

A *Biblioteca da Dor* é uma iniciativa editorial que se propõe contribuir para um maior esclarecimento de todas as questões que a problemática da dor coloca, não apenas aos profissionais mais directamente envolvidos na sua abordagem como também àqueles que por algum motivo se possam interessar pelo assunto.

A escassez de publicações, em língua portuguesa, sobre este tema, não tem servido os propósitos de divulgação e de formação que todos os profissionais da área têm reclamado, muito especialmente apresentando características de publicação regular, com formato de fácil transporte e abordando as mais diferentes matérias relacionadas com ele.

O desafio que agora se lança, é precisamente o de provar que não faltam no nosso país autores de qualidade e com experiência suficiente para garantirem a qualidade desta obra, bem como patrocinadores que vejam nela o mesmo interesse que os profissionais e se sintam compensados pelo apoio que vierem a prestar.

Nos vários volumes que ao longo do tempo vierem a ser publicados, poderão ser encontradas respostas para as várias razões do inadequado tratamento da dor, para o desinteresse que tem caracterizado a falta de apoio ao aparecimento de novas Unidades e ao desenvolvimento das existentes, para as insuficiências de preparação de muitos dos profissionais que lidam com ela e até para alguns dos mitos e preconceitos que caracterizam a forma como a sociedade encara o problema e as respectivas soluções terapêuticas, principalmente o uso de opióides.

Na *Biblioteca da Dor*, o rigor será uma exigência e a utilidade um objectivo.

Biblioteca da Dor. Coordenador: José Manuel Caseiro



Multidisciplinaridade e Organização das Unidades de Dor Crónica

Multidisciplinaridade e Organização das Unidades de Dor Crónica

Autor:

Zeferino Bastos



PERMANYER PORTUGAL



tuguesa de Cuidados Intensivos, são outros exemplos de associações de que é membro.

Sempre ouvido em todas as situações de reflexão ou planeamento estratégico sobre a organização das Unidades de Dor, contribui agora para a *Biblioteca da Dor* com a sua enorme experiência e relevante trabalho produzido nessa área.

O Dr. Zeferino Bastos é Chefe de Serviço de Anestesiologia, sendo uma das pessoas que há mais tempo se dedica à abordagem da dor no nosso País.

Tendo dirigido até Março de 2005 o Departamento de Anestesiologia do Centro Regional Oncológico do Porto do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil, SA. – até 2003, o Serviço de Anestesiologia - integrou, em 1980, a equipa que, naquela unidade hospitalar, fundou a Unidade de Dor Oncológica que veio a coordenar desde 1992.

Igualmente fundador da APED, Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, em 1991, nela sempre fez parte dos órgãos sociais dos diferente elencos directivos e foi um dos elementos que constituiu o Grupo de Trabalho da Direcção Geral da Saúde que elaborou o Plano Nacional de Luta contra a Dor, publicado em 2001, que continua a constituir um importante e inovador documento à escala mundial.

Com diversos trabalhos comunicados e publicados na área da anestesiologia e da terapêutica da dor, angariou um enorme prestígio que o levou a ser membro fundador ou dos órgãos sociais de várias associações médicas, como é o caso do CNUP, Centro de Neurobiologia da Universidade do Porto, de que é fundador, do Clube de Anestesia Regional como membro da Assembleia Geral e do Conselho Científico da sua Revista, e da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, de que foi vice-presidente e presidente da Região Norte.

Sociedade de Ciências Médicas, Sociedade Portuguesa de Oncologia, Sociedade Portuguesa de Cuidados Paliativos e Sociedade Por-

***Títulos já publicados
na Biblioteca da DOR:***

Fisiopatologia da Dor
José Manuel Castro Lopes

Analgesia em Obstetrícia
José António Bismark

**A Segunda Navegação,
Aspectos Clínicos da Ética
na Dor Oncológica**
Manuel Silvério Marques

Dor Neuropática
Maria da Luz Quintal

**A Organização da Analgesia
do Pós-Operatório**
José Manuel Caseiro

Opióides
Luís Medeiros

***Outros títulos a publicar
na Biblioteca da DOR:***

Cefaleias
Dr. Arantes Gonçalves

**A Via Epidural em Analgesia
Pós-Operatória**
Dr. Pais Martins

Anestésicos Locais
Dr. Lucindo Ormond

Multidisciplinaridade e Organização das Unidades de Dor Crónica

Zeferino Bastos

Coordenador da Unidade de Dor

*Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil S.A.
Centro Regional Oncológico do Porto*



