-se com doses repetidas. Tem significado clínico quando se manifestam por uma duração de ação encurtada e a diminuição da efetividade analgésica. Varia segundo o doente.

Assim, quando existe um quadro de sobredosagem grave podem encontrar-se depressão do sensorio (coma), respiratória e cardiovascular (hipotensão acentuada); micose, flacidez ou convulsões.

Há que ter precauções especiais em doentes com asma e DPOC e/ou a fazer medicação depressora do SNC; precaução em doentes idosos ou debilitados, na insuficiência renal ou hepática, doença vesicular, arritmias cardíacas, distúrbios do trato gastrointestinal, hipotireoidismo, hipotensão.

Interações e contra-indicações - Os doentes que recebem outros analgésicos narcóticos, anti-psicóticos, ansiolíticos ou outros depressores do SNC inclusive álcool juntamente com COD podem mostrar um efeito aditivo ao nível da depressão do SNC.

- **Tramadol (TR).** É um analgésico sintético, de ação central. Atua como agonista do recetor opióide μ ($R\mu$). Inibe a recaptção de mono-aminas, serotonina e noradrenalina, reforçando os efeitos inibidores sobre a transmissão da dor na medula espinal ¹¹⁰. Melhora o perfil da eficácia analgésica e de intolerabilidade do TR ¹¹¹.

Após administração oral, o TR é absorvido rapidamente quase completamente. É rapidamente transmitido pelo corpo. Na insuficiência renal moderada a grave a dose de TR deve ser reduzida em 25 a 50% ¹¹².

O Tramadol é útil tanto no tratamento da dor nociceptiva como na dor neuropática. Pode ser administrado concomitantemente com outros analgésicos, particularmente aqueles com ação periférica ¹¹⁰.

Os seus efeitos adversos mais comuns são: sonolência, obstipação, tonturas, náuseas, hipotensão ortostática, que são dose-dependentes e ocorrem mais frequentemente com a escalada rápida de doses ⁶⁸. As alucinações são raras. Podem incluir a disforia e a depressão respiratória. É mandatório salientar que os fármacos que deprimem o SNC podem realçar o efeito sedativo do TR, de modo não benéfico ¹¹⁰. O TR pode, em doentes idosos, causar ou exacerbar certos distúrbios cognitivos e da marcha. Também precipitar convulsões em doentes epilépticos ou noutros que recebam medicação que reduza o limiar convulsivo ¹¹³.

O uso simultâneo de medicamentos análogos da serotonina pode aumentar o risco de uma síndrome serotoninérgica com aparecimento de convulsões, ataxia, por exemplo. ¹¹² Dificilmente condiciona dependência.

3.2.2.4. Os analgésicos opióides (doses fortes)

Utilizados para tratar corretamente a dor moderada a intensa (DMI)

Os efeitos adversos dizem respeito ao estado do doente (idade, peso, cognição, hidratação, suficiência renal e/ou hepática, patência da via oral, independência para atividades da vida diária, autonomia, polifarmácia).

As condições extrínsecas estão relacionadas com fatores económicos (preço, grau de comparticipação do opióide), sociais e organizacionais (está institucionalizado, internado, disponibilidade de opióides).

O clínico tem que conhecer obrigatoriamente todos os opióides disponíveis uma vez que pode ter de recorrer à chamada rotação de opióides (RO)

Morfina (MO). A sua experiência clínica é extensa, e quando prescrita de modo apropriado cerca de 80% dos doentes alcança um alívio adequado da dor.

Foi publicada uma revisão sistemática Cochrane em que a MO é um analgésico eficaz no controlo da DCO, além de continuar a ser o tratamento de referência (padrão) para a DMI.

Regras Práticas para a sua utilização.

- A dose inicial necessária de um opióide para controlar a DCO ou DCNO deve ser calculada no sentido de possibilitar um efeito analgésico maior. O objetivo é encontrar uma dose diária suficiente para aliviar a dor, em formulações ou sistemas de libertação prolongada ou modificada para facilitar o esquema

posológico do doente. Se o doente for caquético, debilitado, fragilizado e/ou idoso, o início do tratamento deve ocorrer com uma dose baixa.

Deve ser prescrito um pro-cinético e um laxante, de modo mandatório, para evitar os Efeitos Adversos mais comuns. Depois disso, deve ser verificado se há EA, e devem ser somadas todas as doses. Em função desta será calculada a dose diária que o doente fará.

➤ **Fentanilo (FT).** É um analgésico agonista μ , altamente lipofílico Representa uma boa alternativa para o tratamento da DC, oncológica ou não, para doentes com requisitos estáveis da sua dose diária de opióides.¹¹⁴

➤ Estudos Clínicos com FT-Transdérmico (FT-TD) - Vários trabalhos defendem a utilização de FT-DT ¹¹⁵ sendo em maior quantidade na DCO.

Depois do adesivo de FT-TD aplicado, a pele absorve o fármaco e forma um depósito nas suas camadas mais superficiais. Isto resulta num gradiente de concentração que conduz à libertação do FT do sistema através da pele a uma velocidade relativamente constante ¹¹⁶. A concentração do FT é representada pela quantidade média do fármaco libertado para a circulação sistémica por hora, através da pele. Existe muita variabilidade na farmacocinética do FT entre doentes e num mesmo indivíduo devido a diferenças de integridade da pele, depuração do FT do corpo e volume de distribuição.¹¹⁶

É metabolizado no fígado. Nos casos de insuficiência renal, a eliminação do FT é reduzida e a semivida do fármaco resulta prolongada.¹¹⁷

Quanto aos Efeitos Adversos e suas contraindicações. A tolerabilidade global de FT-TD é muito boa. Os EA observados incluem, mais frequentemente, náuseas, vômitos e obstipação.¹¹⁸ Estes efeitos ocorrem menos frequentemente com FT-TD em comparação com a MO.^{118,115,119,120} Contudo, noutros trabalhos não se evidenciaram estas diferenças.^{121,122}

Os sintomas de abstinência de opióides podem ocorrer em alguns doentes após a descontinuação de FT-TD, a conversão para outro opióide, ou após a redução da dosagem.¹¹⁶

Em caso de toxicidade os EA permanecem mais tempo, até à eliminação completa do produto armazenado no tecido subcutâneo, o que pode ser grave em caso de depressão respiratória¹²³. O FT-DT está contraindicado no controlo da dor aguda ou pós-operatória, intermitente, moderada, a qual pode ser gerida de forma adequada com outra farmacoterapia¹²³.

Deve ser administrado com cuidado a crianças com idade inferior a 12 ou menores de 18 anos que pesem menos de 50 Kg.¹¹⁵ Aqueles com hipersensibilidade ao FT não

devem receber este fármaco.¹¹⁵ Os doentes devem ser instruídos a não dirigir ou utilizar máquinas, imediatamente pós o início de FT-DT, ou após qualquer aumento de dosagem¹²³. Algumas reações cutâneas foram relatadas.¹¹⁶

Os doentes devem ser advertidos contra o uso de cobertores elétricos, almofadas de aquecimento, banheiras, saunas e luzes de calor enquanto usam adesivos de FT-DT, pois ¹¹⁵ o calor e a febre podem aumentar a quantidade de FT lançado no sistema ¹¹⁸. Assim, precisam ser monitorados perante o risco de efeitos farmacológicos superiores e a sua dosagem ajustada se necessário ^{115,118,124}.

A utilização concomitante de depressores do SNC pode causar hipoventilação, sedação aguda ou hipotensão em doentes sob μ FT-DT ¹¹⁵.

A eliminação segura dos sistemas usados é importante para evitar o envenenamento acidental de lactentes, crianças, animais e adultos ¹¹⁵.

- **Buprenorfina (BF).** É um opióide semissintético altamente lipofílico, com um baixo peso molecular, sendo derivada do alcaloide tebaína ¹²⁵ atua como um agonista parcial do recetor opióide μ ($R\mu$), causa uma analgesia supra-espinhal importante

Condiciona menos sinais e sintomas de privação opióide, após a suspensão do fármaco quando equiparado com a MO e a Metadona. A BF é um fármaco lipofílico, sendo que os níveis de concentração deste opióide no cérebro são muito superiores aos plasmáticos.

É metabolizado no fígado e os metabolitos são eliminados por via biliar.

Alguns fármacos interferem no sistema imunitário: alguns antibióticos, os antifúngicos e os antirretrovirais utilizados no VIH.

Nos casos de insuficiência renal, nenhuma acumulação clínica importante dos metabolitos foi observada ¹²⁵.

- As BF por via transdérmica (TD) - As propriedades da BF permitem uma boa penetração tecidual e facultam a sua libertação através do sistema TD ^{126,127}.

A semivida da BF-TD tem sido relatada como sendo de 25 a 27 horas ^{127,128,129,130}. Em caso de insuficiência hepática, a semivida da BF é prolongada, sendo a relevância deste fator, baixa.

Os Estudos que sustentam a utilização de BF-TD defendem que a BF-TD é bastante eficaz no tratamento da dor moderada a insuportável, quer DCO quer DCNO, como tem sido demonstrado em diversos estudos multicêntricos, aleatorizados, duplamente cegos e controlados com placebo ^{126,127}. Os indivíduos sob BF-TD beneficiaram substancialmente em termos de rapidez do alívio da dor, da redução da sua

intensidade, e da duração do sono, comparativamente àqueles que receberam o placebo.

A BF é eficaz no tratamento da DN de diversos tipos: dor fantasma ¹³⁰, dor pós-toracotomia ¹³¹.

Efeitos Adversos e contraindicações. Os EA descritos têm sido: eritema local (26,6%), prurido local (23,2%), náusea (16,7%), vômitos (9,3%), tonturas (6,8%), sonolência (5,6%), obstipação (5,3%). São mais relatados em doentes oncológicos do que naqueles que têm DCNO.

Deve ainda ser realçado que a BF, pela ocorrência de ser um agonista/antagonista, tem uma dose-teto. Aqueles doentes crônicos que estejam já sob doses elevadas de opióides não são considerados candidatos apropriados para o tratamento com BF-TD ^{126,127} pois incorreriam no risco significativo de privação de opióides, em caso de rotação.

Acresce dizer-se que o BF-TD não deve ser usado nos indivíduos dependentes de opióides e que estejam a fazer um tratamento de substituição e de desmame clínico.

- **Hidromorfona (HM).** A HM é um derivado semissintético da MO ¹³² e que tem sido usado desde os anos 20 do século passado ¹³³. É uma alternativa apropriada para os doentes que não toleram os EA da MO ou têm insuficiência renal e asma ^{132,134}.

Exerce os seus principais efeitos farmacológicos no SNC e em recetores periféricos da musculatura lisa, principalmente no trato gastrointestinal ¹³².

É aproximadamente 5 a 7 vezes mais potente do que a MO, tendo um perfil comparável a EA.

- A tecnologia OROS[®] push-pull[®] É um sistema de bomba osmótica ^{135,136}. Esta libertação monofásica controlada promove uma analgesia dose-dependente e torna possível a sua toma diária única.

A adesão do doente é assim maximizada, tal como a qualidade de vida ¹³².

Através da tecnologia OROS[®], observam-se níveis plasmáticos constantes e, conseqüentemente, um melhor controlo da DC. A HM é moderadamente hidrossolúvel e distribui-se pelo tecido muscular, rins, fígado, intestino, pulmões, baço e cérebro ¹³⁸.

Apresenta um metabolismo hepático e uma excreção urinária.

Clinicamente, a administração de doses elevadas de HM, na presença de insuficiência renal, foi associada a náuseas e a delirium. Pode acumular-se na presença de insuficiência renal e ser responsável pelo aparecimento de efeitos colaterais graves, como a depressão respiratória ¹³⁷.

Tem como Indicações Clínicas providenciar uma analgesia adequada, eficaz, com boa tolerabilidade, quer nos casos de DCO quer naqueles de DCNO ¹³⁸. A HM OROS[®] é capaz de aliviar a dor em doentes com osteoartrite, com benefícios significativos sobre as atividades que mensuram a qualidade de vida, tais como o sono e a funcionalidade ¹³⁹.

Como Efeitos Adversos, os mais relatados foram: obstipação, náuseas, vômitos, e sonolência.

Deve ter-se cuidado na insuficiência renal, na qual o risco de hiperexcitabilidade do SNC pode estar presente ^{132,140}.

- **Tapentadol (TPD)**. É um analgésico de ação central com dois mecanismos de atuação: agonismo do R μ e inibição de recaptação da noradrenalina (IRN) ¹⁴¹.

O TDP é rapidamente absorvido.

Tem uma semivida de 4,9 horas. Quando tomado regularmente alcança concentrações plasmáticas estáveis em 25-30 horas ^{141,142}.

A sua eliminação é renal ^{142,143}.

Particularmente apropriada nas situações de dor neuropática, seja esta a etiologia principal ou seja naquelas de etiologia mista, nociceptiva e neuropática.¹⁴⁴

Tem poucas interações farmacológicas. Tem menos efeitos gastrointestinais do que os outros agonistas dos R μ , o que contribui para uma melhor adesão e tolerabilidade.

Não deve ser administrado a doentes com disfunção hepática grave.

3.2.3. Analgésicos: principais efeitos adversos

Em conjunto, a dor e os efeitos adversos da medicação (EA) exercem um impacto significativo na QVD dos doentes, limitando a capacidade de trabalhar e de socializar, instigando mesmo alguns pensamentos sobre a morte.

Embora alguns doentes possam obter um alívio da dor com opióides sem efeitos secundários intoleráveis ¹⁴⁵, muitos indivíduos não são tratados adequadamente por razões que incluem preocupações sobre a tolerabilidade ¹⁴⁶.

As razões principais para a descontinuação do tratamento com FO são os efeitos adversos gastrointestinais (EGI), ou seja, náuseas, vômitos e obstipação, juntamente com os EA a nível do SNC ¹⁴⁷.

Também as insuficiências renal e hepática, a redução da massa magra corporal, a desnutrição, entre outros, são fatores que podem acarretar a acumulação de opióides e dos seus metabolitos ¹⁴⁸.

A Associação Europeia de Cuidados Paliativos elaborou recomendações com o intuito de minorar os EA induzidos por FO ¹⁴⁹. Podem ser identificadas 4 medidas: redução da dose do FO (desde que a analgesia não seja comprometida), controlo total do EA, rotação de opióides, alterar a via de administração do FO. Os especialistas em Dor advogam a utilização do RO como a estratégia razoável para evitar o aparecimento da EA ¹⁵⁰.

Os opióides não são todos iguais: os efeitos analgésicos, anti hiperalgésicos e adversos variam de um FO para outro, e a resposta individual aos opióides é altamente variável.

3.2.3.1. Náuseas e Vômitos

Do ponto de vista do doente, as náuseas e os vômitos estão entre os efeitos adversos (EA) mais perturbadores e angustiantes.

A incidência de náuseas e vômitos (N+V) em doentes com DC e tratados com opióides é de 10% a 50% ^{151,152,153,154}. Em alguns casos, a presença de dor, só por si, pode causar N+V.

As N+V ocorrem mais nas mulheres do que nos homens e são mais frequentes nos indivíduos de raça negra do que nos caucasianos ¹⁵⁵. Na maioria dos casos, os EA diminuem com a duração do tratamento, mas ainda constituíam, à observação, uma preocupação para alguns doentes após 3 anos de medicação com FO ¹⁵⁶.

O papel do córtex nas náuseas e vômitos induzidos por opióides não é claro, mas pode estar relacionado com as emoções e recordação (memória) de episódios anteriores de N+V após tratamento com opióides ¹⁵⁷. A sinalização para o centro do vômito (CV) ocorre principalmente através dos recetores de dopamina (D2), bem como através de recetores de serotonina (5-HT3) ¹⁵⁷.

O AV é estimulado diretamente pela maioria dos FO, embora o mecanismo pelo qual ocorra ainda não ter sido bem determinado ¹⁵⁷. As N+V podem ser mais comuns em doentes ambulatoriais, estimulados pelo movimento rápido e pela desidratação ¹⁵⁸.

Os corticosteroides melhoram a condição N+V, mas têm mecanismos de ação não completamente esclarecidos. Pensa-se que o benefício se deve ao seu efeito anti-edemagénico, diminuindo a tensão abdominal e central. No entanto, a inquietação, a irritabilidade, a confusão, e o aumento do apetite limitam o seu uso ¹⁵⁸.

As intervenções não farmacológicas incluem: ar fresco, limitação da ingestão alimentar, evitando doces, salgados, picantes e gorduras; distração (leitura, música, conversa); e técnicas de relaxamento, como a respiração rítmica e a imagética visual positiva ¹⁵⁹.

