

dossier SAÚDE

ESPECIAL

Este suplemento faz parte integrante do Diário de Notícias e Jornal de Notícias (Grande Porto) de 15 de Outubro e não pode ser vendido separadamente

A DOR EM PORTUGAL Um compromisso para o futuro

Entrevista com José Romão, presidente da APED

Reportagem na unidade da dor do Hospital de Oliveira de Azeméis

ARTIGOS DE :

Ana Bernardo, Beatriz Craveiro Lopes, Elsa Verdasca,
Maria Alice Cardoso, Duarte Correia, Matilde Raposo

Apoio



QUANDO A VIDA É SÓ DOR

Entrevista José Romão

"A dor não é uma fatalidade"

Apostar na informação é na formação quer dos profissionais de saúde, quer da população em geral é, para o Presidente da APED, absolutamente essencial. E se, no tratamento da dor, muita coisa melhorou em Portugal nos últimos anos, a verdade é que o caminho a percorrer é ainda muito longo.

Qual é o quadro geral do tratamento da dor em Portugal?

Eu gostava muito de lhe poder dizer que o tratamento da dor em Portugal, nos últimos anos, tem evoluído muito rapidamente, mas infelizmente não posso dizer isso. Mas posso dizer que, sem dúvida, houve muitas evoluções positivas, apesar de não tão rápidas como desejaríamos. Sabemos que temos um elevado número de doentes em Portugal com dor crónica não tratada e mal avaliada. Tem havido, da parte da APED, da tutela e de outras sociedades científicas, um esforço no sentido de melhorar esta situação. Tem havido algumas melhorias, mas temos ainda um longo caminho a percorrer.

Uma coisa essencial é a formação dos profissionais de saúde, a informação dada à população sobre a dor, de que a dor não é uma fatalidade, e a sensibilização das escolas médicas, de enfermagem, de psicologia para a necessidade de formarem os seus profissionais nesta área. Há ainda um vastíssimo leque de acções que são necessárias tomar nesta área.

Mas já muita coisa foi feita. Por exemplo, desde 2003 que em Portugal a dor foi equipada ao 5º sinal vital e, portanto, é obrigatório – por circular normativa da Direcção Geral de Saúde (DGS) – a avaliação e o registo do grau da dor em todos os serviços de saúde do Serviço Nacional de Saúde. É claro que as coisas não se alteram por decreto, alteram-se porque se altera a cabeça das pessoas, mas as circulares normativas, ajudam.

Hoje, sete anos volvidos, há uma maior atenção à dor por parte dos profissionais. Resumindo, o estado do tratamento da dor em Portugal não é soberbo, como não é em lado nenhum do mundo, mas é melhor do que era há 10 anos atrás seguramente.

verdadeiro também para os enfermeiros e para os psicólogos. Depois investir também na formação pós-graduada, naqueles profissionais de saúde que já saíram da escola há alguns anos, mas que precisam de se formar ao longo da vida e que, precisamente porque não tiveram essa formação de base nesta área. Depois também é preciso investir na formação e informação da população. A esmagadora maioria das pessoas estão convencidas que, ter dor, em muitas circunstâncias, é inevitável e que não há nada a fazer. Isso não é verdade. É preciso alertar as pessoas de que não devem sofrer a dor em silêncio. Devem falar com o seu médico, devem insistir com o seu médico, devem exigir um tratamento adequado para a sua



JOSÉ ROMÃO
Presidente da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED)
Chefe do Serviço de Anestesia do Centro Hospitalar do Porto / Hospital de Santo António
Coordenador da Unidade de Dor Crónica

O que é mais importante mudar agora?

A formação: investir na formação dos profissionais de saúde a vários níveis. Formação ao nível pré-graduados nos estudantes de medicina, nas escolas médicas. O que se ensina hoje na maioria das escolas médicas sobre dor, e sobre dor crónica em particular, não é muito diferente do que se ensinava há 20 anos atrás, apesar do que se sabe hoje sobre dor ter evoluído imenso. As escolas não têm acompanhado o passo e, portanto, os jovens médicos vão sair das escolas pouco sensibilizados para o assunto e pouco formados sobre o assunto. Isto é

«A dor é o motivo de procura de cuidados médicos mais frequente em todo o mundo, e em Portugal também»

um modo adequado. Tem havido, nos últimos anos, algum desinvestimento nessa área por parte das instituições hospitalares.

O que pode ser feito para inverter essa situação relativamente à dor aguda?

É necessário um grande trabalho de sensibilização, nomeadamente das administrações hospitalares, para a necessidade de investir nessa área enquanto indicador de qualidade das instituições. Hoje não devemos aceitar que uma instituição seja acreditada sem ter um tratamento adequado para a dor aguda pós-operatória. Investir em tratamento da dor é investir em qualidade e é, de algum modo, um investimento que a médio longo prazo

dor. Assim, a pedra de toque para alterar a situação da dor é, sem dúvida, a formação. Dos profissionais de saúde e da população.

Quantas unidades da dor existem actualmente a funcionar em Portugal?

Não há unidades da dor em todos os hospitais, embora nos últimos anos tenha havido uma alteração muito grande da geografia hospitalar, fruto das fusões e da criação dos centros hospitalares. Em 2005 a DGS levou a cabo um questionário a todos os estabelecimentos de saúde nacionais sobre o que tinham disponível na área do tratamento da dor (aguda e crónica) e, na altura, tínhamos 53 unidades activas de múltiplos níveis de diferenciação. No que diz respeito à dor aguda, nomeadamente à pós-operatória, neste momento, mesmo sem um estudo, não tenho dúvidas em afirmar que a maior parte dos hospitais não têm uma unidade de dor aguda a funcionar de

pode até representar uma poupança, por diminuição das incidências de complicações no pós-operatório, por exemplo, e, obviamente, por algo que não tem preço que é a diminuição do sofrimento e a melhoria dos serviços prestados.

E porque é que não há essa compreensão?

Um dos principais motivos é que quase todos profissionais que se dedicam à dor crónica em Portugal e todos os que se dedicam à dor aguda, são anestesistas. E esta é uma



especialidade que é deficitária em número de profissionais. Além disso, temos uma enorme lista de espera para cirurgias. Assim, há uma enorme pressão para impedir a saída dos anestesistas do seu posto de trabalho tradicional, que é o bloco operatório, para outras áreas de trabalho fora do bloco operatório, nomeadamente para as áreas da dor. Na dor crónica, isto é muito verdade também, porque os anestesistas são de facto os grandes motores das unidades de tratamento da dor crónica, mas evidentemente que esta dificuldade de recrutamento também deve passar pelo recrutamento de profissionais noutras áreas, noutras especialidades que não a anestesia.