PERMANYER PORTUGAL



© 2005 Permanyer Portugal

Av. Duque d'Ávila, 92, 7.º E - 1050-084 Lisboa

Tel.: 21 315 60 81 Fax: 21 330 42 96

E-mail: permanyer.portugal@permanyer.com

ISBN de colecção: 972-733-133-5

ISBN: 972-733-178-5

Dep. Legal: B-35.022/2005

Ref.: 468AP044



Impresso em papel totalmente livre de cloro
Impressão: Comgrafic



Este papel cumpre os requisitos de ANSI/NISO
Z39-48-1992 (R 1997) (Papel Estável)

Reservados todos os direitos.

Sem prévio consentimento da editora, não poderá reproduzir-se, nem armazenar-se num suporte recuperável ou transmissível, nenhuma parte desta publicação, seja de forma electrónica, mecânica, fotocopiada, gravada ou por qualquer outro método. Todos os comentários e opiniões publicados são da responsabilidade exclusiva dos seus autores.

Prefácio

Já não constitui novidade para ninguém que a dor crónica é muito mais que um sintoma, persiste no tempo e remete para uma dificuldade de abordagem tal, que não dispensa a colaboração de diferentes áreas científicas da medicina moderna.

Por outro lado, constitui uma grande ameaça para o homem, que vive cada vez mais tempo, como resultado do desenvolvimento da medicina moderna e do conseqüente aumento da esperança de vida.

Segundo David Cheng-chih Lai, de Boston, Massachussets, ainda que hoje seja possível tratar com sucesso 90% das situações de dor aguda pós-operatória, pós-traumática ou oncológica, 50% da população continua a não obter o alívio necessário. Pior ainda se nos debruçarmos sobre a dor crónica não-maligna, onde a taxa de sucesso se mantém com dificuldade em ultrapassar uns decepcionantes 10%, numa altura em que, potencialmente, seria de esperar uma taxa de alívio na ordem dos 70%.

Esta epidemia silenciosa, como a denominou Cousins, exige a participação de todos para ser vencida e estará na organização, na formação, na informação e na acessibilidade o caminho para o futuro.

A Biblioteca da Dor não poderia ficar indiferente à importância do tema, tanto mais que Portugal continua a ser um País com grande dificuldade em se organizar, seja em que sector for, apesar da circunstância inédita de possuir um Plano Nacional de Luta contra a Dor.

O aparecimento de Unidades de Dor no nosso País pareceu ter sofrido, entre 1999 e 2002, um aumento quase exponencial, já que rapidamente duplicou o seu número naquele período.

No entanto, é possível perceber hoje que esse aumento parou, e o que aconteceu não representou verdadeiramente uma melhoria na qualidade do serviço prestado, embora se aceite o ganho que terá havido na acessibilidade dos doentes a estas estruturas.

Muitas reflexões se poderiam fazer em torno desta nossa incapacidade de nos organizarmos e conseguirmos gerar áreas de inequívoca competência que permitam melhorar a assistência aos doentes e a

formação dos técnicos. Das muitas razões apontadas, continua a ser referida a falta de apoio que os profissionais sentem, quer das estruturas dirigentes, quer do contributo científico de quem tem mais experiência no assunto.

O grande objectivo deste volume é exactamente dotar os que mais necessitarem, de um instrumento de consulta que lhes facilite o desempenho nos seus locais de trabalho.

Não poderia haver melhor escolha para a abordagem deste tema que o Dr. Zeferino Bastos, coordenador da Unidade de Dor do Centro Oncológico do Porto do IPOFG SA, que analisa a organização e a multidisciplinaridade das Clínicas de Dor numa perspectiva global que inclui a sua abordagem e terapêutica, fazendo desta publicação um completo documento de auxílio para todos os profissionais que se preocupam com a Dor Crónica.