3.2.3.2. Obstipação

A obstipação induzida por opióides (OIO) é um dos EA mais comum associado a FO¹⁵⁹. É o efeito adverso mais relatado pelos doentes medicados com opióides – obstipação – 37%.

Como medida profilática deveria ser prescrito laxantes, embora alguns doentes tenham a tendência para não tomar quaisquer laxantes. Estes condicionam uma diminuição do trânsito gastrointestinal através dos seus efeitos sobre os músculos circulares e longitudinais envolvidos no peristaltismo¹⁶⁰.

É necessário mais conhecimento entre os profissionais de saúde, bem como entre os doentes, sobre como evitar os EA dos analgésicos.

Os FO nos TGI diminuem ainda o fluxo sanguíneo e as secreções luminiais, condicionando o aparecimento de fezes duras e secas^{157,161}.

A ação dos opióides sobre os músculos do intestino pode levar a uma distensão abdominal, atraso no esvaziamento do lúmen e obstipação, resultando na estimulação de mecanorreceptores viscerais e quimiorreceptores, podendo dar N+V. Um objetivo comum no tratamento com FO é a obtenção de uma deposição fecal a cada 1-2 dias, com a ajuda de laxantes¹⁶¹.

A obstipação pode, no entanto, ser impedida, desde o início, através de medidas não farmacológicas que envolvem o aumento da quantidade de líquidos ingeridos e de fibra alimentar, a realização periódica de exercício físico e a manutenção de uma rotina de evacuação¹⁶¹.

O médico que prescreve o FO deve ser o mesmo que prescreve um laxante para contrabalançar um EA que pode condicionar a analgesia.

3.2.3.3. Toxicidade a nível do Sistema Nervoso Central

A sedação e a perturbação da cognição são exemplos de EA, associados ao uso de FO. A maioria desses efeitos – neurotoxicidade induzida por opióides (NIO) – é transitória¹⁵⁹. Será necessária a identificação e suspensão de fármacos desnecessários que podem agravar a sedação subjacente ou piorar a função cognitiva, mormente fármacos com ação no SNC¹⁵⁹. A incidência de sedação no âmbito da NIO situa-se entre 20-60%¹⁴⁹, apresentando-se geralmente logo no início do tratamento com FO ou aquando do aumento da dose¹⁶³.

As alterações cognitivas são mais frequentes em doentes que já tinham disfunção cognitiva prévia e podem surgir logo ao início do tratamento com FO ou aquando do aumento da dose. Há que ter atenção pois a confusão pode ser dissimulada,

especialmente, nos doentes com infeções, desidratados, alterações metabólicas, ou cancro avançado ¹⁶³. O tratamento pode envolver o uso de anti psicóticos. As benzodiazepinas podem agravar os efeitos sedativos e piorar a cognição ¹⁶⁴.

3.2.3.5. Prurido

A probabilidade de desenvolver prurido induzido por opióides (PIO) varia de 2 a 10% ¹⁴⁹. Está relacionado com a libertação de histamina, um processo mediado periférica ou centralmente ¹⁶⁵. O PIO é mais um EA do que uma reacção alérgica.

A RO, a redução da dose do FO, ou os tratamentos farmacológicos (tais como as compressas frescas), podem ser necessários para alguns doentes ¹⁶⁶.

3.2.3.6. Depressão Respiratória

Ocorre essencialmente com os agonistas totais, sendo dose-dependente. É um acontecimento raro quando, num doente virgem de opióides, se começa com doses baixas e for feita uma titulação lenta. Os casos descritos de apneias acontecem quando se combinam opióides com depressores do SNC ^{167,168}.

Há que ter atenção no caso de: idosos, pessoas fragilizadas e debilitadas, desnutridos, esclerose múltipla, patologias respiratórias subjacentes. (bronquite crónica, DPOC), indivíduos sob substâncias que atuam no SNC ^{168,169}.

A depressão respiratória pode ser invertida com antagonistas dos opióides.

3.2.3.7. Imunodepressão

Perante a percepção de um agente indutor de *stress* as respostas do SNC e do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal envolvem uma rede complexa de sinais, (incluindo as catecolaminas, peptídeos como as endorfinas, e corticosteroides como o cortisol). Todos estes fatores podem condicionar uma imunodepressão.

Diversos opióides possuem atividades intrínsecas imunodepressoras ¹¹⁷.

3.2.4. Os fármacos adjuvantes

- **Cortico-esteróides (CE)** são particularmente úteis no tratamento adjuvante da dor nociceptiva óssea metastática e visceral, e da DN ¹⁷⁰.

Existe evidência científica que suporta o uso de CE em condições específicas, tais como: compressão da medula espinhal, pressão intracraniana elevada ¹⁷¹, obstrução intestinal ¹⁷², estimulação do apetite, supressão de náuseas, plexopatias, linfedemas, hepatomegália e alívio da fadiga ¹⁷³.

Os CE são moléculas lipofílicas que podem atravessar a barreira hemato-encefálica¹⁷³. Reduzem as descargas espontâneas dos nervos lesados, reduzindo a DN¹⁷⁰. Acredita-se que os CE reduzam a excitabilidade neuronal, afetando diretamente as membranas celulares.

Os CE estão entre os fármacos mais prescritos nos serviços de cuidados paliativos nos hospitais da Europa^{174, 175}.

A menor dose eficaz deve ser sempre a usada. Como os EA se acumulam em tratamentos de longa duração, devem ser utilizados por curtos períodos (1 a 3 semanas)¹⁷⁶. Para os casos em que os CE sejam utilizados por longo tempo, a sua utilização deve ser monitorizada com rigor¹⁷⁷. Em caso de não-resposta numa semana, o seu uso deve ser descontinuado¹⁷⁸.

Os EA mais frequentes incluem^{179 e180}: aumento de apetite e/ou peso, fraqueza muscular proximal, insónia, distúrbios gastrointestinais (esofagites e gastrites, úlceras), perturbações psiquiátricas (delirium, depressão, ansiedade e psicose) e osteoporose. Os EA menos frequentes incluem infecções, hiperglicemia e síndrome de Cushing. Os eventos fatais podem incluir: hemorragias gastrointestinais e tromboembolismo.

Interações medicamentosas – os anti-convulsivantes aceleram o mecanismo dos CE¹⁷⁰.

Os longos períodos de tratamento exigem um desmame cujo tempo deve ser o mesmo da duração da prescrição¹⁸⁰.

Os sintomas de privação de CE incluem: dor, náusea ou vômito, perda de peso, depressão, fadiga, febre, tonturas¹⁷⁰. Uma crise de Addison pode ser mais uma complicação fatal causando confusão, coma, choque cardiovascular e morte¹⁷⁰.

➤ **Relaxantes Musculares** - Existem 3 agentes utilizados: bacofleno (Lioresal[®]), ciclobenzaprina (Flexiban[®]) e tizanidina (Sirdalud[®])

○ O bacofleno (Lioresal[®]), um dos mais comumente utilizado como relaxante, é um agonista do GABA, mas atravessa com dificuldade a barreira hemato-encefálica. Embora não se conheça com precisão, sabe-se que atua através das vias aferentes polissinápticas e provavelmente das monossinápticas. A sua utilização pode fazer-se por via intratecal, bólus ou por infusão contínua¹⁸¹. Uma vez que é parcialmente metabolizado no fígado (15%) e excretado pelo rim, deve ser utilizado com precaução em doentes com insuficiência hepática ou renal^{181,182}. O facto de apresentar ação analgésica na ausência de espasmo muscular, é útil na dor neuropática sem resposta ao uso de analgésicos opióides^{183,184}. É útil em doenças neurológicas que envolvem espasmos musculares dolorosos¹⁸⁵, na Síndrome Dolorosa Regional Complexa¹⁸⁶; esclerose múltipla¹⁸⁷, lesões da medula espinhal, e

numa ampla gama de situações clínicas além da espasticidade, como na Doença de Parkinson, alguns tipos de cefaleia e outras dores neuropáticas ^{183,188} incluindo nevralgia do trigêmeo e dor pós-AVC ¹⁸⁹.

Os principais efeitos secundários são: sonolência, tonturas, tremor, insónia, convulsões; alterações gastrointestinais e cardiovasculares ¹⁹⁰. A depressão respiratória é rara ¹⁸⁹.

- A ciclobenzaprina (Flexiban[®]) está indicada como adjuvante do repouso e da fisioterapia para alívio do espasmo muscular associado a condições músculo-esqueléticas dolorosas agudas¹⁹⁰. Os efeitos colaterais podem ocorrer com: taquicardia, hipertensão, sonolência, fadiga, cefaleias, *rash*, urticária, visão turva, depressão da medula óssea (muito rara), leucopenia (muito rara)¹⁹¹. O seu uso não deve exceder 2 a 3 semanas.

- A tizanidina (Sirdalud[®]) é um agonista dos recetores adrenérgicos, reduz a transmissão sináptica no nível da raiz dorsal, com ação antiespasmódica atribuível a facilitação reduzida dos motoneurónios espinhais ¹⁹². Tem indicação no tratamento da espasticidade associada a diferentes lesões do SNC ¹⁹³: esclerose múltipla, traumatismos cranianos e/ou medulares, AVCs.

- Benzodiazepinas (BZD). O seu efeito na dor é indireto: atendendo ao conceito de “dor total” a redução das queixas álgicas pode existir por diminuição da ansiedade e das síndromes depressivas.

O uso mais comum das BZD aparece no contexto da insónia, um problema negligenciado na abordagem da dor total ¹⁹⁴.

3.2.4.1. Algumas considerações no tratamento da dor Irruptiva

- **Opióides por via oral** – São utilizados Fármacos de Libertação Imediata (FLI), administrados em doses proporcionais à dose total diária necessária para controlar a dor ¹¹⁴.

Estes FLI orais devem ser reservados para tratar a dor episódica incidental, cujo aparecimento é compreendido e relacionado com a presença de uma causa. Quanto mais tempo esse agente causal vigora mais duração terá a dor, aumentando gradualmente a intensidade ¹⁹⁵, se nada for feito.

Não são adequados para as dores de aparecimento imediato e de curta duração, as ditas dores que “irrompem” sem causa aparente ^{196, 197}.

- **Opióides por via parentérica**. Na DI o alívio da dor deve acontecer imediatamente. Essa dor pode ser intensa ou insuportável, consubstanciando o seu tratamento uma urgência clínica. Devem ser utilizados fármacos de ação ultrarrápida.

A MO-IV administrada para controlar a DI em doses proporcionais ao regime basal de opióides, inclusive em pessoas idosas ou em doses relativamente elevadas, não resultou em efeitos adversos significativo e demonstrou-se eficaz ¹⁹⁸.

- **Fentanilo por via transmucosa (FT-TM).** É um fármaco potente e fortemente lipofílico, características que favorecem a sua passagem através da mucosa e da barreira hemato-encefálica para suprir uma analgesia rápida.

O FT-TM é friccionado delicadamente na mucosa oral até que se dissolva completamente (em menos de 15 min, se usado apropriadamente). A mucosa oral é altamente permeável e é muito vascularizada, tendo uma grande área de superfície e uma temperatura relativamente uniforme.

A taxa de absorção e a biodisponibilidade do FT são maiores após a administração de FT-TM do que após administração oral.

A mucosite, a infecção local, e a xerostomia podem limitar o uso ou reduzir a absorção do fármaco. A biodisponibilidade absoluta é de aproximadamente 50%: sendo 25% absorvido pela mucosa e imediatamente disponível para tratar a DI e 25% engolido e absorvido depois pelo intestino delgado ¹⁹⁹.

- **Fentanilo por via sublingual (FT-SL).** A mucosa sublingual tem uma excelente permeabilidade e vascularização o que permite a absorção rápida de opióides lipofílicos tais como o FT e BF ¹⁹⁹.

A via SL constitui uma forma simples e conveniente do doente autoadministrar a medicação para tratar episódios temporalmente imprevisíveis da DI.

O nome comercial é Abstral[®]. O efeito começa aos 10 min após a toma e pode durar até aos 60 min ²⁰⁰.

3.2.5. Principais vias de administração dos fármacos

Via de administração, em farmácia, é o modo como o fármaco é colocado no organismo para atingir um determinado efeito. Veremos as vias mais comuns e de uso diário, como a via oral, assim como aquelas que são restritas a um número reduzido de especialistas, como por exemplo, as vias intra-articular ou intrarraquidiana.

Alguns conceitos a ter em conta aquando da prescrição: Biodisponibilidade (é a velocidade e extensão, com que a substância ativa do fármaco é absorvida, e se torna disponível no local de ação); as Bioequivalências (dizem-se bioequivalentes dois medicamentos, se são equivalentes farmacêuticos ou alternativas farmacêuticas, e se as suas biodisponibilidades após administração na mesma dose molar, são tão semelhantes que os seus efeitos, tanto no que diz respeito à eficácia, como à segurança, são essencialmente os mesmos) e a Absorção (o processo pelo qual um

fármaco entra na corrente sanguínea sem ser quimicamente alterado ou o movimento de um fármaco desde o seu local de aplicação até ao sistema sanguíneo ou linfático). Alguns fatores podem influenciar a taxa de absorção: o meio de transporte e suas propriedades físico-químicas; a Concentração; a Capacidade de ligação a proteínas; a via de administração; a forma farmacêutica e o Fluxo sanguíneo no local de absorção
 Decisão de via de administração – fatores: (a) Tipo de ação desejada; (b) Rapidez de ação desejada e (c) Formulação farmacêutica.

A ação dos fármacos varia com a sua formulação e depende da taxa de absorção pelo trato gastrointestinal, principalmente a nível do intestino delgado onde são absorvidos diretamente para a veia porta, passando pelo metabolismo hepático antes de entrarem na circulação sistémica.

A escolha de uma via de administração é feita em função do doente, em particular no que respeita à idade, estado de consciência e situação patológica existente, da necessidade de um início de ação mais ou menos rápido (ex.: a utilização de via intravenosa numa situação de emergência), das características físico-químicas do fármaco usado, e do tipo de ação que se pretende obter.

3.2.5.1. Via Oral (PO)

É a mais simples e segura. Se não houver contraindicações para o seu uso, é a via de eleição para a administração da maioria dos analgésicos.

Tabela 3

VIA ORAL	
VANTAGENS	DESVANTAGENS
Autoadministração	Absorção limitada e variável
Económica	Necessidade de cooperação do doente
Indolor	Sofre efeito de 1ª passagem
Efeitos locais e sistémicos menores	Absorção depende do pH
	Interação com os medicamentos

3.2.5.2. Via Oral transmucosa

A vantagem da utilização desta via de administração, deriva do facto de ser uma grande área de superfície, com grande vascularização, permitindo assim uma rápida absorção com conseqüente início rápido de ação dos fármacos.

3.2.5.3. Via Sublingual

É feita sob a língua, sendo absorvido diretamente da mucosa oral para a circulação sistémica, evitando o efeito de 1ª passagem e permitindo um rápido início de ação. Esta via parece ser a que tem melhor absorção ²⁰¹. Não necessita de preparação ou supervisão para a sua utilização.

Tabela 4

VIA SUB LINGUAL	
VANTAGENS	DESVANTAGENS
Fácil acesso e aplicação	Impossível em doentes inconscientes
Evita efeito de 1ª passagem	Podem provocar irritação das mucosas
Período de latência curto	Difícil aplicar em doentes pediátricos
Útil em emergência	Sabor desagradável

3.2.5.4. Via rectal (PR)

A parede do reto é fina e amplamente irrigada, proporcionando uma absorção rápida. Tanto a via sublingual como esta, tem a vantagem adicional de evitarem a destruição do fármaco por enzimas digestivas ou pelo baixo pH do estômago.

É útil nas situações em que o fármaco induz o vómito ou se o paciente já está em crise emética. Tem como desvantagens o facto de que a absorção poder ser irregular e incompleta e existirem muitos fármacos irritantes para a mucosa do reto.

Tabela 5

VIA RECTAL	
VANTAGENS	DESVANTAGENS
Evita efeito de 1ª passagem	Pode provocar lesões da mucosa
Útil em doentes não cooperantes ou inconscientes	Muitas vezes é incómoda
Impossibilidade de utilizar a via oral	Absorção irregular e incompleta
Impossibilidade de utilizar via parentérica	Perigo de expulsão

3.2.5.5. Via Transdérmica (TD)

Uma vez que a derme se comporta como uma barreira lipídica ²⁰², a absorção do fármaco depende da superfície sobre a qual é aplicado e da sua solubilidade lipídica.

A absorção pode ser melhorada se o fármaco for transportado num veículo oleoso, ou aplicado sobre a pele bem hidratada.