Recrutamento noutras especialidades porque a dor não constitui nenhuma especialidade mas sim uma competência...

Correcto. No âmbito da ordem dos médicos, em Portugal, existe a especialidade, a sub-especialidade e a competência. A competência foi perdida por sete sociedades médicas, aqui há uns anos atrás, e acabou por ser criada pela ordem dos médicos porque a competência é uma figura que permite a maior transversalidade possível. Não nos podemos esquecer que todas as especialidades médicas se cruzam com doentes com dor e, portanto, qualquer que fosse o guarda-chuva que

abarcasse esses profissionais deveria ser o mais abrangente possível, e isso acontece com a competência. Qualquer médico de qualquer especialidade pode ter competência em dor, desde que obedeça a um certo número de requisitos de formação teórica e prática. Essa competência foi criada há três anos, ainda estamos na fase de arranque, e temos actualmente 120 clínicos com competência em medicina de dor. Mas é necessário que hajam muitos mais.

«Não devemos aceitar que uma instituição seja acreditada sem ter um tratamento adequado para a dor aguda pós-operatória. Investir em tratamento da dor é investir em qualidade»

E qual o papel dos médicos de família?

São uma franja importantíssima de clínicos que se cruzam diariamente, vezes sem conta, com doentes com dor. A dor é o motivo de procura de cuidados médicos mais frequente em todo o mundo, e em Portugal também. É preciso investir muito nestes profissionais. Isto porque não é necessário, nem desejável, que todos os doentes com dor, nomeadamente crónica, sejam direccionados para consultas da especialidade. Isso não seria possível. Nem necessário. O que é de facto necessário é que aqueles médicos que em primeiro lugar contactam com os doentes estejam sensibilizados para o assunto, os tratem dentro da medida das suas possibilidades e que encaminhem para as consultas da especialidade aqueles doentes que não conseguem tratar.

Para terminarmos, a questão da prescrição médica e dos estigmas que ainda existem relativamente a alguns medicamentos. Também são um obstáculo no tratamento da dor?

Sem dúvida. O tratamento da dor recorre a múltiplas estratégias, farmacológicas e não farmacológicas, mas é evidente que os medicamentos são um pilar fundamental desse

tratamento. Dentro dos medicamentos para o tratamento da dor, há um grupo de medicamentos que são os opióides, que são uma arma muito importante no tratamento da dor e que, pelos mitos e pelas falsas ideias que estão ligados a esses medicamentos, existem muitas barreiras à sua prescrição. Em Portugal e em todo o mundo. Há uma enorme desinformação junto da população em geral e mesmo junto dos profissionais de saúde, mais uma vez. Não é incomum os doentes recusarem a terapêutica por causa das falsas ideias que têm. Também não é incomum os médicos não prescreverem por receios dos efeitos colaterais ou da questão da dependência. E aqui voltamos ao início: formação, informação e formação. Há uma cultura instalada de opiofobia generalizada em todo o mundo. Em Portugal existem várias barreiras. Felizmente, em 2008, uma dessas barreiras, que era a questão do preço, foi derrubada. Actualmente estes medicamentos são comparticipados a 95%, por isso a questão da acessibilidade melhorou muito. Mas há ainda uma barreira, muitas vezes quase intransponível, que é o receituário. O receituário tem que ser especial, exige um formulário próprio, que cada clínico tem que pedir no seu hospital e custa dinheiro, tem uma cor diferente, é em triplicado, etc. Isso constitui uma barreira real e importante à prescrição de opióides e já era tempo de generalizar a estes medicamentos a possibilidade de prescrição electrónica. É uma longa batalha da APED, como foi a da comparticipação. A partir de Março parece que vai haver a desmaterialização do receituário e, portanto, também para os opióides. Assim, supostamente, isso estará para breve.

E a tal opiofobia por parte dos médicos e doentes?

É assim, não há nenhum medicamento isento de efeitos laterais. Os opióides também os têm. Mas se forem usados de modo adequado não são mais perigosos do que os outros. Temos um exemplo: para a dor usam-se muito os anti-inflamatórios, que tem efeitos laterais graves e frequentes. Em Portugal prescrevem-se estes medicamentos com uma enorme ligeireza. Os efeitos laterais dos opióides, como os dos restantes medicamentos, são antecipáveis e controláveis. Voltamos sempre, sempre ao início: é necessário apostar na formação e informação para todos todos. •

A dor nos cuidados de saúde primários

A dor constitui a queixa mais frequente em qualquer consulta de um Centro de saúde, correspondendo entre 50-70% dos motivos de consulta. Os CSP constituem a primeira linha nos cuidados de saúde e são necessariamente quem tem a primeira intervenção na avaliação e intervenção no controlo da dor.

Por este motivo, cabe a estes profissionais uma grande responsabilidade na abordagem correcta da dor, para um controlo adequado e/ou a referenciação a uma unidade mais especializada. No entanto, o tratamento da dor nos CSP ainda está muito aquém do que seria desejável, quer por falta de utilização dos medicamentos disponíveis quer por falta de referenciação. A dificuldade no manejo de opióides leva a que muitas situações de dor estejam inadequadamente controladas. Esta situação só será ultrapassada pela formação eficaz e aplicação na prática clínica.

Nos últimos anos assistimos a um aumento na sensibilidade e consciencialização da importância deste problema de saúde, por parte dos profissionais de saúde, no que diz respeito aos aspectos físicos directos, mas, também, às consequências indirectas, nomeadamente psicológicas, sociais e económicas, que acompanham um inadequado controlo da dor. Melhorar os conhecimentos e as competências, para um adequado controlo deste sintoma, tem levado alguns profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) a interessar-se pela formação, muitas vezes suportada por algumas empresas farmacêuticas. O aparecimento das Unidades de Dor veio aumentar a possibilidade de referenciação de situações complexas de dor, por vezes difícil de serem abordadas em contexto de consulta de CSP.

A desculpa da inacessibilidade financeira aos opióides já deixou de existir, pois a maior parte dos opióides é comparticipada a 95% pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS). Todos os analgésicos têm o seu papel no controlo da dor. É preciso, no entanto, conhecer os princípios que regem esta intervenção e ter presente que, a par da intervenção farmacológica, outras intervenções são seguramente eficazes (fisioterapia,



ANA BERNARDO
Coordenadora da equipa de cuidados paliativos do Hospital Residencial do Mar

terapia ocupacional, psicologia, acupunctura, etc.) sendo estas, no entanto, ainda difíceis de aceder no contexto do SNS.