José Manuel Caseiro

Índice

Introdução	7
Resumo histórico	9
Teoria do Portão.....	13
A Dor em Portugal.....	19
Epidemiologia e prevalência.....	21
Considerações sobre dor crónica	23
A estrutura multidisciplinar de tratamento da dor.....	27
Conceitos erróneos - mitos da morfina	31
Multidisciplinaridade e dor crónica	33
Técnicas de controlo da dor crónica.....	35
Desenvolvimento das Unidades de Dor.....	37
Classificação das Unidades de dor	39
Recomendações para a criação das Unidades de dor.....	41
Quadros médicos e requisitos a preencher pelos profissionais de saúde	44
Bibliografia.....	47

Introdução

A Dor é o sintoma que mais frequentemente leva o doente a procurar assistência médica. Atinge cerca de 50% da população. São os Médicos dos Cuidados Primários de Saúde e os Médicos Assistentes os mais confrontados com esta situação.

Enquanto a dor aguda se apresenta como sinal ou sintoma que nos conduz ao diagnóstico de determinada doença, que uma vez tratada diminui ou faz cessar a dor, a dor crónica perdura no tempo e torna-se, frequentemente, na doença em si mesma.

A dor crónica, pela sua complexidade, implica, na maioria das vezes, para o seu diagnóstico e erradicação, a existência de clínicas multidisciplinares de Dor.

A dor crónica atinge 30% a 35% da população, conforme estudos epidemiológicos de Bonica (1977), nos EUA, e Andesen e Worm Pederson (1987), na Dinamarca (Quadro 1).

Quadro 1. Principais estudos epidemiológicos sobre a dor na população em geral

Autor (ano)	País	Prevalência
Bonica (1977)	EE.UU	• 35% da população é afectada pela dor crónica
Sternbach (1986)	EE.UU	• Mais de 50% da amostra sofre de cefaleia, lombalgia, artralgia ou dor muscular
Andersen e Worm-Pederson (1987)	Dinamarca	• 30% sofre de dor crónica • Localização preferencial nas extremidades, zona lombar, cabeça e pescoço
Von Korff et al. (1988)	EE.UU	• Lombalgia (41%), Cefaleia (26%) e dor abdominal (17%)
Brattberg et al (1989)	Suécia	• 66% com dor • Localização preferencial no pescoço, ombros, extremidades e zona lombar.
James et al (1991)	Nova Zelândia	• 82% com dor • Localização preferencial em articulações, costas, cabeça e zona abdominal

Quadro 2. Curriculum em tratamento de dor, para estudantes de medicina-iasp

- Introdução à algologia (epidemiologia, impacto económico, aspectos médico-legais).
- Definição de Dor (aguda e crónica, aspectos fisiológicos, história do estudo da dor, significado biológico).
- Aspectos éticos (investigação em animais e em humanos, dor nas crianças).
- Aspectos básicos (neuroanatomia, neurofisiologia, bioquímica, farmacologia, psicologia, antropologia e sociologia).
- Aspectos clínicos (patologia, lesões traumáticas, dor por desafferenciação, dor musculoesquelética, dor visceral, dor referida, enxaqueca, cefaleia, dor temporomandibular, transtornos psiquiátricos, herpes *zoster*, dor em enfermidades neurológicas, dor neoplásica).
- Apresentação Clínica (descrições dos síndromas mais frequentes de dor aguda e crónica, condutas mórbidas associadas à dor, dor como manifestação de *stress* psicossocial).
- Tratamento (princípios gerais, farmacologia clínica dos fármacos utilizados na dor, técnicas de neuroestimulação, bloqueios anestésicos, técnicas cirúrgicas, possibilidades psicoterapêuticas e de conduta, fisioterapia).
- Dor em situações especiais (pós-operatória, pediátrica, neoplásica, geriátrica, dor em deficiências psíquicas, dor de parto, dor por sobrecarga).
- Valorização dos métodos utilizados no tratamento da dor (medida da dor, da incapacidade, do *stress* associado e do sofrimento, eleição das variáveis de eficácia, valorização da terapêutica analgésica, valorização do alívio da dor).

A dor é tratada inadequadamente, quer seja a dor aguda, quer seja a dor crónica. A formação dos Médicos em dor é indispensável, independentemente da sua especialidade ou âmbito assistencial. Daí a importância que deve dedicar-se na formação em dor, quer dos estudantes de medicina, quer também a formação pós-graduada dos Médicos e de outros profissionais de saúde (Enfermeiros, Farmacologistas, Psicólogos, Assistentes Sociais, etc.).

A *International Association For The Study of Pain* (IASP) publicou um *curriculum* mínimo sobre dor para ser ensinado aos Estudantes de Medicina (Quadro 2).