Com esta via de administração os efeitos sistémicos resultam da aplicação do fármaco sobre a pele, usualmente por meio de adesivo, sendo mais utilizada quando se pretende uma administração contínua do fármaco.

Tabela 6

VIA TRANSDÉRMICA	
VANTAGENS	DESVANTAGENS
Controlo sobre as varáveis que podem afetar a absorção	Poucos fármacos disponíveis
Evita efeito de 1ª passagem	Irritação/alergia no local de aplicação
Baixo risco de sobredosagem	Absorção lenta com picos séricos tardios
Diminuído risco de efeitos colaterais	
Pode ser utilizado em doentes com distúrbios gastrointestinais	
Boa adesão pelo doente e cuidadores	

3.2.5.6. Via parentérica

As principais vias são:

- Subcutânea; Intravenosa e Intramuscular

- Via subcutânea (SC). Apenas podem ser usados fármacos não irritantes dos tecidos.

A taxa de absorção é constante e lenta, proporcionando um efeito sustentado.

É a técnica invasiva menos agressiva. Esta via é útil quando necessitamos de um rápido início de ação do fármaco e concentrações plasmáticas mantidas.

Tabela 7

VIA SUBCUTÂNEA	
VANTAGENS	DESVANTAGENS
Método cómodo e eficaz	Não pode ser utilizada quando existem alterações da pele
Económico e acessível em ambulatório	Absorção dependente do fluxo sanguíneo do local de punção
Não requer formações específicas	Necessita colaboração da enfermagem
Absorção lenta e constante	Pode fazer quistos de retenção e/ou abscessos
Facilmente tolerável	

- Via intravenosa (IV). Permite que se atinja rapidamente a concentração plasmática do fármaco.

Produz alívio rápido da dor, mas exige um acompanhamento rigoroso da resposta do doente, só se devendo utilizar em situações onde exista uma supervisão adequada por profissionais de saúde.

Não devem ser administrados por esta via, fármacos em veículo oleoso que possam provocar hemólise.

Tabela 8

VIA INTRAVENOSA	
VANTAGENS	DESVANTAGENS
Uso limitado ao regime de internamento	Provoca habituação mais rapidamente
Efeito farmacológico imediato	Necessita de material esterilizado
Controlo eficaz das doses administradas	Necessita de profissionais de saúde em vigilância
Podem ser utilizados grandes volumes	Facilidade de aparecimento de efeitos secundários precoces
Utilização de substâncias com pH diferente da neutralidade	Pode provocar acidentes tromboembólicos
Pode ser útil em fases terminais da doença	

- Via intramuscular (IM). É uma administração mais rápida e previsível que a oral.

Varia com o local da injeção e reduzida em casos de diminuição a circulação sanguínea, ou em situações de hipotermia. Via pouco utilizada no tratamento da dor crónica.

Tabela 9

VIA INTRAMUSCULAR	
VANTAGENS	DESVANTAGENS
Efeito rápido com segurança	Dolorosa
Fácil utilização	Substâncias irritantes ou com pH diferente
	Não suporta grandes volumes
	Absorção relacionada com tipo de substância: Sol. aquosa – absorção rápida Sol. oleosa – absorção lenta

- Via Espinhal. Quando pretendemos um efeito local e rápido no SNC.

Esta via de administração foi utilizada como via para analgésicos em 1885, quando Corning demonstrou alívio da dor relacionada com a administração de anestésicos locais no espaço espinhal. Em 1965 Melznack e Wall, reconheceram o envolvimento da medula espinhal na modulação das vias de dor e em 1967-1970 foram

reconhecidos recetores opióides na espinal medula. Em 1979 foi feita a 1ª administração de opióides por esta via, para alívio da dor.

Permite o bloqueio analgésico, atuando sobre os nervos raquidianos, gânglio espinhal, raízes espinhais ²⁰³.

- Via epidural. Quando a dor é multifactorial e distribuídas em várias regiões do corpo e a medicação sistémica é ineficaz.

Tabela 10

VIA EPIDURAL	
VANTAGENS	DESVANTAGENS
Início de ação muito rápida	Requer formação específica
Útil para administração de anestésicos locais	Risco de infecção
Diminuição dos efeitos colaterais	Obstrução ou saída inadvertida do cateter
Diminuição das doses administradas	Punção de dura-máter
	Dor à injeção

- Via intratecal. É utilizada quando se necessita de administrar doses muito baixas de opióides e para administração de outros fármacos relaxantes ou agonistas, geralmente em doentes com esperança de vida longa.

Tabela 11

VIA INTRATECAL	
VANTAGENS	DESVANTAGENS
Terapêutica a longo termo	Material utilizado muito caro
Menores doses de fármacos	Requer formação específica
Menor risco de infecções	Condições de execução compatíveis
Quando existem efeitos secundários muito marcados	Material disponível

- A administração em modo de analgesia controlada pelo doente, vulgo PCA, nas suas diferentes modalidades é possivelmente, o único método de administração que se ajusta à verdadeiras necessidades analgésicas de cada doente, diminuindo a morbilidade associada à dor não controlada com uma melhoria óbvia da qualidade de vida do doente ²⁰⁴.

Permite ajustar de maneira contínua a quantidade de analgésico à intensidade da dor, obter concentrações estáveis e mantidas durante todo o processo terapêutico ²⁰⁵.

Consiste na autoadministração de doses pré-fixas de analgésicos com intervalos também estabelecidos e de acordo com as necessidades.

É utilizada via epidural. Existem no mercado sistemas transdérmicos por iontoforese²⁰⁶.

Existem diferentes Modalidades de PCA:

- PCA contínua – perfusão contínua de analgésicos sem possibilidades de bólus suplementares
- PCA com bólus – administração de bólus conforme a necessidade do doente
- PCA basal com bólus – administração de uma perfusão basal com permissão para utilização de bólus suplementares. Assegura um controlo da dor durante as 24 horas, com controlo da dor durante as horas de sono. Permite a manutenção de níveis basais de analgesia.
- PCA com bólus suplementares variáveis – dá ao doente a possibilidade de controlar o número de bólus e a dose de fármaco, em função da intensidade da sua dor.

As principais desvantagens da PCA são: necessidade de colaboração ativa do doente; capacidade de entendimento da técnica por parte do doente; efetividade dos resultados estar dependente do correto funcionamento do equipamento; ter um custo inicial elevado (relacionado com a aquisição dos dispositivos); e exigir um seguimento adequado e apertado.

3.2.6. Técnicas invasivas no tratamento da dor

Consideramos tratamento invasivo qualquer procedimento (agulha ou bisturi) que viole o tegumento do corpo.

Cerca de 30 a 50% dos doentes com doença oncológica, sofrem de dor, sendo que, a percentagem de doentes com dor sobe para cerca de 70% a 90% em doentes em estadio avançado da doença²⁰⁸. Destes, 5 a 15% têm dor refractária à terapêutica convencional e necessitam de uma intervenção invasiva, quer para reduzir a dor, quer para reduzir os efeitos secundários a medicação tais como: a sedação, a obstipação e a fadiga, consequência, muitas vezes, das altas doses de opióides necessárias para o controlo da sua dor^{208, 209}.

A escada analgésica preconizada pela OMS tem sido utilizada enquanto guia orientador da prescrição de analgésicos. Embora originalmente concebida para tratamento da dor oncológica, hoje em dia tem sofrido algumas atualizações e é cada vez mais utilizada como guia orientador na dor crónica não oncológica^{208, 209}.

Utilizam-se técnicas invasivas quando:

- Existem efeitos colaterais consideráveis, relacionados com os analgésicos;

- Dor intensa, não controlada pelos métodos convencionais;
- Via oral indisponível;
- Necessidade de administração de grandes doses de opióides;
- Necessidade de administrar fármacos no espaço epidural;
- Dor referenciada a zonas de enervação dos plexos nervosos;

De modo geral, os procedimentos invasivos são efetuados por técnicos especialistas, com necessidade de equipamento mais ou menos sofisticado, mas que se considera importante o conhecimento geral para que possamos decidir o tratamento mais adequado para cada doente e cada situação.

A dor severa não tratada pode ser devastadora para o doente e seu cuidador, tornando obrigatório que todos os profissionais de saúde estejam informados das alternativas terapêuticas para o seu controlo. Em oncologia, o tratamento agressivo da dor pode mesmo ser considerado como boa prática oncológica, uma vez que existem evidências de que a dor não controlada diminui a esperança de vida ²¹⁰.

Tipos de intervenções invasivas na terapêutica da dor: (a) Bloqueio do Sistema nervoso autónomo; (b) Bloqueios de nervos periféricos; (c) Bloqueios do neuro eixo e Outras técnicas.

Os fármacos administrados quer no espaço epidural, quer no espaço intratecal provocam bloqueio do SNC. A dor originada nos órgãos da cavidade abdominal e pélvica, é transmitida desde o órgão que lhe dá origem até ao sistema nervoso simpático, por gânglios para vertebrais emparelhados que se estendem da base do crânio até ao cóccix ²¹¹ (Plexo cérvico-torácico, Plexo torácico, Plexo celíaco, Plexo lombar, Plexo hipogástrico e Plexo ímpar)

3.2.6.1. Bloqueios do sistema simpático

É o principal responsável pela nocicepção visceral.

Bloqueios:

3.2.6.1.1. Plexo cervical. Compreende as vias autonómicas para a região cefálica e membros superiores. Tem Indicações clínicas para o alívio da dor neuropática da cabeça e pescoço e membros superiores, na Síndrome Regional Complexo e Tumor de Pancoast comprimindo o Plexo Braquial.

3.2.6.1.2. Plexo Braquial apresenta Indicações Clínicas: no tratamento da dor no ombro associada a metástases na escápulo-umeral, na dor intensa devido a osteossarcoma do membro superior.

3.2.6.1.3. Do Nervo Supraescapular com Indicações Clínicas: no alívio da dor, para a facilitação da intervenção da Medicina Física. (Obrigatório articular a hora do bloqueio com a hora da fisioterapia)

3.2.6.1.4. Bloqueio do Plexo Simpático Lombar. O bloqueio é eficaz em 48 a 80% dos doentes com dores nos membros inferiores ²¹².

Está Indicado para fins de diagnóstico/prognóstico; para diagnóstico de simpaticectomia lombar, nas situações de insuficiência venosa dos Membros Inferiores; dor por tumores da cavidade pélvica, com envolvimento de fibras autonómicas simpáticas e parassimpáticas; no Síndrome complexo regional dos membros inferiores; em doença vascular periférica; em doenças malignas pélvicas; na dor fantasma dos membros inferiores e na dor crónica pélvica mal definida.

3.2.6.1.5. Bloqueio do Plexo Celíaco. É o bloqueio neurolítico mais comum. Compreende os quadros algícos severos: esófago distal, estômago, pâncreas e fígado, com uma taxa de alívio na dor de 89% durante as duas primeiras semanas. Em doentes com tempos de sobrevida superior a 3 meses, existe um alívio parcial a completo, após bloqueio, em cerca de 90% dos casos ²¹³.

Podem surgir Complicações. Estas incluem hipotensão transitória e diarreia, que por vezes se pode tornar crónica, devido à diminuição do fluxo do sistema nervoso simpático no abdómen.

3.2.6.1.6. Bloqueio do Plexo Sacrococcígeo. Para os processos algícos perineais do carcinoma do reto

3.2.6.2. Bloqueio dos Nervos Periféricos

Podem ser eficazes como adjuvantes da terapêutica algíca oral.

Os benefícios a longo prazo são incertos, e a dor por neurite ou desafferenciação, pode acontecer.

Tabela 12

BLOQUEIO DE NERVOS PERIFÉRICOS	
NERVO	LOCAL/SITUAÇÃO TRATADA
Oftálmico	Dor no olho (uveíte, glaucoma)
Maxilar, mandibular	Tic doloroso ou dor de origem oncológica
Nervo frénico	Dor diafragmática
Intercostal	Dor pós-toracotomia, metástases das costelas, nevralgia pós-herpética da região dorsal
Nervos sagrados	Dor pélvica e rectal (alternativa ao bloqueio caudal-epidural)

O álcool e o fenol são os agentes neurolíticos mais utilizados nos bloqueios neuroablativos. Estes fármacos atuam por interrupção da transmissão nociceptiva da dor, destruindo as estruturas envolvidas na sua percepção.

3.2.6.2. Bloqueios do Neuroeixo

Trata-se da utilização da via espinhal no tratamento da dor e compreende: a via Intratecal e a via epidural.

A administração dos fármacos é habitualmente feita através de cateter epidural ou intratecal, simples ou tunelizado.

As doses devem ser tituladas para cada doente, podendo esta titulação demorar cerca de 2 semanas para controlo eficaz da dor sem efeitos colaterais ²¹⁴.

A escolha entre a via epidural e a intratecal é determinada, em parte, pela expectativa de vida do doente. Se for superior a 6 meses, a via intratecal deve ser considerada, uma vez que o cateter epidural pode obstruir ou exteriorizar-se ao longo do tempo.

Utiliza-se o Cateter simples em: situações de dor aguda; alívio da dor em situações temporárias e alívio da dor em doentes terminais.

Os Cateteres intratecais implantados utilizam-se se a expectativa de vida for superior a 6 meses por: ser a melhor opção para colocação subaracnoideia; Ter menor risco de deslocação acidental do cateter; ter menor risco de infecção; serem fáceis de manusear; ter a possibilidade de utilização em regime ambulatorio e poderem ser acoplados a sistemas de infusão – os Infusores elastoméricos ou bombas de infusão eletrónicas.

3.2.6.2. Outras técnicas invasivas para o tratamento da dor

3.2.6.2.1. Perfusões de fármacos por via subcutânea. É a menos agressiva de todas as técnicas. Quase inócuo e bem tolerado pelo doente. Pode levar à formação de quistos de retenção.

3.2.6.2.2. Procedimentos neurocirúrgicos

3.2.6.2.3. Infusão intraventricular de morfina

3.2.6.2.4. Estimulação da medula espinhal que consiste na criação de um campo elétrico no interior do espaço epidural, que leva à modulação ou ao bloqueio da transmissão da informação dolorosa.

3.2.6.2.5. Vertebroplastia e cifoplastia percutânea. São duas técnicas de intervenção estreitamente relacionadas, e utilizadas para tratar fraturas vertebrais

dolorosas compressivas, devido a metástases ou osteoporose ²¹⁵ e consiste na injeção de cimento ortopédico no corpo vertebral.

A Cifoplastia adiciona a esta técnica, a colocação prévia de um balão no corpo vertebral para criar uma cavidade, e possivelmente, restaurar a altura do corpo vertebral, antes da injeção do cimento ²¹⁶.

Indicada em doentes com: fraturas vertebrais compressivas, dolorosas, de etiologia tumoral primária ou secundária, como: mielomas, metástases de carcinoma da mama, da próstata e do pulmão ou em fraturas vertebrais compressivas dolorosas devido a osteoporose em doentes com ou sem patologia oncológica.

3.2.6.2.6. Terapêutica com radiofrequência (RF) – consiste numa técnica neurodestrutiva, que utiliza o calor contínuo para produzir destruição tecidual controlada (termo coagulação). O alívio da dor é temporário devido à regeneração do axónio e dura, em média, 9 a 10 meses. As mais frequentes: Neurólise lombar por radiofrequência e Neurólise por RF do Gânglio de Gasser.

Existem Critérios de Seleção do doente para Técnicas Invasivas com regras bem definidas:

- Avaliação e compreensão do tipo de dor, são essenciais para o delinear a melhor técnica para aquele doente, com aquela dor;
- Avaliar se existem coagulopatias ou se os testes de coagulação têm alterações, uma vez que a sua existência pode levar à hemorragia no local do procedimento;
- Infecções ou abscessos na região da técnica, que possa, causar complicações locais ou à distância;
- Obstrução mecânica no local, tais como o envolvimento do tumor, que impeça a punção ou colocação do cateter.

4. Tratamento não farmacológico

4.1. Introdução

A terapêutica da dor pode-se dividir em dois grandes grupos como vimos: a farmacológica e não-farmacológica. As não-farmacológicas dão-nos orientações sobre a aplicação de técnicas de autocontrolo da dor que define como sendo do tipo comportamental e do tipo cognitivo. De todas estas técnicas destacamos a do relaxamento (do grupo das técnicas comportamentais), que poderá ser utilizada em doentes com dor crónica.