Devem definir-se medidas de forma a generalizar a formação e aquisição de conhecimentos e competências no controlo da dor, por todos os profissionais de saúde, sobretudo os que trabalham em contexto em que a dor pode ser o factor preponderante de intervenção. Muito importantes são os profissionais de saúde que trabalham no contexto de cuidados continuados, em todas as vertentes e, sobretudo, os que, mesmo sem qualquer formação específica, recebem nas suas instituições pessoas com critérios para cuidados paliativos ou de fim de vida. De realçar

também a importância da formação dos profissionais que trabalham em lares, considerando a idade e pluri-patologia que acompanham os utilizadores destas Instituições.

Continuamos a ter uma prescrição baseada sobretudo nos anti-inflamatórios, o que significa que não ultrapassamos a intervenção para uma dor de intensidade ligeira. É primordial adquirir maior confiança no manejo dos opióides, e de outros fármacos coadjuvantes, considerando a intensidade da dor como sinal de sofrimento, e não só a sua etiologia. Portugal tem, no entanto, avançado nas políticas de saúde que dizem respeito à dor. A participação da maioria dos opióides e a sua acessibilidade foi um passo importante. É urgente a abordagem da dor ser feita num contexto multidisciplinar, tendo em conta a complexidade que acompanha este sintoma. O conhecimento acrescido e diferenciado de vários grupos profissionais podem beneficiar este nível de intervenção. •

«É primordial adquirir maior confiança no manejo dos opióides, e de outros fármacos coadjuvantes, considerando a intensidade da dor como sinal de sofrimento»



A dor equiparada ao 5º sinal vital

A dor é o primeiro sinal de aviso biológico, faz parte da condição humana, mas a sua caracterização precisa é arduosa.

A sua natureza consiste essencialmente numa experiência mental. Ocorre no estado consciente e resulta de uma actividade sensorial, emocional e cognitiva num cérebro influenciado por experiências passadas desde a infância, incluindo factores familiares, sociais e culturais.

A definição de dor torna claro os factores biológicos e psicológicos que a envolvem, mas a influência dos factores sociais completa os três elementos do conhecido modelo bio-psico-social. É extremamente importante a fun-



BEATRIZ CRAVEIRO LOPES
Coordenadora da Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta

norma (nº09/DGCG), estando explicitados os métodos de avaliação da intensidade da dor e respectivo registo.

O Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCD) de 2008 reforça, e tem como um dos seus princípios orientadores, que “a dor como 5º sinal vital representa um sinal de

quatro sinais vitais: frequência respiratória, frequência cardíaca, tensão arterial e temperatura.

O PNCD tem outros princípios orientadores que contemplam “o direito de todo o indivíduo ao adequado controlo da dor, qualquer que seja a sua causa, reduzindo a respectiva morbilidade que lhe está associada, e o dever que todos os profissionais de saúde devem adoptar estratégias de prevenção e controlo da dor dos indivíduos ao seu cuidado, contribuindo para o seu bem-estar, redução da morbilidade e humanização dos cuidados de saúde, com especial enfoque à prevenção e controlo da dor provocada pelos actos de diagnóstico ou terapêutica”.

Este mesmo Programa, tem três objectivos fundamentais:

- Reduzir a prevalência da dor não controlada na população portuguesa.
- Melhorar a qualidade de vida dos doentes com dor.
- Racionalizar os recursos e controlar os custos necessários para o controlo da dor.

A dor crónica é actualmente o maior problema de saúde em Portugal e na Europa. Em conformidade com os estudos epidemiológicos realizados em Portugal por um grupo de investigadores liderados pelo Prof. Dr. Castro Lopes da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 14% da população - aproximadamente 1.4 milhões de portugueses, sofrem de dor crónica moderada a intensa (dor avaliada como maior que 5 na escala numérica de 0 a 10 e com duração superior a seis meses).

Tal como em Portugal, a dor é também um problema major na Europa. De acordo com os resultados do estudo da Commission's Health and Consumer Protection Directorate General da União Europeia a 25 (antes do alargamento a 27 países), cerca de 25% dos cidadãos tinham dor que afectava os músculos, articulações, pescoço ou coluna lombar, comprometendo a capacidade de executar as actividades de vida diária pelo menos durante três meses ou mais.

A boa prática no tratamento analgésico terá repercussões na



«A saúde comprometida e associada a incapacidade tem custos económicos para os próprios doentes, respectivos cuidadores e para a sociedade em geral»

ção da dor como sinal de alerta para a lesão actual ou potencial dos tecidos. O tratamento insuficiente e inadequado da dor é uma realidade. Melhorar o controlo da dor exige que esta seja uma prioridade.

Em 14 de Junho de 2003, a Direcção Geral de Saúde equiparou a dor ao 5º sinal vital, com a obrigatoriedade da implementação da

alarme vital para a integridade do indivíduo e fundamental para o diagnóstico e monitorização de inúmeras patologias, não devendo ser causa de sofrimento desnecessário”.

Consiste numa estratégia simples, já seguida por muitas instituições de prestação de cuidados de saúde da rede pública, em que são avaliados, registados e monitorizados, por rotina, a dor e os outros



Os direitos dos doentes com dor

Porque os doentes com dor são muitas vezes subtratados e por vezes estigmatizados, foi elaborada a declaração dos direitos desses doentes (McCaffery e Pasero):

- O direito de ter os relatórios passados pelos profissionais de saúde
- O direito de ter a dor controlada, qualquer que seja a sua causa ou gravidade
- O direito de ser tratado com respeito durante todo o tempo. Quando for necessário medicação para a dor, não ser tratado como um abusador de fármacos.

qualidade de vida e será manifesto a menor duração dos internamentos hospitalares, o maior sucesso da cirurgia ambulatória, a redução da morbilidade e mortalidade materno-infantil, a menor recorrência aos serviços de urgência e a redução nas readmissões hospitalares dos doentes com dor crónica e, por fim, menor absentismo no trabalho.

O conhecimento e a tecnologia agora actualmente disponíveis podem providenciar alívio eficaz e seguro da dor para a maior parte das pessoas que sofrem com dor.