Também publicou um *curriculum* para a formação pós-graduada de Médicos e de outros Profissionais de Saúde.

Só a formação contínua, ao permitir adquirir novos conhecimentos, mudar atitudes e ensinar técnicas poderá melhorar esta situação.

No nosso País, já se faz algum ensino pré-graduado sobre dor, nas Faculdades de Medicina e Escolas de Enfermagem.

Na formação pós-graduada, está a decorrer o 3.º Curso de Pós-Graduação em Medicina da Dor, na Faculdade de Medicina do Porto, e o 2.º Mestrado em Anestesia e Dor na Faculdade de Medicina na Universidade de Coimbra.

Resumo histórico

A dor é um sintoma tão velho como a própria humanidade, tornando-se inseparável dela. Seguiu a mesma evolução que outros aspectos da Medicina, na história do Homem.

Para o Homem primitivo só a dor de causa exógena, como feridas ou traumatismos, tinha justificação, enquanto os outros tipos de dor adquiriam outras conotações. Para estas recorria-se, com frequência, a amuletos, exorcismos e outros tipos de magia para expulsar o espírito maligno que se havia introduzido no organismo. Quando não surtiam efeito recorria-se ao curandeiro, ao mago ou ao bruxo. Mais tarde o curandeiro e o mágico introduziram as ervas medicinais.

Nas civilizações antigas, como a Assírio-Babilónica, Egípcia e Hebraica, o conceito de dor adquiriu um componente mais religioso, podendo ir desde uma intoxicação pelos espíritos malignos a um castigo divino pelos pecados cometidos. Esta última interpretação foi assimilada pela civilização cristã, existindo inúmeros exemplos na Teologia e na filosofia Católica que reconhecem esta imagem. Os Sacerdotes, mediante súplicas, sacrifícios ou orações, procuravam aliviar os doentes.

Na antiga Índia, os Hindus e os Budistas acreditavam que as dores eram produzidas pela frustração dos desejos insatisfeitos. Surgia assim uma componente emocional.

Foram os Gregos quem primeiro defendeu que o cérebro era o centro das sensações e da razão. Era a primeira abordagem organicista da dor. Tal opinião foi apoiada por Alcmeón de Crotona, Demócrito e Platon. Contudo, a teoria oposta, defendida por Aristóteles e Empédocles prevaleceu; baseava-se em que o estímulo nocivo viajava da pele para o coração, pelo sangue, constituindo-se aí mais como um sentimento do que como uma sensação. Esta teoria, com algumas alterações, manteve-se quase 23 séculos.

Galeno estabeleceu a anatomia dos nervos cranianos, elaborando uma complexa teoria das sensações.

O tratamento da dor com plantas medicinais encontra-se referido no Mundo Babilónico (2250 a.C.) e mais sistematizadamente no papi-

ro Egípcio de Ebers (1550 a.C.), que cita como exemplo o uso do ópio para as cefaleias do Deus Ra. Na civilização Greco-Romana aparecem referências à utilização de madrágora, ópio e outros.

As trepanações utilizadas nessa época tinham como finalidade terapêutica algumas dores localizadas à cabeça. Dioscórides aconselhou a electroterapia, em forma de descargas de peixes eléctricos, para tratar cefaleias e nevralgias.

Na Idade Média vingou o conceito aristotélico, embora não aceite por todos. A Medicina foi liderada pelo mundo árabe e Avicena considerou a dor como uma sensação específica.

Por último, Alberto Magno e Mondino reconheceram, definitivamente, o cérebro como o centro da sensação dolorosa.

No Renascimento, Leonardo da Vinci descreve, anatomicamente, os nervos e estabelece a sua relação com a sensação dolorosa, dando continuidade à teoria de Galeno sobre o cérebro, como coordenador das sensações. Leonardo da Vinci, Vanolio e Vesalio consideraram o terceiro ventrículo como a estrutura receptora das sensações. Descartes definiu os nervos como tubos pelos quais eram transmitidas as sensações ao cérebro, tornando-se conscientes na glândula pineal. As vias nervosas da sensação da periferia ao cérebro foram descritas numa célebre figura de um menino com o pé estimulado pelo fogo (Fig. 1).

No início do século XIX surgiram as primeiras teorias modernas sobre a dor, ao mesmo tempo que se desenvolvia a fisiologia.