Hoje em dia a aplicação das técnicas complementares nas diversas áreas da saúde tem vindo a crescer. Elas são particularmente importantes em doentes crónicos e/ou em fases terminais de doença. Estas técnicas estão a ser gradualmente implementadas na prática ainda que com alguma relutância dos profissionais mais convencionais e, muitas vezes, servindo como último recurso para doentes de evolução prolongada sendo o que tem vindo a acontecer com a Sofrologia no IPOLFG. Os enfermeiros são por isso os profissionais de saúde, que pela proximidade que têm com o doente, poderão mais facilmente integrar estas técnicas no quotidiano do cuidar, tanto mais que há anos que integram o bem-estar espiritual na sua prática. O marco histórico que permitiu a transformação da abordagem na Dor deu-se em Inglaterra, em 1967, no *St. Christopher Hospice*, através de uma das suas fundadoras, Dra. Cecily Saunders. Foi então introduzido o conceito de DOR TOTAL que traduz a natureza multidimensional da Dor. Esta envolve perda de saúde, da autonomia, de projetos de vida e da previsibilidade. A Dor induz limitações no estilo de vida, sendo a mobilidade o seu alvo principal. Sintomas como a falta de paciência, cansaço, esgotamento, são comuns²¹⁷.

A equipa multidisciplinar deve ter conhecimentos aprofundados sobre as dimensões da “Dor Total” sendo que o trabalho de equipa e as reuniões de discussão de casos são uma mais-valia pois permitem uma melhor compreensão clínica do doente com Dor e da sua dinâmica familiar. Um objetivo comum à equipa deve ser a promoção a qualidade de vida dos doentes e familiares. Um modelo holístico.

Desde 1978 que a OMS recomenda a integração das práticas tradicionais na medicina moderna, e enfatiza a necessidade de se garantir respeito, reconhecimento e colaboração entre os praticantes dos diversos sistemas de tratamento e de cura. Nesta mesma altura a OMS refere que os sistemas tradicionais continuam a ser a principal fonte de assistência sanitária em dois terços a população mundial e que, em

determinados países em desenvolvimento, como a China e a Índia, têm sido feitos avanços impressionantes mediante a integração dos sistemas oficiais e alternativos.

É importante fazer-se a distinção entre os dois termos que são usualmente utilizados para definir algo semelhante, terapias complementares e terapias alternativas. As terapias alternativas são as que são escolhidas em vez do tratamento convencional e poderão ser invasivas ²¹⁸.

As pessoas tendem mais a considerar estas terapias como complementares e não como alternativas. Contudo, também é verdade que na maior parte dos casos nada dizem aos profissionais de saúde que as estão a utilizar, por medo de serem ridicularizados ou por medo de lhes retirarem os tratamentos ortodoxos (as complementares).

A maioria dos autores que estudaram esta temática, referem que os doentes oncológicos e com VIH são os que normalmente se mostram mais disponíveis à aplicação destas técnicas.

As Terapias psicofisiológicas são as que têm maior potencial por existir uma relação entre o corpo e a mente. De entre outras terapias destacam-se as técnicas de relaxamento. Está patente em tudo o que foi referenciado anteriormente a existência de um ponto comum entre o cuidar e a enfermagem e as terapias complementares (filosofia holística). As vantagens das terapias complementares prendem-se com a necessidade de os doentes reconhecerem ser tratados de forma holística. Uma das maiores vantagens das terapias complementares é o tempo, a atenção, e a escuta ativa que o técnico dá ao doente.

Derbyshire e colegas (2002) investigaram esta área e referiram a importância dos fatores culturais e ainda: da idade (os adultos tendem a tolerar melhor a dor, porque conseguem compreender melhor o que esto a sentir e conferir significado à Dor); a fadiga (os doentes com ritmos de sono inalterados têm um limiar de Dor mais alto que as pessoas que apresentam alterações do sono e se encontram com níveis de fadiga mais elevados); os doentes que se encontram emocionalmente instáveis apresentam baixos limiares de Dor; a Personalidade também é um fator a ter em conta. As mais ansiosas, têm limiares de Dor mais baixos, por exemplo; as questões fóbicas (o limiar de dor diminui à medida que o medo aumenta). Segundo Aloisi (2000), a mulher tem uma capacidade percetiva maior que o homem, no entanto, o seu limiar sensitivo é menor.

Muitos doentes que têm uma representação negativa dos tratamentos, não seguem as prescrições médicas, o que dificulta mais o controlo da Dor.

A dimensão espiritual é importante. As equipas devem abordar as questões espirituais do doente e da família, uma vez que esta dimensão pode influenciar no modo como o doente percebe e se relaciona com a sua Dor.

Na Finlândia são mais utilizados os tratamentos alternativos, com 91% dos sofredores usando um ou mais tratamentos, enquanto em Espanha tais tratamentos significam apenas 56% das abordagens.²¹⁸ Dos entrevistados com Dor Crónica, apenas 1% tinha dor oncológica. 19% dos adultos europeus revelaram dor moderada a intensa. Dois terços destes usavam medidas não farmacológicas: massagens (30%), fisioterapia (21%), e acupunctura (13%)²¹⁸. Relaxar não significa apenas distensão, repouso, pensar em coisas agradáveis, estar em casa sentado em frente ao televisor sem trabalhar, pois não basta querer relaxar para o conseguir. O estado de relaxamento é caracterizado por ser um estado global de relaxamento muscular, distensão física e mental que se obtém através da aprendizagem ativa e regular de um método de relaxamento que compreende um certo número de exercícios bem codificados como acontece com as várias técnicas onde se inclui a Sofrologia Caycediana[®]. As técnicas de relaxamento têm o objetivo não só de relaxar os músculos e o corpo todo e portanto a tensão e a dor, mas permitem também ao espírito libertar-se das preocupações e das atividades conscientes. A Sofrologia exige um plano bem específico e direcionado. Através do diagrama que se segue mostra-se a relação importante que existe entre os fatores psicológicos como o *stress* e a ansiedade, o efeito físico de tensão muscular e a dor^{219, 220}.

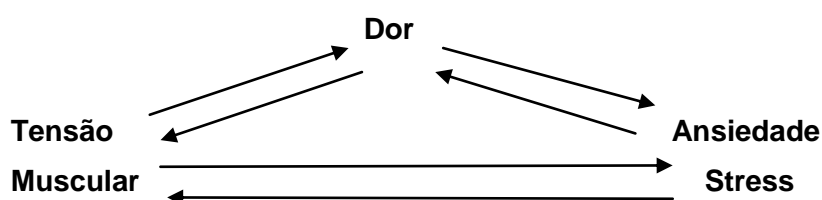


Fig.1²⁰⁰

Esta relação é como que um ciclo, a ansiedade aumenta a dor e a tensão muscular, e vice-versa. O relaxamento pretende interromper este ciclo. Para se conseguir o relaxamento é necessário então uma aprendizagem ativa e regular do método que compreenda um certo número de exercícios e a compreensão da intencionalidade de cada um deles. As técnicas de relaxamento remontam a tempos ancestrais. No entanto, na história da medicina recente poder-se-á falar de Edmund Jacobson, em 1920/1930, que relacionou o aumento do *stress* emocional com as contrações musculares e a tensão. A utilização das técnicas pressupõe a existência de respostas do organismo com diminuição: do consumo de oxigénio; do metabolismo; da

frequência respiratória; do ritmo cardíaco; da tensão muscular e da TA (em doentes hipertensos). Com referência a um aumento da sensação de calma e a uma maior sensação de bem-estar.

Quando nos reportamos à utilização das técnicas de relaxamento na pessoa com dor, teremos de ter em conta que existem benefícios mas também limitações. As situações em que o relaxamento é indicado são: dor previsível ou espasmos musculares; dor crónica; ansiedade, tensão e dificuldade em dormir.

No entanto, para que exista sucesso na sua aplicação, o doente deve compreender as instruções, ser capaz de se concentrar e de fazer o exercício tanto física como mentalmente e, acima de tudo, tem de ter vontade de se relaxar ou experimentar o controlo da dor. Existem alguns efeitos específicos do relaxamento na pessoa com dor: ajuda a induzir o sono; alicerça a relação de ajuda entre profissional e doente; previne a depressão; minimiza os efeitos negativos do *stress*; reduz a tensão músculo-esquelética reduzindo a pressão nas estruturas sensitivas da dor, podendo levar ao alívio da mesma; aumenta a autoconfiança e o autocontrolo da dor; diminui a fadiga; distrai da dor sentida; aumenta a eficácia de outras medidas de alívio da dor; melhora a disposição do doente, diminui o seu *stress* e diminui o medo na antecipação da dor.

As técnicas de relaxamento têm também contra-indicações, principalmente os exercícios longos. Eles não devem ser usados em situações de antecedentes de psicose, depressão severa e arritmias cardíacas lentas. Existem inúmeras técnicas de relaxamento, com diferentes classificações consoante os diferentes autores, de relaxamento progressivo de Jakobson²²⁰.

O relaxamento, no entanto, nem sempre diminui a dor, pode é proporcionar um estado psicofisiológico e de distração que ajuda a diminuir a dor e atua como facilitador da ação dos analgésicos. Esta técnica vai permitir distrair o pensamento, já que os doentes estão hipervigilantes em relação ao seu estado doloroso. O ensino ao doente pode ser feito seguindo os seguintes passos:

- Explicar que esta técnica visa a diminuição da ansiedade e da tensão, contribuindo para que o doente sinta a dor com menor intensidade, funcionando até como indutor do sono; explicação do método, e realização da história clínica e obtenção da aliança sofrónica;
- Induzir o relaxamento, falando em voz baixa e pausada, dando indicações precisas de como se realiza, procurando manter o mesmo timbre, o Terpnos Logos;
- Orientar a técnica no sentido de relaxar um grupo muscular de cada vez (cabeça, pescoço, ombros), passando aos grupos musculares seguintes até

relaxar, progressivamente, toda a musculatura esquelética. Acompanhar todo o exercício com respiração lenta e rítmica;

- Avaliar o grau de melhoria relativamente à dor, explicando ao doente que é natural que o alívio não seja total nas primeiras vezes;
- Incentivar o recurso a esta técnica, perante a ansiedade e a tensão, causas possíveis de exacerbação da dor.

Devem ser desenhados modelos de intervenção individuais e adaptados a cada paciente e aos seus familiares e cuidadores.

Os fatores psicológicos são alguns dos aspetos que irão influenciar a intensidade de Dor, assim como o seu alívio. A experiência subjetiva da dor integra muitos sentimentos, entre os quais se destacam: negação, revolta, aceitação, depressão reativa, medo, angústia de morte, culpa, agressividade, desamparo, manipulação, limitações de atividade, perda de autonomia, desconfiança, conflitos com a sexualidade, ansiedade, aspetos sociofamiliares.

É importante que o doente consiga fazer o registo diário da dor para discutir com a equipa as situações que a aumentam. Em Sofrologia, o doente pode ser aconselhado, na continuação do tratamento e da farmacologia, a desenhar num calendário, com cores diferentes, o tipo de dor e a sua ausência. A presença de um meio ambiente acolhedor e indutor de relaxamento pode ajudar o doente a sentir menos dor.

4.2. A importância da prática segura das técnicas

Os objetivos são: o controlo da dor; alívio e controlo da queixa dolorosa, assim como a melhoria do funcionamento físico, psíquico e social; ou seja, procura-se a promoção de uma melhor qualidade de vida.

É importante que o doente se comprometa com a equipa no seu tratamento da dor. Alguns doentes que apresentam uma conduta passiva podem estar a camuflar uma não adesão à terapêutica. Só quando o sujeito se compromete verdadeiramente no seu processo de tratamento a equipa tem condições eficazes para atuar.

No contexto da consulta o doente deve adquirir estratégias que lhe possibilitem lidar com a dor de um modo mais eficaz.

O trabalho em equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistente social, nutricionista, farmacêuticos, entre outros) é uma ferramenta essencial para evitar a construção de barreiras ou para a sua extinção.

É importante referir que o doente e a família devem ser vistos pela equipa como uma unidade de cuidado, uma vez que as famílias também sofrem com a dor. (Manual da Dor)

4.2.1. Apoio emocional

Os aspetos psicológicos, emocionais, cognitivos, comportamentais e psicossociais podem contribuir para agravar ou para melhorar os sintomas da experiência dolorosa.

Os aspetos psicológicos, como a depressão, a ansiedade, a vivência da incapacidade, o medo da mobilização e da atividade física e os aspetos sociais, podem assumir um papel relevante no início e na perpetuação dos sintomas.

A procura do bem-estar e promoção da qualidade de vida são desafios colocados pelo terapeuta aos seus pacientes.

4.2.2. Medidas físicas

A equipa vai ensinar o doente e cuidador, de forma clara e adequada, as estratégias e medidas de atuação na Dor. Numa fase seguinte fazer a monitorização e por último avaliação da eficácia do autocontrolo em que o doente deve ser capaz de: saber a localização da dor e da/s área/s por ela afetada; identificar as limitações funcionais ou necessidades vitais efetuadas (como por exemplo: o sono, o repouso, o exercício, a alimentação, a atividade sexual e as atividades sociais); caracterizar a Dor quanto ao seu tipo, carácter, intensidade, através de escalas de avaliação e conhecer os fármacos que lhe são administrados e outras terapêuticas para a redução da Dor, assim como conhecer os resultados obtidos com as mesmas.

4.2.3. Formas de controlar os estímulos que antecedem a Dor e seus sintomas

Neste capítulo será abordado o controlo dos sintomas que possam diminuir a tolerância à Dor relacionados com a própria doença e/ou com a medicação antiálgica.

4.2.3.1. Psico-educação que deve incluir a desmistificação de mitos e crenças sobre os opióides, principalmente a morfina e incutir no paciente e nos familiares a confiança na medicação, prevenindo expectativas falsas ou irrealistas.

4.2.3.2. Exercício Físico

É fundamental no controlo da Dor.

Ajuda a combater a distrofia (fraqueza progressiva e degeneração dos músculos esqueléticos) e a hipotonia muscular (redução da força muscular).

A atividade física melhora o humor, a qualidade de vida, a função intelectual, a capacidade de auto cuidado, o padrão de sono e alivia a ansiedade.

Sempre com orientação do fisioterapeuta.

4.2.3.3. Relaxamento e Distração Dirigida

No estado de relaxamento há uma progressiva diminuição da ansiedade e da tensão muscular, proporcionando uma diminuição do consumo de oxigénio, da pressão arterial, das frequências cardíacas e respiratórias e um aumento das ondas encefálicas comprovadas por electroencefalograma (ECG).²²¹

4.3. A Fisioterapia e o relaxamento

O papel do fisioterapeuta é de 1ª importância, nomeadamente, na Dor Neuropática e na presença de bloqueios temporários, permitindo abordagens impossíveis na presença da Dor.

A maior parte dos fisioterapeutas portugueses inclui na sua formação, técnicas de relaxamento nomeadamente de Laura Mitchell e noções de Jacobson e Schultz. São técnicas, na sua maior parte estáticas e sempre dirigidas pelo fisioterapeuta. As sessões são longas o que não é suportado por doentes com DCO, que desejam resultados imediatos, como acontece com a medicação. Daí uma das vantagens da Sofrologia Caycediana e a sua capacidade de adaptação e de, uma vez aprendida pode e deve ser realizada pelo doente, acompanhado ou não pelos seus cuidadores, aumentando a eficácia da medicação em curso,

Assim, os objetivos principais serão: aliviar a dor e melhorar a qualidade de vida do doente, restaurando a capacidade funcional e social, aumentando a gama de satisfações pessoais ²²².

4.4. Sofrologia Caycediana®

4.4.1. Introdução

O Prof Alfonso Caycedo, neuropsiquiatra espanhol de origem colombiana, nascido em 1932 em Bogotá na Colômbia, criou, em Madrid, em 1960, «a Sofrologia» com a finalidade de estudar a consciência humana. Apoiar-se na Fenomenologia psiquiátrica existencial, donde a primeira época determina o parêntesis do não julgamento e não apriori.

A Sofrologia Caycediana tem o nome do seu fundador, o Prof. Alfonso Caycedo. Tem por objetivo «a conquista da consciência do eu e dos valores positivos da nossa existência» Através da prática de exercícios coloca em relação o corpo e a respiração,

permitindo uma reapropriação das sensações físicas para uma melhor consciência de si e dos outros.

A Sofrologia é uma «*ciência que estuda a consciência humana, através de procedimentos metodológicos que lhe são próprios*» segundo o Prof. Caycedo. A palavra «Sofrologia» foi proposta no V Congresso Internacional de Psicoterapia em Viena, em Agosto de 1961, pelo Dr. Alfonso Caycedo.²²³ Do ponto de vista anatómico. O cérebro permite-nos captar cada uma das informações que nos chegam do mundo interior do nosso ser, mas igualmente do mundo exterior. Percebendo as informações codificadas sob a forma de sinal elétrico, a resposta será dada sob a forma de outro sinal elétrico, através de outros circuitos para levar a resposta aos órgãos, pulmões, coração, músculos, glândulas...