OS CUSTOS ECONÓMICOS E SOCIAIS

E quais são os custos económicos e sociais da dor?

A saúde comprometida e associada a incapacidade tem custos económicos para os próprios doentes, respectivos cuidadores e para a sociedade em geral.

Os custos para o indivíduo são mensuráveis pelas perdas das suas próprias receitas e consequente redução das actividades

de vida diárias, onde se incluem a menor capacidade ou total incapacidade para o trabalho, para além de actividades e participação em interesses de carácter familiar e social, bem como do lazer.

Para a sociedade, há que considerar o absentismo e respectiva redução da produtividade, adicionando os custos relacionados com o diagnóstico e tratamento, bem como os benefícios sociais pela doença e eventual incapacidade. Por último, ponderar os custos elevadíssimos para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) com os medicamentos e/ou tratamentos não farmacológicos associados aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, partindo do princípio que os prescritores tenham em mente as suas responsabilidades, no que concerne à sua eficácia e segurança. São sinais dos tempos, o progresso e o crescimento de organizações estruturadas em serviços ou unidades funcionais que encorajam o aperfeiçoamento do tratamento da dor aguda e crónica.

Exemplos nacionais, na rede pública hospitalar, já existem com expressão clínica muito positiva, evidenciando desempenho de Excelência e de qualidade nas vertentes principais de dor crónica, e, dor aguda como seja a analgesia no trabalho de parto e a dor aguda pós-operatória.

As unidades /serviços já disponíveis no continente e ilhas são manifestamente insuficientes face à procura. No entanto, o progressivo crescimento destas organizações profissionais com enfoque na dor, subentende Competência em Medicina da Dor (Dor Crónica), que a Ordem dos Médicos já reconheceu em 2006.

A moderna interdisciplinaridade dos programas de controlo da dor crónica representam o último desenvolvimento de um processo iniciado há quase meio século, com o reconhecimento das limitações tradicionais dos modelos “nociceptivos” na conceptualização da dor crónica e a respectiva incapacidade associada, enfatizando a vantagem das intervenções terapêuticas precoces. •

A dor no idoso

A dor no idoso revela especificidades próprias, aparecendo geralmente associada a outras patologias e constituindo um factor muito incapacitante, que contribui para a diminuição da respectiva autonomia. Nesta faixa etária, a dor crónica tem grande impacto, provocando ansiedade, insónia, depressão, perda de apetite, emagrecimento, alterações da memória e do raciocínio, limitação nas actividades da vida diária e maior procura dos cuidados de saúde.

As causas de dor são múltiplas: doença cancerosa, osteoporose, artrose das grandes e pequenas articulações, doenças da coluna vertebral (espondilartrose, fractura osteoporótica, hérnia discal, compressão de raízes nervosas) e nevralgia pós infecção herpética. Há outras causas menos frequentes, como a neuropatia diabética, a dor do membro fantasma, a dor pós AVC e a insuficiência vascular.

A dor crónica é frequentemente desvalorizada e maltratada. É fundamental que todos, doentes e profissionais de saúde, entendam que



ELSA VERDASCA
Médica Anestesiologista
Unidade de Dor
Hospital Garcia de Orta
Almada

e possíveis causas. É com base nessa informação que vai delinear um plano terapêutico adequado às particularidades fisiológicas do idoso, tendo em conta a administração simultânea de múltiplos fármacos, a deterioração cognitiva e o isolamento social. Continua-se a fazer um uso abusivo

maior segurança, mas sempre por indicação do médico assistente, respeitando a dose máxima adequada. O médico também pode optar por medicamentos da família dos opióides. Neste momento já existem múltiplas opções no mercado que variam quanto à "potência", forma de apresentação (comprimidos, gotas, supositórios, sistemas transdérmicos) e rapidez de efeito, o que permite individualizar o tratamento a cada doente.

Ponderando todo o historial do doente e ajustando as doses dos fármacos, haverá menos efeitos secundários e maior adesão à terapêuti-



a dor persistente não faz parte do processo natural de envelhecimento, sendo sinal de doença ou lesão que deve ser tratada; que o tratamento farmacológico da dor deve ser associado a complementares; e que o doente deve ter um papel activo em todo o processo de controlo da sua dor, adequando a actividade às suas limitações físicas. O médico assistente deve fazer uma cuidadosa avaliação da dor, caracterizando o seu tipo, intensidade

dos anti-inflamatórios (por exemplo, diclofenac, ibuprofeno, nimesulide) por automedicação ou prescrição inadequada, considerando erradamente que este grupo de fármacos é muito seguro. Na verdade, estes fármacos podem provocar lesões graves do tubo digestivo, insuficiência renal e toxicidade hepática, particularmente neste grupo etário. Outros fármacos, como o paracetamol, o metamizol e os relaxantes musculares, podem ser usados com

«Na maioria das situações, a dor pode ser controlada de forma eficaz, e isso é particularmente importante no idoso de forma a permitir a manutenção da sua qualidade de vida»

ca com consequente alívio da dor. Uma abordagem multidisciplinar, em que se integram também as terapêuticas psicológicas (distracção, psicoterapia, psicodrama, relaxamento, hipnose, pensamento positivo) e físicas (exercício físico, hidroginástica, hidroterapia, electroterapia, massagem, manipulação, calor, frio, acupuntura), permite ainda reduzir a quantidade de fármacos e diminuir os seus efeitos secundários.

Com o avanço dos conhecimentos na área da Medicina da Dor, é possível deixar de encarar este sintoma como uma fatalidade. Na maioria das situações, a dor pode ser controlada de forma eficaz, e isso é particularmente importante no idoso de forma a permitir a manutenção da sua qualidade de vida. •



Nos corredores da dor
Centro Hospitalar entre o Douro e Vouga

“Dói-me tudo da cabeça aos pés”. É desta forma que Maria Josefa Cardoso, 78 anos, nos fala da sua dor. É uma doente que conhece bem os corredores da unidade da dor do hospital de Oliveira de Azeméis, uma vez que anda a ser seguida na consulta da dor há já nove anos.

De facto, a funcionar há 17 anos, e com doentes que são seguidos, em alguns casos, há anos, na unidade da dor do hospital de Oliveira de Azeméis quase todos se conhecem. Maria Carlos Cativo, Coordenadora da unidade de dor crónica do Centro Hospitalar de entre Douro e Vouga (CHEDV EPE), explica que esta foi uma unidade que foi crescendo e ganhando espaço dentro do hospital e que, actualmente, trata dor crónica oncológica e não oncológica.