Bell e Magendie demonstraram que os cornos posteriores da medula participavam na sensibilidade dolorosa, e que os cornos anteriores exerciam um papel importante no controlo motor. Em 1840, Muller propôs a doutrina das energias nervosas específicas, segundo a qual o cérebro recebia a informação através dos nervos, em que cada um deles transportava carga de energia específica em relação com os distintos sentidos corporais. Esta doutrina estabeleceu as bases para o estudo da neurofisiologia, referindo a importância do sistema nervoso na transmissão da dor.

Com estes estudos e outros relacionados com a anatomia, a fisiologia e a histologia, surgiram duas teorias novas: a Sensorial ou da Especificidade e a Teoria da Intensidade. A primeira defendia que a dor era uma sensação independente dos outros sentidos, sendo uma continuação das ideias formuladas por Avicena e Descartes, e baseava-se nas experiências animais realizadas por Schiff em 1858, que observou que a dor desaparecia com a destruição da substância cinzenta da medula.



Figura 1. Desenho de René Descartes, no seu livro «O Homem», no qual se descreve pela primeira vez a presença da transmissão da dor da periferia até ao sistema nervoso central.

Apoiaram esta teoria Blix, Goldscheider, Donaldson (1882) e Von Frey (1894). Na Teoria da Intensidade, inicialmente, apresentada por Erasmus, Darwin propunha que a dor era devida ao excesso de estimulação do tacto tendo sido apoiada por Romberg, Henke e Volkmann e reformulada por Erb em 1874, para o qual a dor era um excesso de sensação (pressão, frio, calor), isto é, a intensidade do estímulo determinava o aparecimento ou não da dor. Goldscheider, em 1894, baseou esta Teoria na intensidade do estímulo e na percepção no sistema nervoso central.

Assim, no início do século XX existiam três Teorias sobre a fisiologia da dor: a da Especificidade de Von Frey, a da Intensidade de Goldscheider e a mais antiga de Aristóteles, como uma Sensação Afectiva. As duas primeiras permaneceram algum tempo enquanto a última desaparecia rapidamente.

Melzack e Wall desenvolveram a Teoria do Portão (Gate Control), adaptando alguns aspectos das teorias anteriores, reforçando a existên-

cia de vias periféricas transmissoras do estímulo com os sistemas espinais de transmissão e que podia ser regulado por estruturas superiores. Posteriormente, Melzack descreveu a teoria da neuromatriz, que propõe a existência de uma rede de circuitos neuronais no cérebro que está preparado para receber os estímulos nociceptivos sensitivos, e que assentava, principalmente, no sistema límbico e conectando-se com múltiplas áreas cerebrais. Assim Melzack explicava a dor do membro fantasma e a gênese de dores clínicas que careciam de estímulos sensitivos periféricos secundários a lesões tecidulares específicas.

Apesar do enorme avanço realizado, as teorias sobre a dor continuam a não fornecer a resposta a todas as questões.

Teoria do Portão

A introdução da Teoria do Portão (*Gate Control Theory*), a aceitação da influência dos factores psicológicos e a percepção de que a dor é o resultado de um processo biopsicológico muito complexo, permite compreender melhor o fenómeno da dor.

Segundo a Teoria do Portão, a modulação da experiência da dor e da sua reacção efectua-se a três níveis: na periferia, na medula espinal e no cérebro, sendo estes os principais «portões de controlo».

O controlo é exercido no sentido ascendente, inibindo ou facilitando a propagação do estímulo da periferia para o cérebro, e descendente, do cérebro até aos cornos posteriores da medula. A abertura e o fecho do portão que simbolizam a passagem ou não da informação dolorosa ao longo das vias nervosas são controlados pelas substâncias químicas produzidas pelo sistema nervoso. Os neurotransmissores de excitação produzidos quando há lesão dos tecidos actuam abrindo o portão se a sua libertação ou acção não for bloqueada pelos neurotransmissores de inibição, como por exemplo a serotonina, as encefalinas e outras endorfinas que fecham o portão. A propagação da informação no sentido ascendente é também condicionada pelo tipo de fibras nervosas que predominam na condução dos estímulos: as fibras grossas A-Beta levam ao encerramento do portão, enquanto as fibras finas A-delta e C levam à sua abertura. Também na regulação descendente o influxo sensitivo ligado aos processos cognitivos, emocionais e à estimulação auditiva e visual das estruturas cerebrais promove o encerramento do portão.