A contemplação Senso-Perceptiva própria da Sofrologia, articula-se com esta realidade fisiológica e é um eixo principal. O corpo, sempre em ligação com o espírito, vê-se estimulado nas suas capacidades propriocetivas segundo os 4 princípios fundamentais da Sofrologia Caycediana (o esquema corporal, a realidade objetiva, o princípio da adaptação, o princípio da ação positiva).¹⁸

Nós insistimos, enquanto Sofrólogos Caycedianos no encontro fenomenológico da descoberta «como se fosse pela primeira vez». Como diz o Prof. Caycedo «A repetição cria a vivência», e o treino em Sofrologia Caycediana é vivido como uma verdadeira estimulação cognitiva, uma ligação permanente com o esquema corporal para revelar o que nós chamamos a Corporalidade.

Segundo MacLean o cérebro é um órgão triúnico: Reptiliano (1) – Cérebro instintivo; Límbico (2) – Cérebro Emotivo e Córtex (3) – Cérebro Lógico.

A Sofrologia Caycediana permite-nos ativar o SNC, assim como o parassimpático que, em conjunto com o sistema nervoso simpático formam o Sistema Nervoso Autónomo. Este é o responsável pela regulação e coordenação das funções vitais do organismo através da produção da acetilcolina.

A repetição das vivências, terá como efeito o desenvolver da satisfação pessoal, criando um ambiente benéfico evidente, no cérebro. Parece acontecer que as fases de satisfação são acompanhadas, sempre, pela produção de neurotransmissores de recompensa – as dopaminas que terão como consequência, entre outras, de diminuir os fatores de stress, de manter um laço afetivo e de valorização da autoestima, conseguindo ainda a melhoria das capacidades cognitivas residuais. A Sofrologia ativa momentos de calma interior e desenvolve as capacidades positivas.

A prática da Sofrologia Caycediana mantém no aqui e agora as sensações positivas internas com a finalidade de procurar limitar a manifestação de alucinações ou de ideias delirantes que possam surgir.

Os neurotransmissores particularmente envolvidos nas doenças degenerativas são: a acetilcolina, a dopamina, a serotonina e o ácido gama aminobutirico (GABA). Cada um deles tem um impacto particular nos sintomas observados em caso de deficit.

Podemos ver no Quadro seguinte:

Quadro 1

Acetilcolina	Dopamina	Serotonina	GABA
Problemas de linguagem Memória Cognição	Comportamento Cognição Funções motoras Motivação Recompensa Sono Memorização	Satisfação Bem-estar psíquico Bem-estar mental	Personalidade Pensamento Ação

«Compensando um excesso, ou o mais comum, uma falta de um neurotransmissor, pode conseguir-se um reequilíbrio no funcionamento elétrico do cérebro.» ²²⁴

Quadro 2

Característica do sinal elétrico	Tensão do sinal	Velocidade do sinal	Sincronização do sinal	Ritmo do sinal
	(mede a intensidade com que o cérebro responde a uma estimulação)	(rapidez da resposta)	(o equilíbrio das 4 Ondas)	(determina a gestão do stress)
Onda cerebral	Beta	Alfa	Delta	Teta
Neurotransmissor	Dopamina	Acetilcolina	Serotonina	GABA
Lobo cerebral	Frontal	Parietal	Occipital	Temporal
Quadro do livro <i>Un cerveau à 100%</i>, ed. Th Souccard				

Os avanços científicos quanto à plasticidade neuronal, mostram, hoje em dia, haver uma capacidade de adaptação, como acontece nos AVCs.

Ligação entre os lobos cerebrais, as ondas, os neurotransmissores e problemas constatados

Quadro 3

FRONTAL	PARIETAL	OCCIPITAL	TEMPORAL
Pensamento abstrato, Decisão Movimento voluntário Personalidade Nível de vigilância	Compreensão e reacção aos sinais sensoriais	Visão e repouso cerebral	Memória Linguagem
Ondas Beta / Tensão do sinal	Ondas Alfa / Velocidade	Ondas Delta / Sincronização	Ondas Teta / Sincronização
DOPAMINA	ACETILCOLINA	SEROTONINA	GABA
Pressão arterial, digestão, funções que necessitem de energia	Velocidade	Bem-estar psíquico Bem-estar mental	Equilibra a atividade frontal e parietal, produzindo endorfinas
Dependências diversas: Obesidade, fadiga intensa e Doença de Parkinson	Dificuldades de linguagem Perda de memória Alterações cognitivas	Depressão, Desequilíbrio hormonal, Insónia, Desequilíbrio alimentar	Personalidade, Pensamento, ação

É sabido das neurociências que o cérebro apresenta vários ritmos de funcionamento, sendo eles:

O **Ritmo Beta** é um ciclo de plena vigília, graças ao qual funcionamos mal abrimos os olhos, que estamos em ação, que refletimos, que estudamos, que aprendemos. O EEG mostra uma atividade de ciclos na ordem dos 14-21/segundo.

O **Ritmo Alfa** é estimulado desde que tenhamos os olhos fechados, que tomemos uma posição confortável, deitados na cama, por exemplo. O EEG dá imediatamente conta dum abrandamento das ondas cerebrais para um ritmo que oscila entre os 7-14 ciclos/segundo. É interessante notar que neste ritmo os dois hemisférios cerebrais chegam a funcionar juntos em harmonia perfeita enquanto que fora do ritmo ora funcionamos com um ou outro hemisfério, a maior parte das vezes com o dominante, o esquerdo, o que privilegia o trabalho analítico e reflexivo mas que nos priva de toda a percepção intuitiva, criativa e global que pertence ao hemisfério direito. Isto demonstra as vantagens que nos oferece o ritmo Alfa.

O **Ritmo Teta** surge quando a atividade cerebral ainda abranda mais e chegamos a uma zona em que os ciclos variam entre os 4-7 ciclos/segundo. Esta fase corresponde ao do sono ligeiro, e quanto mais nos afundamos neste ritmo, mais o sono se torna profundo. Neste nível podemos encontrar o sono hipnótico e à zona de insensibilidade dolorosa.

O **ritmo Delta**, é o último dos 4 ciclos. Corresponde à zona do inconsciente, do sono muito profundo e quanto mais funcionarmos abaixo dos 4 ciclos/segundo, mais nos aproximamos de estados semelhantes à morte física. Nesta zona, somente as funções vitais são asseguradas pelo cérebro. Mal o EEG mostre um traçado contínuo, plano, equivale a dizer não haver atividade cerebral e o indivíduo é considerado fisicamente morto. A natureza previu que logo que estejamos acordados, nível de vigília, estamos em ritmo Beta, então o nosso cérebro “atira” com muita regularidade ondas alfa, sem que estejamos conscientes disso, para evitar um “sobreaquecimento” do nosso cérebro.

Quando funcionamos ao ritmo Alfa, os dois hemisférios do cérebro funcionam em perfeita harmonia, o que nos permite ter uma visão mais global, uma melhor concentração, uma melhor memória, de gerir melhor os nossos estados de *stress* e os nossos estados emocionais, de termos pleno controlo, um controlo consciente do funcionamento do nosso corpo, dos nossos órgãos, das nossas reações fisiológicas, de favorecer o controlo dos nossos hábitos, sobretudo daqueles que queremos mudar, de criar novos hábitos mais positivos e salutar para a nossa vida.

Podemos considerar que este nível, o ritmo Alfa é importante em Sofrologia e é conseguido com treino. Com efeito, no nível Alfa temos uma melhor percepção de

todos os nossos sentidos, estamos muito mais virados para a escuta da nossa intuição, o que quer dizer sabermos o que fazer no momento em que for preciso fazer. O nosso mental continua em vigília mas interfere menos vezes e as nossas escolhas são mais justas, mais intuitivas (a intuição pode ser definida como a capacidade de dar conta de informação que está fora do nosso campo de percepção habitual). Trabalhando consciente e regularmente no nível Alfa, ser-nos-á mais fácil melhorar o nosso estado de saúde, (pois também se trata de um nível de estado de reparação celular), de nos propormos objetivos, de trabalhar na nossa autoconfiança, de reforçar a nossa memória, a nossa concentração.

4.4.2. Definição

A Sofrologia é o estudo de todas as modificações dos estados de consciência do homem, obtidos por meios psicológicos, físicos ou químicos, bem como o estudo das suas possibilidades de aplicação em terapia, em profilaxia e em pedagogia. A consciência é abordada no plano psicológico, bioquímico, bioelétrico, farmacológico, cibernético e fisiológico. Deste modo, a Sofrologia é ao mesmo tempo uma ciência, uma filosofia, uma terapia e uma arte.

É uma ciência, porque o seu campo de aplicação, extremamente vasto, engloba na medicina psicossomática todos os fenómenos e técnicas capazes de provocar modificações na consciência humana. Muitas das suas técnicas são inspiradas em sistemas orientais de treino, como o budismo, o ioga real, o Zen, os métodos de integração psicofisiológica que se praticam há milénios.²²³

É uma filosofia pois comporta um sistema particular de valores que se dão à vida. A prática filosófica é fenomenológica. O seu objetivo essencial é a procura dum equilíbrio da individualidade. O ser humano é levado progressivamente, a um melhor conhecimento de si, o que facilita muito a compreensão do outro e o desenvolvimento harmonioso das relações inter-humanas.²²³

É uma terapia já que «Ela oferece um leque de meios terapêuticos aos médicos, obrigados cada vez mais, atualmente, a lutar corpo a corpo com a angústia, as neuroses e as «doenças de civilização» (G. Rager). Ela permite tratar com eficácia este tipo de doenças e procura ativar as capacidades residuais do doente apesar da progressão inevitável da doença. *É uma arte* pois apela à criatividade e à intuição. Cada técnica é adaptada segundo o paciente, o terapeuta e o momento²²³.

Sugere então a pergunta - *Que é a consciência?* Segundo Horace English, denominamos consciência à totalidade dos processos que permitem estar consciente

dum certo momento, de o perceber, de o memorizar, de o pensar, de o amar, e de ter medo. Está diminuída durante o sono e o coma.

Segundo Quillet ²²³, a consciência é por um lado o sentimento de existir, o sentimento da existência duma coisa, por outro lado, o julgamento interior sobre a qualidade moral de um ato. Consciência psicológica e a consciência moral.

Para Henri Ey «A consciência é a região do ser, o meio pelo qual nós acedemos a tudo o que existe e dentro do qual nós constituímos a realidade, dum modo criador de fenómenos que surgem das exigências subjetivas da experiência (NOES) para atingir a sua subjetividade (NOEM).»

Para a Sofrologia: «A consciência é a força integradora de todas as estruturas e de todos os fenómenos do ser humano» ²²³

Há 4 qualidades existenciais da consciência: a Unicidade, a Dinâmica, a Individualidade e a Transcendência (é uma teoria filosófica que postula a existência de uma realidade fora do alcance dos sentidos e da compreensão racional, perceptível apenas pela intuição e, através dela, apreender a função transcendental da consciência). Existem simultaneamente pois se faltar uma delas, a consciência dissolve-se. ²²³

A Sofrologia é a leitura das nossas sensações e das nossas emoções que passa pela nossa experiência (vivência) no aqui e agora. Uma leitura que se torna uma apropriação do eu. Este «eu» transportado pela consciência do esquema corporal e do espírito para a existência. Graças a esta experiência competir-nos-á escolher viver numa consciência harmoniosa entre o nosso mundo interno (espaço frónico) e externo (espaço sofrónico).

4.4.3. As 31 capacidades da consciência

1. *O Ritmo vigília-sono (ritmo nictemeral)*. A excitação do sistema límbico produz o sono, enquanto a excitação do sistema reticular cria a vigília.

Para que estes dois centros funcionem corretamente, devem ser: (a) Completamente conectados entre si, (b) Conectados em permanência às informações de toda a região cortical e ter (c) Vias medulares íntegras.

Em estado sofrónico há estimulação do centro do sono e inibição do da vigília, colocando a consciência “à beira do sono”, estado privilegiado da consciência onde a pessoa se torna capaz de controlar o sistema diencefálico, que em estado normal escapa à vontade e é reputado pelo seu automatismo funcional.

2. *O Esquema corporal*. Este apresenta 4 orientações: (a) Neurológica – a conceção neurológica enunciada por Head é definida como as sensações transmitidas

aos centros nervosos que constituem o conhecimento do corpo na sua forma, no seu volume, na posição das diferentes partes e na experiência do espaço corporal limitado. O modelo postural dado por Schindler é mais específico da imagem do corpo, como edificação pelas impressões recolhidas. Estas impressões estruturam o sentido postural pela sensibilidade táctil, muscular e articular. (b) Neurofisiológica, (c) Psicanalítica e (d) Psicológica.

3. *A Cenestesia.* É o sentimento de equilíbrio do corpo, que nos coloca em relação direta com as funções do cerebelo e do ouvido interno.

4. *A Sinestesia.* É a noção do corpo em movimento. Aprender a movimentar-se em estado de relaxamento é um meio importante para o controlo do stress.

5. *As Sensações.* São a alimentação de base da consciência. Cuidar das suas sensações é cuidar da sua consciência. Os cinco sentidos colocam-se em relação com o mundo exterior. Esquecemo-nos com frequência da propriocepção e da interocepção, em que sem cessar são enviadas mensagens ao nosso cérebro pelos nossos músculos, articulações e ligamentos (propriocepção); a interocepção está ligada às mensagens enviadas dos nossos órgãos ao cérebro. O facto de termos consciência disto e de sermos capazes de controlar é um dos objetivos das técnicas sofrológicas.

6. *A Percepção.* É a capacidade específica da consciência para captar as sensações e de as interpretar. É a soma da sensação e da projeção (no momento em que interpreto o que vejo ou vi). Estes dois elementos participam na transcendência da consciência

7. *Os Sentimentos.* É a percepção emocional, um estado afetivo cujas causas são de ordem intelectual ou moral. Provêm duma ideia e não de simples impressões orgânicas, o que os distingue das sensações.

8. *A Memória.* É a capacidade coordenadora da consciência. Sabemos também que existe, com frequência, uma relação direta entre memória e sintoma. Tornado consciente, ou antes aceite pela consciência, o sintoma perde a sua razão de ser e frequentemente desaparece (quando se trata de reminiscências muito antigas e inconscientes).

9. *A Orientação no espaço e no tempo.* É a noção fundamental para “o aqui e agora”. Em Sofrologia falamos então de vivência da «realidade objetiva». Uma das vias essenciais da felicidade é aprender a viver cada instante da nossa vida como um momento único num espaço único.

10. *O Pensamento.* É a capacidade de formar ideias no nosso espírito, de conceber uma coisa pela reflexão. O pensamento designa apenas ou o conjunto de factos psíquicos, ou unicamente a vida intelectual do homem.

11. *A Atenção.* É a capacidade de localização do espírito sobre um objeto determinado.

12. *A Concentração.* É o ato pelo qual nós dirigimos as nossas energias ou a nossa atenção para um objeto determinado.

13. *A Contemplação.* É a ação de se absorver totalmente na observação de um ser ou de um objeto. Trata-se duma paragem do pensamento por concentração do espírito.

14. *As Associações.* É a capacidade de ligar uma ideia a uma imagem, a uma outra ideia, ou a uma outra imagem.

15. *A Linguagem.* É a via real de apresentação da consciência. É própria do homem. Função do hemisfério esquerdo, sendo que a não-verbal possa estar associada ao direito.

16. *A Inteligência.* É a capacidade que tem necessidade de todas as outras. É a faculdade de conhecer e de compreender, aptidão para perceber as relações. É de ordem conceptual e não apenas sensorial.

17. *A Aprendizagem.* É a capacidade de estabelecer relações novas e temporárias entre o ser e o seu meio. A ciência é a tomada de consciência da realidade pela aprendizagem.

18. *A Comunicação.* É a capacidade de transmitir, de participar ao outro qualquer coisa.

19. *A Sexualidade.* É a capacidade da consciência destinada à conservação da espécie.

20. *A Conservação.* É a capacidade de manter a consciência no seu estado próprio e de assegurar a sua permanência.

21. *A Imaginação.* É a capacidade fundamental da consciência, utilizada em todas as técnicas de visualização em Sofrologia. É um processo de pensar consistindo numa evocação de imagens mnemónicas ou numa construção de imagens.

22. *A Emoção.* É uma reacção afetiva, dependente dos centros diencefálico comportando em geral as manifestações de ordem vegetativa. A alegria, a raiva, o amor, o desgosto. Todas as emoções passam pelo corpo.