Pertencente ao Centro hospitalar entre Douro e Vouga, a unidade da dor de Oliveira de Azeméis funciona em sintonia com um outro pólo: a unidade da dor do Hospital de Santa Maria da Feira, pertencente ao mesmo centro hospitalar. Em breve estes dois pólos vão juntar-se no hospital de S. João da Madeira, com instalações novas, proporcionando assim um serviço ainda melhor ao utente. Em Oliveira de Azeméis a consulta da dor funciona diariamente. Como complemento a estas consultas há, semanalmente, uma consulta multidisciplinar com uma psiquiatra, uma especialista em reabilitação física e os médicos e enfermeiros da unidade.

Depois, para além das consultas, há os tratamentos que Maria Carlos

Cativo divide em três grupos: os tratamentos com electro-estimulação, um tratamento não invasivo, feito sob a pele, regra geral três vezes por semana durante um mês e que o doente pode, posteriormente, realizar em casa, se adquirir o aparelho, ou voltar ao hospital duas ou três vezes por ano para o repetir. “É um tratamento, baseado no Gate Control, que bloqueia os sinais de dor que passam para o cérebro. É um tratamento com o qual temos excelentes resultados”, afirma Maria Carlos Cativo. Depois há ainda os tratamentos por via endovenosa, que se realizam uma vez por semana, e finalmente os bloqueios, um tratamento muito mais invasivo mas que, graças ao amplo leque de medicamentos actualmente disponível, é feito cada vez com menor frequência.

“Quando comecei a trabalhar na dor, há 20 e tal anos, não tinha nada. Tínhamos os anti-inflamatórios e as

ampolas de morfina e era quase necessário meter um requerimento ao ministro para conseguir uma ampola”, desabafa. “Agora temos morfina e opióides de toda a qualidade e feito à nossa disposição, e alguns deles vieram revolucionar o tratamento da dor crónica, como por exemplo os transdérmicos”, acrescenta.

Mas, para ter acesso a estas diversas opções terapêuticas, é necessário chegar à consulta da dor. Regra geral os doentes são referenciados pelos centros de saúde, mas a verdade é que continuam a chegar mais tarde do que seria desejável.

«Não temos a pretensão de tratar todos os doentes com dor. O médico de família tem a obrigação, e cada vez mais a capacidade, de tratar grande parte dos doentes que lhe chegam com dor crónica»



MARIA CARLOS CATIVO
Coordenadora da unidade de dor crónica do Centro Hospitalar de entre Douro e Vouga (CHEDV EPE)

“O nosso doente padrão é um doente idoso e, apesar do nosso objectivo ser tratar os doentes numa fase cada vez mais precoce, temos que sensibilizar os médicos de família para isso”, explica. É fundamental, para isso, combater a ideia de que a dor é uma consequência muitas vezes da idade e que, portanto, nada pode ser feito. Maria Carlos Cativo conta, com humor, a história de um doente idoso que se queixa ao seu médico da família de uma dor no ombro. “O médico de família responde-lhe, como ainda acontece muitas vezes, que isso é da idade. E o doente responde: pois sr. Doutor, mas o outro ombro nasceu no mesmo dia e não me dói”. Esta história simples serve para ilustrar a necessidade urgente de educar quer os médicos de família, que têm o primeiro contacto com o doente que sofre de dor crónica, quer os próprios doentes, transmitindo-lhes a informação de que devem exigir um tratamento para a sua dor.

“A primeira coisa que fizemos quando iniciamos esta consulta foi ir aos centros de saúde aqui da área e explicar o que era a dor crónica, como é que se podia tratar, as vantagens de tratar cada vez mais cedo, etc. Não temos a pretensão de tratar todos os doentes com dor. O médico de família tem a obrigação, e cada vez mais a capacidade, de tratar grande parte dos doentes que lhes chegam com dor crónica. Quando está perante uma situação que está aquém daquilo que está ao seu alcance, tem que enviar para a unidade da dor”, explica Maria Carlos Cativo. “Só assim é possível tratar

a dor crónica o mais cedo e o mais depressa possível”, conclui.

A dor oncológica

Graça Carrapatoso, médica da consulta da dor do Centro Hospitalar entre o Douro e Vouga e consultora da Comissão de Coordenação Oncológica, explica que, se hoje o tratamento da dor se estendeu a diversas patologias, a verdade é que, na dor, tudo começou com o doente oncológico. “São os nossos primeiros doentes, aqueles que há mais tempo solicitaram os nossos serviços e as unidades de dor praticamente foram criadas para os doentes oncológicos. Actualmente a nossa actividade diversificou-se muito e temos doentes oncológicos e não oncológicos porque os próprios colegas começaram a ver que havia toda a vantagem em complementar a actividade deles com uma consulta específica da dor”, frisa.

O doente oncológico é um doente muito particular que, infelizmente, quando chegam à consulta da dor é já em estados muito avançados da doença e, portanto, com níveis de dor muito altos. Insuportáveis. “Dentro da escala da dor, que vai de 0 a 10, estes doentes vêm com níveis



GRAÇA CARRAPATOSO
Médica da consulta da dor do Centro Hospitalar entre o Douro e Vouga e consultora da Comissão de Coordenação Oncológica

máximos, de 8,9,10. Sem menosprezo da dor não oncológica, não há dúvida que estes são os doentes mais sofridos. E a dor é de facto sofrimento. Dor pela doença, pelos tratamentos de quimioterapia ou radioterapia, pelas compressões nervosas provocadas pelos próprios tumores, pelas dores pós-cirúrgicas resultantes das cirurgias altamente invasivas”, explica Graça Carrapatoso.

Uma dor difícil de tratar, mas que também responde muito bem, em termos terapêuticos, à abordagem médica. “Logo nas primeiras consultas temos uma redução muito significativa na dor e isso tem consequências directas na sua qualidade de vida. É algo que se nota até na cara do doente e que é muito gratificante”.

Estes são doentes que beneficiam muito do tratamento com fármacos opióides. “Os fármacos opióides são muito usados no tratamento da dor oncológica. “Temos imensos doentes a fazer uma vida perfeitamente normal e ninguém sabe que é um doente oncológico com dor crónica”, conclui. •

«Temos imensos doentes a fazer uma vida perfeitamente normal e ninguém sabe que é um doente oncológico com dor crónica.»