23. *A Afetividade – Amor.* É a capacidade individual de experimentar sentimentos. Ela acompanha-se duma reacção emotiva generalizada, tendo efeitos definidos sobre o corpo e o espírito (Bleuler)

24. *A Superação – superar-se a si mesmo.* Está na base da cultura e do seu desenvolvimento.

25. *A Sociabilidade.* É a capacidade de integração social dum indivíduo ao longo do seu desenvolvimento, onde lhe são fornecidos os meios de comunicação,

onde é levado a adquirir as regras de vida, os hábitos, as maneiras de pensar, os limites espaço temporais, as crenças e as ideias conforme o meio social onde é educado.

26. *A Futurização.* É a capacidade que permite ao homem elaborar o seu futuro. É um objetivo de vida, uma razão de viver.

27. *O Entendimento.* É a capacidade de conhecer e de compreender. Segundo Kant: «*Todo o conhecimento começa pelos sentidos, passa em seguida para o entendimento e completa-se na razão*». O entendimento aparece como a inteligência puramente discursiva (conceito, julgamento, raciocínio) enquanto a razão reúne a inteligência discursiva e intuitiva.

28. *A Racionalização.* É a capacidade de aperfeiçoar uma organização tendo em vista um melhor funcionamento.

29. *A Reflexão.* É a capacidade de evitar a precipitação nos seus julgamentos e na sua conduta. Concentração do espírito sobre si mesmo, sobre as suas representações, os seus sentimentos e as suas ideias. Pela reflexão nós clarificamos as nossas ideias. Toda a atividade mental parece devida à reflexão. É pela reflexão que acedemos à vida especulativa, segundo Hegel, e à experiência da duração, segundo Bergson.

30. *A Vontade.* É a força que precisa o objetivo da consciência. É o poder de se determinar o fazer ou o não fazer. A vontade cede sempre o passo à imaginação.

31. *A Consciência moral.* Dá aos sentimentos e às ações um juízo de valor. Stuart Mill explica-a pelas recordações e associações que resultam, no indivíduo, da sua experiência pessoal e da sua educação. Segundo Spencer ela é um instinto lentamente formado e transmitido pela hereditariedade; a sua formação cria um triplo incómodo: político, religioso e social.^{223, 225}

O objetivo da Sofrologia visa a conquista e reforço do equilíbrio entre as nossas emoções, a nossa cognição (pensamentos, conhecimentos, crenças) e os nossos comportamentos, o que nos parece perfeito para a tomada de responsabilidade sob o ponto de vista não farmacológico quer para o doente quer para os cuidadores.

Utilizando o trabalho sobre o corpo e sobre a respiração da Sofrologia Caycediana®, o indivíduo vai conseguir acalmar a sua parte mental tornando-se mais disponível para o mundo que o rodeia.

4.4.4. Métodos e técnicas

As diferentes estimulações cognitivas propostas por programas de reeducação cognitiva, têm vindo a demonstrar que, pela repetição se geram novos circuitos

neuronal, graças à neuro plasticidade. É nosso dever ativar e estimular esse «imenso poder do cérebro». ²²⁶

4.4.4.1. Emoção, stress e respiração

4.4.4.1.1. O cérebro límbico

Local das emoções, marca o local de certos medos, fraquezas, handicaps algumas vezes desconhecidos pela pessoa. Estas ações estão em permanente ligação com as aprendizagens do passado e que servem para proteger de um possível perigo.

As estruturas do cérebro transformam-se com o decorrer do tempo, desde a infância, a adolescência para terminar por volta dos 25 anos o que constituirá uma infraestrutura de referência para o indivíduo. Mas graças à imensa plasticidade do cérebro, podemos aprender até ao fim dos nossos dias.

É pois possível a correção de insuficiências e de criar, com novas aprendizagens as relações com as emoções. ^{223, 222}

Em Sofrologia quando treinamos os doentes, apoiamo-nos na existência duma reserva cognitiva. Temos em conta os processos de adaptação, a neuro-plasticidade, que se funda na otimização das performances cognitivas. Processo esse ativado com o recurso a outras estruturas ou regiões do cérebro, seja graças à utilização de novas estratégias intelectuais ou alternativas. O treino, a repetição das vivências levam a um aumento das conexões nos sistemas cerebrais implicados nas funções cognitivas estimuladas pelas experiências baseadas nas capacidades residuais do doente. ¹⁸

Também reservamos um espaço para o/s Cuidador/es, pois a qualidade de vida do doente está ligado ao que está à sua volta. A responsabilidade dos cuidadores modifica-lhes a vida, submete-os a numerosas reações psicológicas e afetivas levando à ansiedade, depressão, irritabilidade, cólera, culpabilidade. O princípio de ação positiva da Sofrologia Caycediana permitir-lhe-á orientar-se para uma nova «consciência existencial positiva». ¹⁸

Trata-se de considerar as capacidades de bem-estar de cada um, para agir diretamente sobre os problemas comportamentais e também no quotidiano social, profissional ou familiar da pessoa e que têm uma consequência direta sobre as capacidades residuais solicitadas para os tratamentos não medicamentosos. ¹⁸

4.4.1.2. As emoções e o stress

Temos emoções constantemente, tal como temos sensações. As nossas decisões são tomadas a partir das nossas emoções. As emoções são importantes para dirigir a nossa vida psíquica enquanto que as sensações o fazem no plano físico. Informam-

nos de forma quantitativa e qualitativa do nosso grau de percepção dos fenómenos exteriores e interiores. ¹⁸

É o que nós chamamos em Sofrologia Caycediana[®], Contemplação Senso – Percetiva (CSP), reforçada pelo princípio da vivência frónica Isocay (VIFI Isocay), estando esta diretamente ligada com as nossas capacidades para dar conta da presença vivencial da nossa memória celular. ¹⁸

As emoções emergem do contacto com o mundo exterior e do nosso mundo interior, Com a força do nosso pensamento podemos fazer surgir uma emoção qualquer que ela seja, positiva ou negativa. Influenciada pelos nossos pensamentos ou pelo mundo exterior, a emoção dá-nos a informação permitindo-nos organizar a nossa escolha. ²²⁰

A Sofrologia, segundo o Princípio da Ação Positiva orienta para a ativação e dinamização das forças positivas do Ser. A emoção «*participará com a razão e pode ajudar no processo de racionalização em vez de a dificultar*», é o que nos diz Damásio no livro Erro de Descartes. Decidir chegar à emoção sem apriori, sem julgamento, pode ser uma fonte de enriquecimento, de reforço, pois dá-nos um sentido, um aproximar da escuta interna permite-nos olhar, de viver os nossos valores desvelados pela ativação de emoções positivas. ¹⁸

A Sofrologia permitirá reforçar o sentimento de si e da consciência dos próprios valores positivos.

O *Stress* como gerador de emoções. Consideramos ser uma resposta do organismo a fatores de agressão fisiológicos e psicológicos e às emoções que necessitam de uma adaptação. Processo psicossomático que implica um ambiente particular que interage e que é suscetível de se repetir e memorizar. ¹⁸

Uma mesma situação pode ser fonte de prazer e de excitação ou de desencadear um *stress* crónico que nos levará a diferentes doenças psicológicas ou físicas.

Compreendendo bem as origens do *stress* e os mecanismos que o espoletam, é possível ultrapassar as soluções clássicas que só se dirigem para os sintomas.

Podemos adotar um método de gestão de si próprio e da situação que age sobre as causas do nosso *stress* e de impedir que se torne crónico. A Sofrologia Caycediana faz, atualmente, parte dos métodos mais apreciados e com maior performance em matéria de prevenção do *stress*.

O *stress* é o estado de tensão crónico (ao mesmo tempo físico e psíquico) que se torna presente de uma maneira inadequada à pressão (psíquica) durante um período prolongado. Vários ingredientes são necessários para criar *stress*: uma situação de pressão (psíquica); durante um período prolongado (doutro forma tratar-se-ia de uma tensão passageira); uma forma inadequada de resposta ou de reagir a essa situação.

4.4.1.3. A Respiração

A respiração é um ato de vida e tem grande influência sobre a emoção. Pela massagem da zona abdominal e compressão do fígado durante a inspiração, o sangue oxigenado é injetado em direcção ao coração, enquanto que durante a expiração, a compressão exercida sobre os pulmões leva à expulsão do dióxido de carbono. Este processo respiratório está em ligação com a organização da acidificação sanguínea em função da sua fluidez, da sua regularidade. As variações do pH no sangue, terão como repercussão uma mobilização do centro hipotalâmico regulador da emoção. Assim sendo, um pH do sangue entre os 7,35-7,45 levará a uma resposta emocional apropriada a uma dada situação. Com um aumento do pH, as respostas hipotalâmicas serão aceleradas e levam a descargas emocionais acentuadas. Inversamente, uma diminuição do pH levará à inibição das reacções hipotalâmica, conduzindo à lentificação das reacções emocionais.¹⁸

No stress, o mecanismo respiratório é anormalmente modificado, levando a problemas fisiológicos e psicológicos que se exprimem por irritabilidade, problemas de sono, tensões musculares... em relação com as 4 etapas do sistema respiratório (a ventilação, a etapa alveolar, a etapa sanguínea e a etapa tecidual).

É através deste mecanismo respiratório que o processo de desvelamento da consciência se realiza. E este ato de apropriação deste movimento inato à vida, orientará de forma positiva e consciente a dinâmica de cada um por este utensílio – Respiração, utilizado em Sofrologia.^{18, 221}

4.5. Aplicação no tratamento da dor no doente oncológico

A Sofrologia consegue, espontaneamente um alívio nas dores crónicas e agudas sem que os sofrólogos compreendam sempre as razões.²²⁰

4.5.1. A Sofrologia Caycediana ao serviço da dor - *Nunca colocamos em causa o que o doente nos diz acerca da sua dor, mesmo que pareça excessivo. Trata-se de acreditar na dor, sem nos questionarmos se é mais subjetiva que física.*²⁰⁰

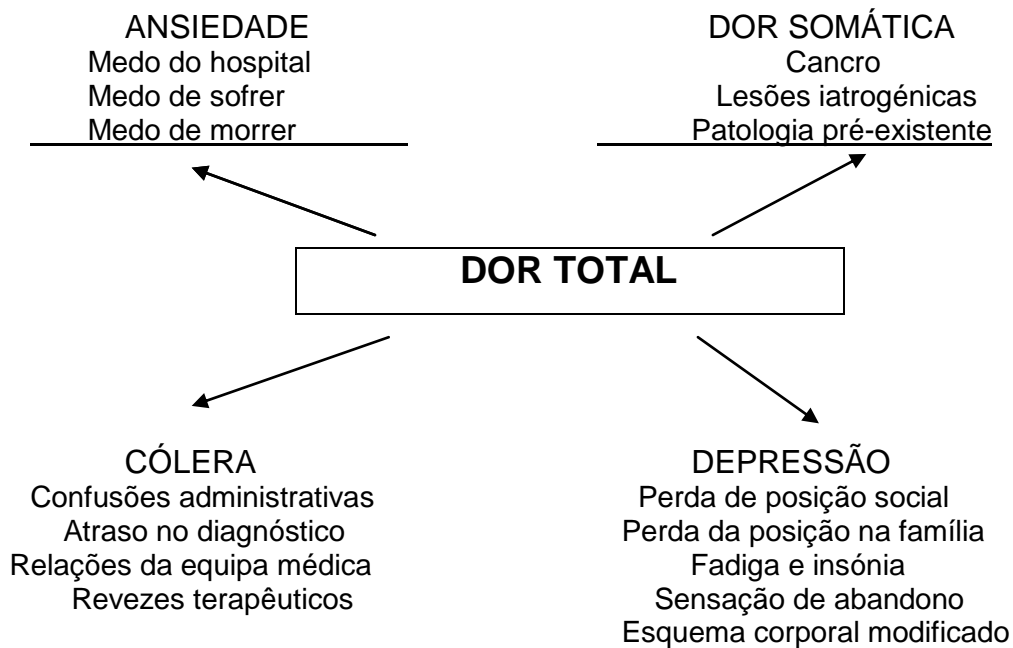


Fig.2 – A Dor Total ²⁰⁰

O tratamento é um processo feito de avanços e recuos, mas tendo sempre em mente os 4 princípios fundamentais da Sofrologia (esquema corporal, realidade objetiva, princípio da adaptabilidade, e princípio da ação positiva).

O doente pode viver em plena consciência para ativar as suas capacidades Sofro-amnésicas e diminuir o *stress*, e ativar as suas capacidades senso-percetivas. No tratamento do doente devemos ter em conta;

- ♦ A capacidade aeróbica
- ♦ A função muscular
- ♦ As funções cognitivas
- ♦ As capacidades posturais e psicomotoras

Os aportes da Sofrologia Caycediana[®] na tomada de posição das pessoas que sofrem são consideráveis. Vão agir sobre os fatores clínicos da doença (*stress*, dor, insónia, agitação, atenção e concentração, memória...).

Algumas dos fatores sobre os quais devemos ter atenção são:

- ♦ O trabalho respiratório e o seu impacto no sistema neurovegetativo;
- ♦ O corpo como um vetor da consciência de si próprio. Corporalizar ao máximo para se sentir que se “habita” esse corpo;
- ♦ A linguagem do corpo e as suas perceções internas para se conseguir uma comunicação verbal e não-verbal;
- ♦ A memória e a temporalidade;
- ♦ A diminuição do *stress* e do processo degenerativo neuronal;
- ♦ A vibração através dos «fonemas» para ativação das células primordiais;

- ♦ A estimulação do sistema imunitário para atrasar os problemas consequentes;
- ♦ A manutenção dos valores do Ser;

Mas o trabalho da Sofrologia não se pode limitar à simples responsabilidade de tomar conta da pessoa doente e do seu processo degenerativo, mas das famílias e dos cuidadores, das suas necessidades para que se possam permitir adaptar às necessidades permanentes sentidas e que se trata de uma grande prova para estes.

Este parêntesis serve para dizer que existem problemas muito específicos para os problemas dos cuidadores;

- ♦ O seu corpo atormentado pela fadiga e pela responsabilidade, sem contar com os problemas e sintomas particulares de cada um
- ♦ O cansaço do cuidador que levado ao paroxismo pode transformar o tomar conta e preocupar-se de o levar, insidiosamente, sem que disso tenha consciência do que se está a passar, ao maltrato;
- ♦ O traumatismo causado por um diagnóstico que anuncia uma doença com um percurso longo e que leva ao luto, pode fechar cada um na sua vida do quotidiano, com todas as suas crenças e angústias e no final com a reconstrução da sua vida com novas considerações ou preocupações acerca do seu próprio futuro.
- ♦ Este stress, que se torna crónico, e ataca tanto o corpo como o espírito, indo mesmo às células é um processo que aumenta a oxidação celular. Esta relação tem vindo a ser demonstrada cientificamente.
- ♦ E ainda porque cada pessoa é única e tem o direito de viver com dignidade.

Em relação aos cuidadores deve-se ter ainda em conta:

- ♦ A entrada ou não no processo de luto
- ♦ A gestão do *stress*
- ♦ A Autoestima
- ♦ A diminuição dos aspetos depressivos
- ♦ A capacidade de adaptação às situações de acompanhamento do doente
- ♦ Os problemas de sono causados pelo dormir intermitente devido às necessidades de acompanhamento do doente
- ♦ As capacidades de «Bem-estar»
- ♦ A capacidade de dignidade ¹⁸

A ativação pela Sofrologia Caycediana[®], o relaxamento físico, mental e emocional sentidos, permite a estimulação do SNC que é responsável quer pela regularização, baixa da frequência respiratória e cardíaca, quer pela coordenação de todas as

funções vitais do organismo. É igualmente o local de produção de determinados neuromediadores, nomeadamente da acetilcolina, atualmente identificada como indispensável para as funções de memória e aprendizagem.

Pelo princípio da repetição, em que «*Toda a ação positiva sobre uma parte da consciência se repercute na totalidade do Ser Humano*» (Prof. Caycedo)

A pessoa que pratica vai poder:

- ♦ Tomar consciência do seu estado corporal, das suas sensações e percepções;
- ♦ Aprender a eliminar as tensões;
- ♦ Somatizar o positivo;
- ♦ Aperceber-se da paz interior;
- ♦ Tomar consciência dos seus valores, das suas escolhas, da sua liberdade e dignidade;
- ♦ Manter o mais possível as suas atividades da Vida Diária;

4.5.2. Metodologia

Os trabalhos de Ronald MELZACK sobre a «*théorie de Gate Control*» que se pode traduzir por «Teoria da porta», ajudam na anamnese e na escolha dos protocolos.

A teoria da porta permite compreender que a dor aparece em caso de desequilíbrio entre o sistema inibidor e o sistema excitatório. (Fig nº 3).

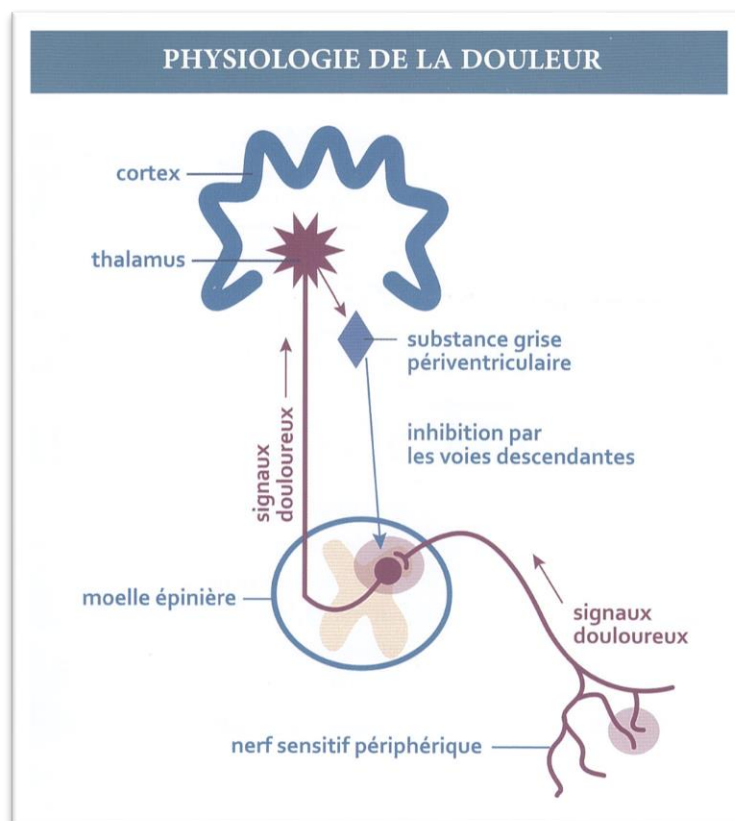


Fig. 3 – A fisiologia da dor, Ronald MELZACK sobre a «*théorie de Gate Control*»

- Para a avaliação, podem ser utilizadas as escalas comportamentais de BOURCHIS, para a apreciação de 3 critérios.

ESCALAS COMPORTAMENTAIS DE BOURHIS
<p><u>Invasão da linguagem pela queixa</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nenhuma queixa, mesmo na entrevista 2. Queixa unicamente na entrevista 3. Queixa espontânea, mas pouco frequente, e dirigindo-se somente a algumas pessoas que o cercam 4. Invasão parcial da linguagem pela queixa: o doente queixa-se a toda a gente, mas é ainda capaz de falar de outros assuntos 5. Invasão total da linguagem pela queixa
<p><u>Redução das actividades espontâneas</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atividade normal: a pessoa trabalha 2. Atividade no exterior, parcial: a pessoa abandona determinadas actividades e distrações habituais 3. Só trabalho em casa 4. Atividade no quarto 5. Confinar-se ao leito: doente entrevado
<p><u>Com pedido de analgésicos</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sem pedido 2. Pedido \leq a 3 vezes/24h de analgésico <i>per os</i> 3. Pedido $>$ a 3 vezes/ 24 h de analgésico <i>per os</i> 4. Pedido \leq 3 vezes/24h de antiálgicos injetáveis 5. Pedido $>$ 3 vezes/24h de antiálgicos injetáveis
<p><i>No doente hospitalizado, a estandardização da observação comportamental dolorosa, pode ser facilitada graças às Escalas de avaliação de Bourhis que permitem uma apreciação de 3 critérios: invasão da linguagem pela queixa dolorosa, a repercussão nas atividades, o pedido de analgésicos.</i></p>

Fig.4 As Escalas comportamentais de Bourhis

A estandardização da observação do comportamento doloroso permite observar: a invasão da linguagem pela queixa dolorosa – a repercussão nas atividades – a necessidade de analgésicos.²²⁰

O progresso dos analgésicos veio transformar a experiência humana da dor. Desde que esta pudesse ser suprimida graças a tratamentos de fácil acesso, os antigos defensores culturais foram relegados e tornados obsoletos pelos procedimentos técnicos. Em consequência o nível de tolerância diminuiu, a endurance face à dor, apaga-se.

As sondagens revelam que hoje o medo de sofrer provoca um pavor notavelmente superior ao da morte.²²⁷

A Sofrologia traz uma alternativa ao fantasma da dor, pela realidade objetiva, pela possibilidade de gestão dos efeitos negativos da emoção e da prevenção da dor.

A Sofrologia age na globalidade da dor; mesmo assim, alguns protocolos induzem a sedação. Os protocolos são progressivos, respeitando o método Alfonso Caycedo.

A utilização das técnicas é sempre em função das finalidades.

Assim:

- Provocar a secreção de endorfina (dor aguda ou rebelde)
- Induzir para a não focalização na dor (dor crónica ou aguda, durante os cuidados necessários)

A visão fenomenológica da Sofrologia apoia-se na redução, que devemos compreender no sentido latino do retorno. Trata-se do retorno à própria coisa, de uma forma que nos permite deixar de lado os nossos conhecimentos e crenças com a finalidade de olhar como se fosse pela primeira vez, sem apriori, sem julgamento.

Os princípios fundamentais da Sofrologia Caycediana são o esquema corporal, a ação positiva, a realidade objetiva e o princípio da adaptabilidade. Estes vão permitir-nos novas capacidades positivas e ajudar para a realização existencial dum projeto no presente ou no futuro.

O método apoia-se sobre as técnicas de relaxamento dinâmico de Caycedo (RDC) e ao mesmo tempo em técnicas específicas que seguem uma progressão muito particular para a tomada de consciência da ligação entre o corpo e o espírito.

4.5.2.1. O esquema corporal como realidade vivida

É um processo vivencial que permite a tomada de consciência do corpo e de conquistar a harmonia física e mental, graças à repetição da tomada de consciência corporal.

O esquema corporal é uma noção complexa que engloba a representação mental do corpo, o seu “dasein”, as sensações (interoceptivas, propriocetivas e exteroceptivas), formas, volumes, posturas. Permite a consciência do eu.

Para o Prof. Caycedo, o esquema corporal é essencialmente o “*sentimento do corpo*” (2003)

Os estímulos corporais do relaxamento dinâmico, nomeadamente os do I Grau, permitem uma consciência senso perceptiva e exteroceptiva, a percepção (com a representação do esquema corporal) e a motricidade. Não se trata tanto de representar o nosso corpo (esquema), mas de o sentir – ressentir, de o viver tal como ele é na realidade.

4.5.2.2. Reforçar a ação positiva

Toda a ação positiva dirigida ao nosso corpo ou ao nosso mental tem uma repercussão positiva sobre todo o nosso ser.

Com a sua historicidade, todo o indivíduo possui em si as estruturas chamadas Valências (positivas, negativas, mudas e neutras) que poderão, graças à prática da Sofrologia Caycediana, permitir que as valências mudas se transformem em valências positivas.

Em Sofrologia não se ignora o negativo, mas não se trabalha sobre o negativo: ativar o negativo correrá o risco de espoletar uma ativação negativa no indivíduo na sua globalidade.

4.5.2.3. Desenvolver a percepção da realidade objetiva

A finalidade é a de viver na situação presente, do presente, aí onde nos encontramos, de nos podermos adaptar de uma forma mais adequada às diferentes situações e de melhor satisfazer a expressão das nossas próprias necessidades. Por isso é necessário que o Sofrólogo pratique consigo mesmo o método proposto sob a óptica de desenvolvimento pessoal e se poder aperceber do estado da sua própria consciência (emoção, tensão,...)

Aperceber-se do estado da consciência dos indivíduos permite reagir o mais prontamente possível através do guiar das mudanças de posturas, do Terpnos logos, dos tempos de pausas frónicas...

Capaz de viver o seu próprio espaço frónico (interno), o sofrólogo será mais capaz de se deixar instalar no espaço sofrónico (externo) permitindo a relação noético noemático do encontro fenomenológico (relação objeto sujeito e de sujeito objeto).

4.5.2.4. A Aliança sofrónica

É importante não esquecer que estar na vida é também estar em relação/ligação.

As pessoas doentes, perdendo progressivamente os seus mecanismos cognitivos, ganham em percepção afetiva e emocional. Tornam-se hipersensíveis ao que as rodeia. A doença não lhes permite que possam contar apenas consigo como era dantes e portanto, a relação com o outro vai mais para além de um apoio. Torna-se uma necessidade para a sua capacidade de existir. É um dos aspetos em que se pode agir.

A relação ou ligação com o outro ajuda a pessoa com dor a ficar em relação consigo própria e com o que a envolve. Isso permite-lhe manter a sua identidade e de continuar a ter desejo de viver.

Com a finalidade de permitir que esta Aliança Sofrónica entre o doente e o sofrólogo se desenvolva, é primordial que o profissional, ele próprio, tenha integrado os 12 graus do método (que é constituído pelos ciclo fundamental, radical e existencial), que tenha desvelado a sua própria consciência induzida pela vivência existencial.

Só a este preço poderá estar apto para acompanhar com todos os seus valores de dignidade e de responsabilidade levados ao respeito dado ao outro, selando desta forma a Aliança sofrónica.

4.5.2.5. A consciência em Sofrologia Caycediana

«Ut conscientia noscatur»

Para o fundador da Sofrologia, a consciência é:

“A força que permite a integração de todos os elementos psicológicos e físicos do ser humano, isto é, a força que anima. A Sofrologia considera o homem como um ser indivisível, original e transcendente (...)”(1979).

“A força responsável pela integração da existência do Ser”

Para definir a consciência em Sofrologia, é necessário distinguir os estados e níveis da consciência.

O Prof. Caycedo propõe a distinção entre *estados* (variações qualitativas) e os níveis de consciência (variações quantitativas). Estes elementos não são pertença exclusiva da Sofrologia.

Os *três estados* de consciência são definidos por: consciência patológica (CP) estudada pela psiquiatria, consciência natural ou ordinária (CO) e consciência sofrónica (CS) estudada em Sofrologia.

Os *três níveis* de consciência são: a vigília, o sono, separados por um nível intermédio no qual encontramos a consciência Isocay e o coma.

4.5.2.6. As posturas

A nossa presença no mundo exprime-se pela nossa postura.

Cada uma das posturas tem uma intencionalidade para ativar uma estratégia vivencial.

As 5 Posturas utilizadas são:

A postura de I Grau

De pé, as plantas dos pés bem apoiadas no chão, as mãos pousadas sobre o baixo-ventre. Esta postura favorece a tomada de consciência de ancoragem, a presença do eu no mundo. O simples facto de viver a verticalidade, permite a tomada de consciência da sua humanidade. O facto de sentir a força da gravidade, o peso do corpo atraído para o solo, dá-nos a realidade objetiva da

condição de sermos humanos, postura que revela a dignidade da nossa condição.

A postura de II Grau

Sentados confortavelmente numa cadeira, sentindo todos os apoios do corpo. Permite um estado de descontração e reforça a etapa de pausa frónica de integração após cada ativação.

A postura de III Grau

Sentado na beira de uma cadeira, sentado sobre os isquions, os pés ligeiramente para trás debaixo da cadeira, as pontas dos pés ancorados no solo, os calcanhares descolados do chão, os punhos fechados pousados sobre o baixo-ventre. Esta postura leva a uma vigília ou acordar cortical revelando toda a presença do esqueleto. Nesta postura utilizamos técnicas para ativação da memória.

A postura de IV Grau

De pé, os pés bem ancorados ao solo e ligeiramente afastados, braços à vertical, as mãos abertas com as palmas dirigidas para o céu. Esta postura acorda a abertura para o mundo e torna possível a capacidade para canalizar em si próprio os seus próprios valores levados pela intencionalidade. Esta postura pode ser vivenciada na posição de sentado.

A postura Isocay

Sentado na beira de uma cadeira, os pés bem ancorados ao solo. Vive-se em 3 etapas: (a)distensão (as costas arredondam-se e relaxam, os antebraços pousados nas coxas) tomada de consciência da forma do corpo na postura; (b)tensão (as mãos pousadas nos joelhos I.R.T.E.R (Inspiração-Retensão-Tensão-Expiração-Relax)); (c)integração (relaxamento das mãos pousadas no interior das coxas numa postura de relax, as costas permanecem direitas, sem contração). É a postura de ativação por excelência.

4.5.2.7. O Terpnos Logos

Designa a forma como o sofrólogo dirige verbalmente a sessão. Tem uma dupla ação que vai permitir captar a atenção daquele que vive a sessão com a finalidade de favorecer as perceções e de aceitar os fenómenos que se apresentam à consciência.

Feito com uma voz que favorece a descida em consciência Isocay, até ao nível Sofroliminal, e o regresso, no final da sessão, para o regresso à consciência normal, poderá ser orientado de diferentes formas: Informativa, Orientadora, Persuasiva.

O sofrólogo, para além das palavras que poderá utilizar, gerirá igualmente os tempos de pausa que integrará no Terpnos Logos de forma a dar tempo para o fenómeno surgir.

Naturalmente que em função do protocolo proposto ao doente (adaptado às suas possibilidades) ou ao Cuidador, cada sofrólogo terá a preocupação de fazer a relação permanente entre o Terpnos Logos e os 4 princípios da Sofrologia Caycediana (realidade objetiva, adaptabilidade, esquema corporal e ação positiva).

4.5.2.8. A Vivência

«É a experiência do encontro com o eu». É o ato de viver o fenómeno que se apresenta à consciência sem julgamento nem apriori, durante a sessão. É acolher como se fosse pela primeira vez. A Vivência designa um ato de consciência profundo vivido durante a Sofronização e permite ativar as estruturas do eu frónico graças ao treino do método. É subdividido em 3 tipos de Vivência:

1 - *A Vivência Frónica*: é uma das leis fundamentais da Sofrologia Caycediana. Ativa as *estruturas do eu frónico* para que permita o seu aparecimento na consciência. A repetição da vivência vai desvelar as estruturas do ser em 3 etapas: a descoberta, a conquista e a transformação.

2 - *A Vivência Isocay* é um sentimento de profundo bem-estar vital com um sentir repercutido em toda a corporalidade.

3 - *A Vivência frónica Isocay*: VIFI Isocay é uma experiência profunda que permite à consciência Isocay alargar-se na tridimensionalidade com um sentimento de felicidade vital. É ativada pela Respiração Sincrónica e corresponde à ativação de sentimentos positivos, pelas memórias de sensações vividas e inscritas na memória. Mas trata-se também de uma questão de ativação da energia fundamental baseada na própria génese, energia do processo de evolução embrionário. Pelo movimento inspiratório, é como o acordar dessa energia que, na expiração é trazida para o aqui e agora. O impacto da VIFI serve também para reforçar todos os tecidos, bem como o ser em toda a sua totalidade. Vive-se durante uma pausa para que toda a intencionalidade para aí seja dirigida.

A análise vivencial vem a seguir a esta experiência vivencial revelada pela ativação. Determina o estudo da Vivência que nos permite adaptar, compreender a que especificidade metodológica se refere.