Na unidade da dor do Hospital de Oliveira de Azeméis, médicos e enfermeiros dão melhor qualidade de vida aos doentes

A dor em cuidados paliativos

Ao longo dos tempos, independentemente das culturas, a dor tem sido sempre algo de assustador. Mais do que a morte, teme-se a dor. Mais do que a doença, teme-se o sofrimento.

Todavia, apesar de habitualmente interconectados, dor e sofrimento não são conceitos sobreponíveis. A dor, definida nos meios científicos como “experiência sensorial”, é o reflexo não somente dos estímulos nociceptivos, devidos a lesão tecidual, mas reflecte igualmente o enquadramento social e cultural do indivíduo, sobretudo na forma como expressa a sua dor. A dor é pois uma experiência individual causadora de profundo sofrimento, impossível de partilhar, uma experiência íntima em que, mesmo aqueles que estão próximos do doente, não podem verdadeiramente observar o seu progresso ou partilhar o seu sofrimento. A dificuldade de tratar, ou pelo menos aliviar, a dor, e porque esta não é somente um facto biológico, em muito terá contribuído para intensificar o seu valor simbólico.

Só em meados do século .XX começa a haver uma sensível preocupação com a dor e o alívio dos doentes na fase final da vida. Nos anos 60, em Inglaterra, nasce o movimento dos Cuidados Paliativos, fruto do trabalho de Cicely Saunders, iniciando-se assim um modelo de Cuidados Paliativos que viria a disseminar-se por todo o mundo. Nesta abordagem da dor já não somente como sintoma clínico, Saunders cria o conceito de “dor total” que veio revolucionar a prática dos profissionais que acompanhavam os doentes em fim de vida. Tratar a dor, os outros sintomas acompanhantes, dar apoio psicológico, espiritual e social ao doente e à sua família, começou a ser valorizado e considerado como fundamental para dar qualidade de

«Tratar a dor, os outros sintomas acompanhantes, dar apoio psicológico, espiritual e social ao doente e à sua família, começou a ser valorizado e considerado como fundamental»



MARIA ALICE CARDOSO
Anestésista
Médica na Equipa Intra-hospitalar de Cuidados Paliativos do CHLC (Centro Hospitalar Lisboa Central)

vida a uma fase que, por si, é dolorosa e difícil.

Refira-se que esta evolução de conceitos decorre em simultâneo com um enorme impulso à investigação na área do tratamento da dor e às práticas analgésicas que foram difundidas por médicos e investigadores, como Melzack, Wall e John Bonica.

A maioria dos doentes, sobretudo aqueles que sofrem de cancro em fase avançada, tem dores intensas que condicionam a sua vida, a sua forma de se relacionar consigo próprios, com o mundo e com os outros. A dor condiciona o comportamento do doente, atemoriza-o, domina-lhe a existência e a expressão, monopoliza-lhe a linguagem, principalmente quando evolui para a cronicidade. As unidades/equipas de medicina paliativa tentam fazer uma abordagem holística que seja uma

resposta ao sofrimento destes doentes. E é nessa abordagem e avaliação que os profissionais se confrontam com a necessidade de um conhecimento mais global do doente, um conhecimento que englobe o enquadramento social, cultural e espiritual, para além dos factores físicos e psicológicos que agravam a sua dor.

Os cuidados paliativos surgem assim como uma tentativa de apoio aos doentes com doenças incuráveis, em fase avançada e com intenso sofrimento. Numa das patologias mais frequentes, o cancro, cerca de 70% dos doentes em fase avançada têm dor. No entanto, segundo a OMS, 80-90% destes doentes conseguem ser eficazmente analgesados sem recurso a técnicas invasivas. Fazendo uso deste arsenal terapêutico, habitualmente executado com a colaboração de Unidades de Dor Crónica, consegue-se então um alívio em cerca de 95%.

Mais do que a morte teme-se a dor. Desde que tenhamos a formação adequada para o fazer podemos contribuir para a dignidade e qualidade do final da vida mantendo a dor controlada. •



Como tratar a dor crónica

O que nos reserva o futuro?

La mort n'est rien, la douleur si. (André Malraux)

A Dor Crónica (definida como uma dor que persiste após o período normal de cura da lesão, de duração superior a três meses), atinge cerca de 20% da população, mas apenas 2% desta é de natureza oncológica.

Esta dor, de intensidade moderada ou severa, afecta a qualidade de vida e atinge toda a estrutura social de apoio, com repercussões enormes em custos directos e indirectos, consequência do seu não ou insuficiente tratamento (nos países industrializados foi avaliada em 2,2 % - 2,8 % do P.I.B).

No estudo de prevalência da dor realizado por Breivik H et als em 2006, estes autores descrevem que a Dor Crónica afecta um em cada cinco adultos na Europa e 59% destas pessoas referem-na com uma duração entre 2 a 15 anos! Nos indivíduos com idade superior a 80 anos, 50% apresentam dor



DUARTE CORREIA
Médico, Anestesiologista,
Competência em Medicina da
Dor pela Ordem dos Médicos.

permanente, incapacitante!

Esta dor é motivo para 50% das consultas médicas e 1/3 destes pacientes apresentam uma dor permanente. Em 32% interfere com a actividade laboral, provocando em 13% mudanças de emprego ou das suas responsabilidades profissionais. 19% dos doentes perderam o seu emprego!...

Se o tratamento adequado da dor é um direito dos utentes e um dever de todos os profissionais de saúde, o seu controlo é inadequado, em muitas circunstâncias. Infelizmente, um número elevado de doentes (25%), referem que o seu médico raramente avalia a dor

e 1/3 afirmam que este não sabe como controlá-la.

Em Portugal, as conclusões do estudo da prevalência da dor crónica na população portuguesa e a avaliação do seu impacto individual, social e económico, realizado pela Faculdade de Medicina do Porto em 2007, por Castro-Lopes JM et als, documentam resultados semelhantes!...

Perante esta situação, que constitui um grave problema de saúde pública, é urgente definir estratégias, implementá-las de forma objectiva e continuada, avaliando o seu impacto sócio económico, promovendo a acessibilidade dos doentes e dos cidadãos (a OMS - Organização Mundial de Saúde, estima que 5 biliões de pessoas vivem em países sem acesso minimamente adequado ao tratamento da dor moderada a severa).

E se a dor aguda, em especial a do pós-operatório e a dor do trabalho de parto, podem e devem ser adequadamente controladas, constituindo o seu tratamento um imperativo ético, a realidade é... inequivocamente outra.

Não sendo adivinho ou oráculo, creio que o futuro será e terá de ser, obviamente diferente deste panorama aterrador. Diferente porque em 80 a 90% dos doentes é possível tratar a dor na sua matriz orgânica com recurso a métodos simples e eficazes.

Medidas simples, que implicam a avaliação e o registo desta (V Sinal Vital) em todos os pacientes, constituindo este um vector fundamental na qualidade dos cuidados prestados.

Cuidados prestados que passam necessariamente pela formação e educação de todos os profissionais, pelo emergir de uma consciência cívica dos utentes, em que esta dor pode e deve ser tratada. Pela prescrição cuidada de analgésicos não opióides no tratamento da dor ligeira, de acordo com a "escada analgésica" preconizada pela OMS, recorrendo a fármacos adjuvantes (melhoram a sintomatologia associada) sempre que necessário. Prescrever opióides, sem mitos ou dogmas, mas providos

do conhecimento necessário, que nem toda a dor se trata com morfina, mas que estes analgésicos são fundamentais no tratamento da dor, em particular na oncológica, quando esta atinge uma enorme intensidade.

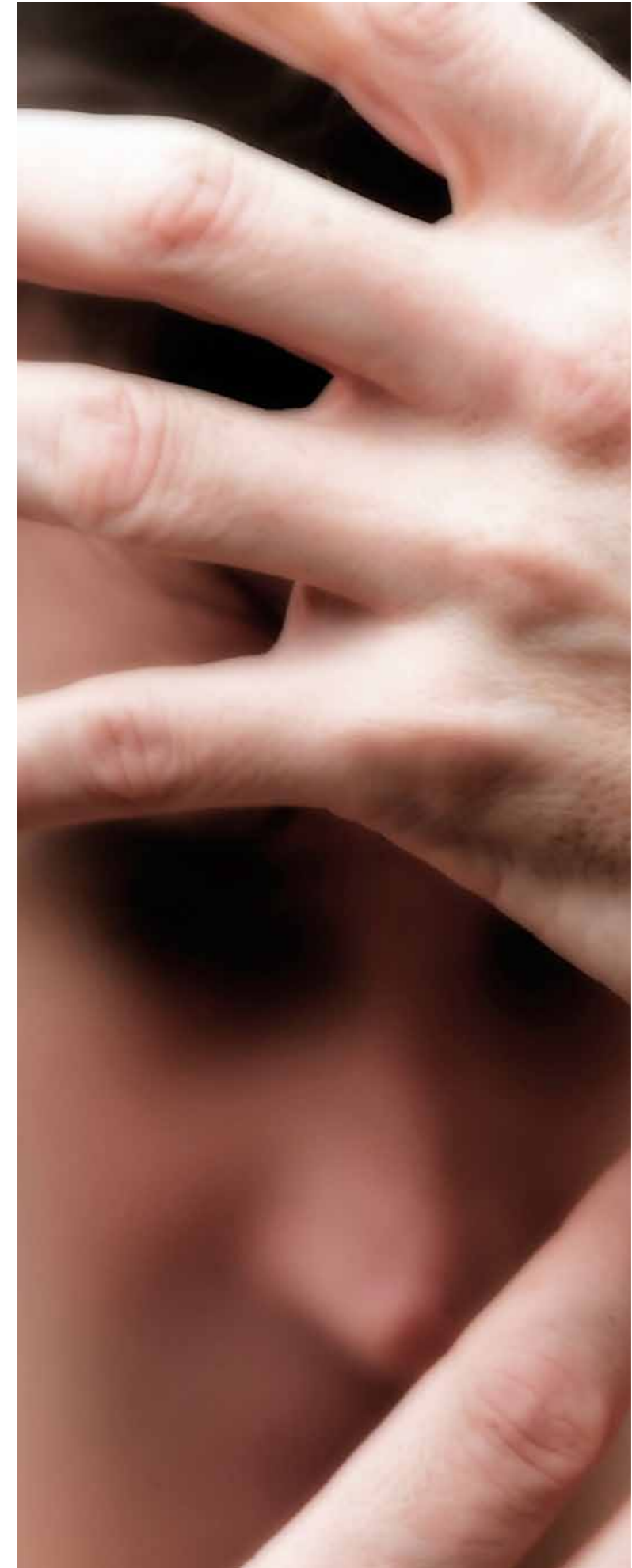
Acreditar que apenas um grupo reduzido de doentes deverão ser referenciados, tendo acesso, num período temporal curto e adequado, de acordo as patologias inerentes, a centros especializados, as denominadas Unidades de Dor, providos de médicos e outros profissionais, em número suficiente e adequado, com o saber e conhecimentos inerentes à Medicina da Dor. Centros em que, num número restrito de pacientes, alvo de uma selecção criteriosa, poderão ser efectuados procedimentos minimamente invasivos para tratar a dor, permitindo uma melhoria importantíssima da qualidade e esperança de vida.

Não transegir que o tratamento da dor crónica implicará sempre uma abordagem biopsico social do doente, uma perspectiva multidimensional, envolvendo diferentes grupos profissionais, em que os aspectos orgânicos serão uma parte importante, mas não o todo, na busca da plena reinserção destes, no seu meio social, laboral e familiar.

Se a única dor que se suporta bem ... é a dos outros, tratar de uma forma eficaz, num espaço temporal curto e adequado a dor oncológica (70%, referem-na durante a evolução da doença), minimizar e obviar o sofrimento, será regra sem excepção. Possibilitar, a estes doentes uma permanência sempre que possível no seu ambiente pessoal ou familiar, com o acompanhamento adequado dos profissionais de saúde, implementar estruturas de apoio e, internar sempre que necessário..., contribuindo para o seu bem-estar, possibilitando uma melhor qualidade de vida e conforto, com o respeito pelos seus valores espirituais, e ... a dignidade de morrer no ambiente que escolheu e desejou.

Acredito que todos podemos e devemos proceder melhor, que o futuro será diferente, que a regra será excepção, que esta realidade que a todos nos envergonha, será um estigma do passado, um passado infelizmente ainda tão presente. Ou, não será o tratamento da dor, um direito de todos os cidadãos e o acesso ao tratamento desta a "Fundamental Human Right"?

Estarei a sonhar ou a divagar??? •



O mito dos Opióides

A dor é a causa mais frequente de incapacidade e sofrimento que impede a qualidade de vida de aproximadamente 30% da população Mundial. A revisão bibliográfica constata que existem factores sociais, económicos, culturais, políticos e educacionais relacionados com o uso de analgésicos opióides que contribuem para que a dor não seja tratada adequadamente.