4.5.2.9. As estratégias vivenciais

É necessário precisar que as estratégias vivenciais seguem todas um ciclo progressivo de desvelamento. ¹⁸

O método é constituído por 12 graus e suas técnicas específicas; estes estão divididos em 3 ciclos (fundamental, radical e existencial). No ciclo fundamental partimos à conquista da região frónica, que poderemos descrever como uma tomada de consciência do espaço interno no qual representamos o nosso corpo e espírito. Esta consciência que se desenvolve a par e passo com a prática, pode tornar-se uma forma de consciência existencial, o sentido que damos à nossa vida. Para que isso aconteça, começamos por viver o nosso «ser» para de seguida entrar noutras dimensões existenciais a que se dá o nome de consciência e alma frónica (que nada tem a ver com o sentido religioso). Utilizaremos a energia no ciclo radical, as vibrações sonoras para estimular a corporalidade e utilizaremos a percepção interna destas vibrações para, no silêncio, tentarmos estar numa atitude de escuta de nós próprios mas mais ainda que no ciclo fundamental. No ciclo existencial, projetamo-nos no sentido que damos à nossa existência. Com o trabalho sobre a consciência dos valores, fazemos a experiência da tridimensionalidade colocando-nos na nossa própria existência, viver nas várias dimensões temporais (ontem, hoje, amanhã), espaciais e em relação com os objetos que nos cercam; vamos fazê-lo também na marcha, no movimento, que vai no sentido de uma nova consciência do si e do mundo. ¹⁸

RDC1 – a primeira aproximação fenomenológica. Permite a descoberta da pele e tecidos epiteliais. O seu objetivo é a descoberta do corpo na consciência pelos 6 Sistemas Isocay – a presentificação. A RDC1 mantém-nos sempre no presente, porque vivemos o nosso corpo aqui e agora. ¹⁸

RDC2 – apoia-se na teoria da integração dinâmica do ser. É a descoberta do espírito pela Vivência Frónica Isocay dos músculos e visa o parâmetro da futurização. Conceber a possibilidade de se mobilizar, determina a capacidade de se projetar. ¹⁸

RDC3- o encontro do corpo e do espírito graças ao parâmetro da preterização. Permite a descoberta dos tecidos ósseos através da vivência frónica Isocay. Esta vivência inscreve a corporalidade na temporalidade. Ao reforçar a capacidade mnésica e permitindo a vivência da primeira marcha frónica, a RDC3 revela a capacidade de deixar a marcha involuntária para a capacidade de ganhar consciência dos novos apoios. ¹⁸

RDC4 – a vivência dos valores fundamentais do ser e da constituição da região frónica, teoria fundamental da Sofrologia. Vive-se o parâmetro da totalização. São os valores biológicos, vitais, históricos. Os valores biológicos, o peso ideal, a saúde física,

tudo o que está em relação com o bom funcionamento dos órgãos vitais em ligação com o esquema corporal e as diferentes etapas da vida. Os valores vitais são a família ideal, tudo o que está em relação com a atividade profissional e social. Os valores históricos são o trabalho ideal, a vida espiritual, a política, a ciência, a cultura, a comunicação.

Com a descoberta da região frónica, chegamos ao ciclo radical. ¹⁸

RDC5 – é o primeiro dos 4 RDC do ciclo radical.

Pelo que a estratégia vivencial é a repercussão nas células pela ressonância audível. É a descoberta vivencial da consciência frónica radical pela vivência da energia de integração frónica radical e da percussão sonora.

RDC6 – a descoberta vivencial da alma frónica radical pela vivência da força de integração frónica radical e a percussão não audível, levada pela intencionalidade dirigida a cada um dos sistemas.

RDC7 – é a descoberta do corpo frónico radical pela vivência da força de integração frónica radical. Ela desvela o processo de integração filogenético pela pausa frónica contemplativa.

RDC8 – a descoberta vivencial do espírito frónico radical pela vivência da força de integração frónica radical. Ela desvela o processo de integração ontológico pela pausa frónica contemplativa.

RDC9 – o primeiro, dos 4 Graus, do Ciclo Existencial que ativa a capacidade de alargamento da vivência Sofrónica existencial, donde a estratégia vivencial é a percussão das moléculas revelando a força frónica existencial. Na sua marcha, desvela o processo de integração dos valores existenciais do ser; desvelando a liberdade frónica existencial. Procura o processo de descoberta da primeira essência sofrónica.

RDC10 – ativa os processos vivenciais da tridimensionalidade dos objetos, segunda essência da existência sofrónica. Permite, pela relação que nos liga ao objeto, de tomarmos consciência da nossa projeção existencial.

RDC11 – determina os processos vivenciais da responsabilidade, terceira essência da nossa projeção existencial. O termo responsabilidade é tomado no seu próprio sentido: capacidade para responder. Esta terá uma influência direta sobre o sentido que se queira dar à relação frónica e sofrónica.

RDC12 – desvela através de processos vivenciais que lhe são próprios, a dignidade, última essência da existência sofrónica. A dignidade frónica existencial espoleta as capacidades do ser no seu papel de interação com o exterior. ¹⁸

4.5.3. Protocolos

É necessário não focalizar: para um nível de estimulação idêntico, a atenção dirigida para a dor, aumenta a intensidade percebida e o nível de desconforto. Pelo contrário, a atenção dirigida para algo que não seja a estimulação dolorosa, atenua-a: ²²⁵

- Revitalizar a parte que sofre (SAV)
- Comunicar efetivamente com o seu corpo: Diálogo da parte que sofre e/ou induzir à regressão da zona doente ou dolorosa.
- Preservar a possibilidade de recuperação
- Programar-se a longo prazo para a sedação (SAP)
- Preparação para os cuidados dolorosos (pontual ou a longo prazo, quimioterapia)
- Neutralizar o Fenómeno Emocional. *“A memória implícita associa o contexto doloroso e as reações motoras e emocionais. A chamada implícita numa situação semelhante ao contexto inicial da dor provoca uma reacção de evitamento e uma emoção equivalente. Neutralizar rapidamente os efeitos negativos da emoção impede este reviver. Pelo menos, a dor propriamente dita não pode ser reinvocada”* (Bernard Laurent). ²²⁰
- Projetar-se num movimento de vida a longo prazo: Ousar, (SPF)
- Enriquecer-se com durabilidade com os seus próprios recursos: SMSP anterior ao momento doloroso. ²²⁰

Em resumo:

- O controlo da dor é possível. (segundo os trabalhos de Wall e Melzak)
- É necessário avaliar bem a dor

É fundamental agir o mais cedo possível e sobretudo nos ciclos viciosos. Um cuidado homogêneo e pluridisciplinar para colocar em evidência os fatores que influenciam cada tipo de dor; os fatores que a aumentam, que será necessário controlar; os que a reduzem e que será necessário reforçar. ²²⁰

Ter e transmitir que “Controlar a dor, isso aprende-se”

Dar oportunidade aos técnicos de saúde, como os Sofrólogos, é um ponto de partida a não ser subestimado, para a mudança de estado. Cada membro da equipa tem as suas ferramentas ou capacidades para combater a dor, que terão de ser somados, desenvolvidos para as pequenas modificações no quotidiano, o que dá importância ao treino e não à «magia». ²²⁰

Em Conclusão: A tomada de responsabilidade nas dores rebeldes requer uma boa dose de paciência e de humildade. Instala-se o processo vivencial, mas ao ritmo da tomada de consciência fenomenológica do doente. ²²⁰

Antes de qualquer prática, consideramos que a nossa consciência está enevoada e que uma fase preparatória indispensável inicia a tomada de consciência duma dimensão, a *corporalidade* vivenciada através da vivência dos 6 sistemas.

Estes são compostos por estruturas anátomo-fisiológicas chamadas de sistemas Isocay e que **cada** um dos 6 sistemas integra uma glândula endócrina específica:

1º Sistema Isocay: compreende as estruturas anátomo-fisiológicas da cabeça, do crânio, da cara, do sistema nervoso, dos órgãos dos sentidos. O espaço de integração encontra-se no meio da testa (o chamado 3º olho no Tibete) – Epífise.

2º Sistema Isocay: compreende as estruturas do pescoço, dos ombros, a face externa dos membros superiores (região dos deltoídes, face posterior dos braços, dos antebraços e das costas das mãos). O espaço de integração encontra-se ao nível da tireoide - Tiroide.

3º Sistema Isocay: compreende as estruturas do tórax e da face interna dos membros superiores (região axilar, face anterior dos braços e antebraços e palmas das mãos), as costas. O espaço de integração encontra-se a nível do esterno e tem a ver com o Timo - Timo.

4º Sistema Isocay: compreende as estruturas da região abdominal, compreendendo a parte acima do umbigo e da região epigástrica (aparelho digestivo, fígado, pâncreas, os rins, as suprarrenais), as lombares. O espaço de integração encontra-se a 4cm do umbigo – Suprarrenais.

5º Sistema Isocay: compreende as estruturas da região do baixo-ventre, desde o umbigo para baixo, a região púbica ou hipogástrica (gónadas, ovários, próstata, útero), os membros inferiores e o esqueleto. O espaço de integração encontra-se mais ou menos a 4cm abaixo do umbigo – Gónadas.

6º Sistema Isocay ou Mega sistema: este sistema une todos os sistemas da corporalidade. O espaço de integração é na zona umbilical.

A fase preparatória inicia-se pela prática de 3 técnicas-chave:

- A Sofronização de Base Vivencial (SBV)
- O Sofro-Deslocamento do Negativo (SDN)
- A Sofro-Ativação Vital (SAV), que segundo a intencionalidade ativará a harmonização ou a estimulação.

Cada relaxamento ou técnica ativa uma vivência particular. Os protocolos propostos vão permitir ao sofrólogo a utilização de uma paleta de estratégias vivenciais. Trazem com elas, a intencionalidade, que se coloca sempre para o treino específico de cada pessoa em particular.

A intencionalidade do sofrólogo está de acordo com a pessoa que está a acompanhar. Para isso, o sofrólogo utilizará um *Terpnos Logos* específico e adaptado. Pode mesmo consistir em silêncios. «O melhor *Terpnos Logos* é o silêncio» Prof. Caycedo
Viver o silêncio durante a pausa frónica de integração, permite, com efeito, a captação da essência da vivência. Trata-se de sentir no mais profundo de si a capacidade de se recentrar em plena consciência.

TÉCNICAS DE GRUPO

- Treino Autógeno de Schulz (TA)
- Treino Autógeno Modificado (TRAM)
- RDC I
- RDC II
- RDC III
- RDC IV

TÉCNICAS SINTOMÁTICAS

- Sofronização de Base (SB)
- Sofro Aceitação Progressiva (SAP)
- Sofro – Correção Seriadada (SCS)
- Sofro - Substituição Sensorial (SSS) ²²³

Técnica de Visualização de Simonton (T.V.S.)

Elaborada pelo célebre oncologista americano Carl Simonton como tratamento complementar do cancro, esta técnica está cada vez mais divulgada no mundo.

Exemplos:

Em estado sofrónico, a atenção é focada para os seguintes pontos, segundo Simonton:

1. As células cancerosas são fracas e facilmente derrotadas
2. O tratamento é forte e potente
3. As células sãs não têm qualquer dificuldade em reparar os danos causados pelo tratamento
4. O exército de glóbulos brancos é grande e submerge as células cancerosas
5. Os glóbulos brancos são agressivos, impaciente para a batalha, rápidos na procura, e em encontrar as células cancerosas, destruindo-as

As células cancerosas mortas são empurradas do corpo e levadas de maneira normal e natural com a torrente dos detritos. ²²³

Utiliza também a imagética para a dor:

- (a) Atribuir uma cor à dor e, durante a Sofronização, fazer desvanecer, tornando a cor mais fraca, tal como a dor;

- (b) Imaginar que a dor é uma luz muito forte, e que se vai lentamente tornando mais fraca;
- (c) Colocar a dor dentro de uma caixa e ir fazendo com que esta se torne cada vez mais pequena;
- (d) Colocar a dor num barco e deixá-lo afastar-se com a força da maré até se tornar um ponto no horizonte.

Estas podem ser escolhidas pelo doente.

De toda a investigação realizada tomámos como dois campos fundamentais as intervenções farmacológicas e as não-farmacológicas ou complementares, tendo em conta todos os outros tratamentos a que o doente estará sujeito como: cirurgia, radioterapia e imunoterapia, causas também elas de dor.

Em todas as referências encontradas, o relaxamento é um ponto comum e deste, escolhemos a Sofrologia, que pode e deve atuar em diferentes campos, tanto em relação ao doente como aos cuidadores, A Sofrologia pode e deve ser incluída desde a entrada para diagnóstico até à fase terminal e morte, melhorando a qualidade de vida do doente e de quem com ele convive. Aumenta o limiar de dor, diminui o recurso ao reforço dos fármacos e à otimização destes, diminuindo os efeitos adversos de alguns fármacos bem como dos distúrbios do sono, das náuseas e vómitos.

Também é de salientar que o treino se deve realizar nas alturas em que a dor está menos presente ou ausente, ajudando nos momentos em que a dor poderá atingir o planalto ou seja irruptiva; ajuda a manter o doente com atividade física, contrariando a passividade inerente ao medo de surgimento da dor, ao *stress* acumulado.

Como a Sofrologia envolve exercícios dinâmicos e estáticos, estes podem ser adaptados aos diferentes momentos da vida quotidiana e serem acompanhados, ativamente, pelos seus cuidadores.

Trata-se de uma ciência com um método próprio (as técnicas-chave e a progressão, bem estabelecidas) e com uma técnica (com exercícios estáticos e dinâmicos) que não exige a presença do Sofrólogo (neste caso, um fisioterapeuta especialista em Sofrologia Clínica) depois da aprendizagem, mas antes o acompanhamento por parte de um membro ou mais da equipa de saúde para tal formada, conforme o permita o estado do doente²²⁴. A sessão pode ser realizada nos momentos em que o doente se desloca ao hospital, ou quando a equipa se desloca a casa ou à enfermaria, com menores custos económicos. O Dr. Chéné, chama-lhe “Sofrologia gota a gota”, pois é, muitas das vezes, um trabalho lento, adaptado ao ritmo do doente.

Devido à divisão de tarefas por parte da equipa multidisciplinar, torna-se evidente, através deste trabalho, da necessidade da presença do Fisioterapeuta (relatado nos diferentes estudos e autores consultados). Também segundo o mesmo autor, existem muito mais trabalhos apresentados em congressos por enfermeiros e do que por fisioterapeutas, pelo menos durante o ano 2010, embora refira a Medicina Física e de Reabilitação como presença ativa neste processo.

A Sofrologia não substitui os tratamentos farmacológicos, mas pode potenciar a sua atuação, a uma menor rotação medicamentosa e a uma menor necessidade de resgates.

Da experiência em campo e pela bibliografia é possível, por exemplo, no caso de fármacos transdérmicos uma maior escuta proprioceptiva de modo a melhorar a marcha, o equilíbrio e a vontade do doente se manter ativo.

É possível ver que quando o doente recorre à Fisioterapia numa etapa medicamentosa, este tempo deve ser aproveitado utilizando técnicas de Sofro-Substituição Sensorial e de Sofro-Aceitação Progressiva e mesmo de Sofro-Programação do futuro para substituir a dor e desconforto, levando a atenção para partes sãs, reforço da atividade celular, sobretudo quando, a par com a medicação está sujeito a Químio ou radioterapia.

Conclusão

Não foram encontrados dados estatísticos para os doentes tratados com Sofrologia (apenas num estudo electro miográfico não relevante para o estudo).

Os dados encontrados na aplicação da Sofrologia apenas se referem a bibliografia estrangeira, havendo um único livro em português e de autor português; um outro, o *Saber Tudo sobre Sofrologia* é tradução, mas de uma fase em que a Sofrologia se encontrava ainda muito ligada a outras técnicas, como a psicanálise e de que hoje está muito distante.

Apenas existem escritos estudos de caso de doentes do IPOLFG mas que não foram publicados ou apresentados em Fórum de especialidade ou revistos por pares, pelo que se optou pela sua não referência.

Este trabalho veio colocar a questão da necessidade da implementação da Sofrologia, de modo a melhorar a Qualidade de Vida do doente oncológico que sofre de dor, visto os pedidos para a intervenção em Sofrologia surgirem por parte dos médicos assistentes dos doentes, para acompanhamento de modo a suportar melhor a dor (aumentando o seu limiar), para a programação de alta quando os meios ao dispor já se esgotaram, e mesmo nas alturas em que o doente sabe que os meios médicos e/ou medicamentosos se esgotaram, pretendem uma melhor qualidade do tempo da vida que lhes resta, podendo vir a realizar atividades fora da instituição, previamente programadas por intermédio da Sofrologia.

Mesmo tendo em conta as dificuldades, foi intervenção incluída nos tratamentos de fisioterapia ao longo de mais de duas décadas, vindo a comprovar a sua validade clínica tanto no que respeita a patologias neurológicas, mas sobretudo na dor crónica oncológica e à preparação para a morte. Deu-se conta da adesão por parte do doente como dos familiares que passaram por esta fase da vida com uma outra serenidade.

Também houve melhoria acentuada na qualidade de vida, com reforço da medicação instituída nos doentes sofrendo de dor crónica oncológica: em cicatrizes por cirurgia à mama e seguidos na Clínica da Dor e ainda na dor refratária, crónica, sem causa física evidente. Foi ainda prática comum nas classes de laringectomizados com lesão do nervo espinhal, com exercícios adaptados a Sofrologia, tendo diminuído na dor no ombro e aumentado a mobilidade e a amplitude do movimento.

Assim, propomos a realização de trabalhos de investigação nas áreas de oncologia e da dor, realizados e publicados por fisioterapeutas. Este trabalho veio dar conta do vazio existente quer em relação ao tratamento multidisciplinar com participação ativa dos fisioterapeutas pela escassez de referências aos fisioterapeutas por parte de outros profissionais a trabalhar nesta área.