Entre nós, parece-nos que um dos motivos fundamentais tem por base uma deficiente formação pré e pós-graduada sobre o problema. Pensa-se habitualmente que, sendo a dor uma manifestação, não é o objecto principal da intervenção médica. É a doença que se deve combater e com ela a própria dor. Nesta perspectiva a dor crónica, de etiologia diversa ou mesmo de causa desconhecida, fica desprotegida dos cuidados médicos, e é por isso preciso considerá-la uma doença e não apenas um sintoma. Se a mudança de mentalidade dos profissionais de saúde não se verificar, continuará a existir, como consequência, um fraco interesse pelo problema, tanto no campo formativo como no organizativo.

Se, a estes factores, se juntarem os relacionados com o não reconhecimento pelo profissionais de saúde, e pelos doentes, da morbilidade associada à dor, os receios na prescrição de opióides, mesmo em situações de dor intensa, o défice de conhecimento relativo aos conceitos de dependência física, tolerância e dependência psicológica, conduz aquilo que R.Melzack denomina de "dor desnecessária".

Quais são, afinal, as questões ou mitos relacionados com a utilização dos opióides?

Mito: As pessoas que precisam de opióides para controlo da dor estão sempre muito doentes e próximos da morte.

Facto: Só porque uma pessoa recebe um opióide não significa que esteja gravemente doente. Os opióides são fármacos altamente eficazes, que podem ser usados em qualquer fase na doença. Quando a dor é severa requer medicação forte.

Mito: Todas as pessoas que recebem opióides ficam dependentes.

Facto: A toxicodependência traduz uma situação psicológica de dependência em que o doente tem comportamentos compulsivos no sentido de obter o fármaco, usando-o para outro fim que não o controlo analgésico.



MATILDE BATISTA RAPOSO
Coordenadora da Clínica de Dor do IPOFG – Lisboa
Coordenadora da Consulta de Dor do Hospital da Luz

A situação de toxicodependência está descrita em menos de 1:10.000 e, praticamente, não existem casos descritos em indivíduos sem história prévia de toxicodependência.

Se a causa de dor é tratada e o doente não precisa mais do opióide, este deve ser retirado, lentamente, de modo a que a reacção de abstinência não se desenvolva.

Mito: A necessidade de aumentar a dose significa dependência.

Facto: Existem muitas razões para a necessidade de doses crescentes de opióides. Uma delas é a progres-

«Os opióides são fármacos seguros, eficazes e bem tolerados.»

são da doença ou uma mudança no tipo de dor. Outra razão é a tolerância, que é definida como a necessidade de um aumento de dose do fármaco para atingir o mesmo resultado. A tolerância, a desenvolver-se, não é de uma maneira súbita. Se um doente toma durante longo tempo opióides para alívio da dor, a dose pode ter que ser aumentada. A dose necessária é a que leva ao alívio da dor. Esta dose varia em cada indivíduo.

Mito: Os opióides são perigosos porque que podem causar depressão respiratória.

Facto: A depressão respiratória é provavelmente o efeito lateral mais temido da terapêutica com opióides. Ela pode, de facto, surgir nas primeiras administrações, sobretudo no paciente virgem de opióides, e/ou com alterações metabólicas. A dor é, no entanto, um poderoso antagonista da acção depressora dos opióides, motivo pelo qual esta situação raramente ocorre na dor severa.

Mito: A morfina é um analgésico pouco eficaz quando administrado por via oral.

Facto: Os fármacos são processados de forma diferente pelo organismo, dependendo das diferentes formulações que são administradas. Em geral, formulações "per os" necessitam de doses maiores. É importante saber que a dose necessária para o controlo da dor é diferente para cada indivíduo. A administração oral de opióides é tão eficaz como a parentérica.

Eventualmente, esta situação poderá complicar-se no doente com alteração da motilidade digestiva, com alteração da barreira mucosa gástrica. Sempre que a via oral não esteja disponível, poderão ser utilizadas vias alternativas, nomeadamente transcutânea e subcutânea, que asseguram a manutenção da comodidade de administração e autonomia do doente, com igual eficácia analgésica, desde

que sejam respeitados os factores de conversão de dose.

Mito: É difícil encontrar a dose certa de opióides para controlo da dor.

Facto: Deverá iniciar-se o tratamento com uma dose menor de opióides e aumentando lentamente as doses até ao alívio da dor para um nível aceitável. A isto chamamos "titulação" e determina a quantidade de fármaco que o doente necessita para controlo da dor. Esta dose é individual e depende de muitos factores. Uma dose mais elevada não significa necessariamente que a pessoa está mais doente do que alguém sujeito a uma dose menor.

Mito: A morfina e outros narcóticos aceleram o processo de morte.

Facto: Não há nenhuma evidência de que qualquer opióide quando devidamente titulado para a dor do paciente apresse ou prolongue a vida. A razão para prescrever um opióide é o controlo da dor e a melhoria da qualidade de vida. •



3º Congresso **Dor** Interdisciplinar de

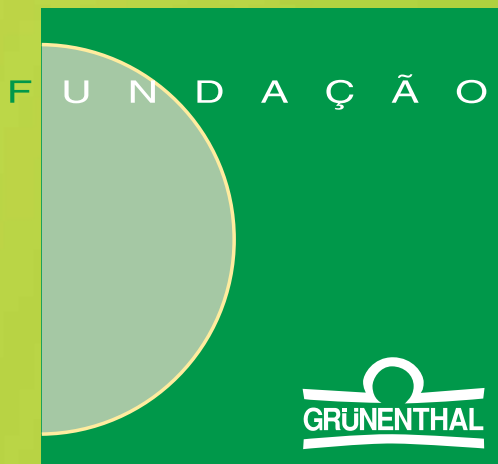
Hotel Villa Rica Lisboa | 14 a 16 de Outubro 2010

Secretariado Executivo:

Eurocongressos

Tel: +351 211 147 170 • +351 917 841 226
info@eurocongressos.pt

 **APED**
Associação Portuguesa para o Estudo da Dor



Prémio Grünenthal DOR 2010

Data limite
para a entrega
dos trabalhos

15 de Novembro 2010



Rua Alfredo da Silva, 16 • 2610-016 Amadora
Tel. 21 472 63 15 • Fax 21 471 09 10
NC 506 100 707 • Mat. nº 1 da C.R.C. Amadora