Neste modelo teórico, as funções cognitivas como a atenção, a distracção e a memória, as funções emotivas como o *stress*, os estímulos visuais auditivos e tácteis, encontram o seu lugar intervindo no controlo descendente, pois ao regularem a transmissão dos influxos sensitivos e a produção de substâncias químicas, determinam pela abertura ou pelo fecho do portão a qualidade e intensidade da experiência dolorosa. No entanto, não sendo de todo linear, ou seja, não tendo relação directa com o estímulo ou mesmo com a sensação que a provocou. Por isso as respostas podem ser muito diferentes de pessoa para pessoa e na mesma pessoa, dependendo do estado biopsicossocial.

Assim talvez possamos compreender que inúmeras situações com actividade psíquica própria, como o desporto, a guerra ou práticas religiosas, podem igualmente alterar qualitativa e quantitativamente a experiência dolorosa.

Em termos genéricos, a dor deriva de uma cadeia de acontecimentos, regra geral iniciada por um estímulo nociceptivo que é alvo de actividade mental, discriminação, prospecção e eleição, resultando numa percepção primária (conhecimento sensorial). Segue-se um segundo componente da percepção da dor, percepção secundária, mais activo, cognitivo e emocional, que inserido no contexto biopsicossocial resulta na elaboração da experiência da dor. Este segundo componente é também afectivo, específico e não-reactivo (o sentir), isto é, a lesão desperta no indivíduo sentimentos sensoriais intimamente ligados ao corpo, à sensação de que algo está a acontecer e sentimentos vitais de mal-estar desagradável. É também um sentimento anímico intimamente ligado ao significado, constituindo-se uma memória de dor afectiva.

Perante o acontecimento que provoca a lesão, a pessoa reage com emoção (medos, expectativa, raiva) que produz uma resposta fisiológica por activação neurovegetativa ou *stress* de intensidade muito variável, e paralelamente uma resposta psicológica com expressão e comportamentos de dor (vocalização, postura e alteração de actividade). Há portanto um componente afectivo específico e intrínseco à própria dor e distinto da reacção afectiva que se pode seguir à experiência da dor e respectivas consequências.

O significado da dor é subjectivo, dependendo da avaliação cognitiva que o indivíduo faz do acontecimento como um todo, o que constitui um factor importante e vai determinar o comportamento da pessoa com dor.

A resposta à dor é cruzada, isto é, o trauma físico desencadeia o estado fisiológico e o significado da dor uma resposta psicológica que interage reciprocamente.

As emoções interferem na dor de vários modos, podendo ser causa determinante, um estágio prévio e concomitante, um factor posterior da manutenção ou um factor de exacerbação.

A criação das Clínicas de Dor por John Joseph Bonica foi o acontecimento mais importante do século XX.

Bonica era anesthesiologista de origem italiana e residente nos Estados Unidos da América. Deve-se-lhe a criação da primeira clínica multidisciplinar de Dor no *Tacoma General Hospital*. Com ele trabalhavam, entre outros especialistas, um psiquiatra, um neurocirurgião e um ci-

rurgião ortopédico. Surge aqui, pela primeira vez, o conceito de multidisciplinaridade. Devido à falta de diálogo e acção entre os diversos especialistas, muitos doentes com dores crónicas eram incorrectamente tratados e viviam e morriam com dores que poderiam ser controladas com os meios então disponíveis. A iniciativa de Bonica levou à constituição de um grupo de especialistas de diversas áreas que trabalhavam em conjunto, beneficiando os doentes com a observação e o tratamento adequado.

Na década de 1950 havia já muitas «Clínicas de Dor», mas só três eram de facto serviços multidisciplinares. Uma no *Tacoma General Hospital*, dirigido por Bonica, outra no Texas, dirigida por Alexander, e uma outra na Universidade de Oregon, em Portland, dirigida por W.K. Livingstone. A maioria das outras era, principalmente, Clínicas de bloqueios analgésicos dirigidas por anesthesiologistas.

Bonica no seu livro – «*The Management of Pain*» – publicado em 1953, estabelecia as bases do que seria a Medicina da Dor Moderna: distinção entre dor aguda e crónica, existência de equipas multidisciplinares, colaboração entre investigadores básicos, clínicos, etc.

Beecher, Lasagna, Huskisson e Melzack desenvolveram esforços no sentido de obter métodos para medir e avaliar a dor e os efeitos dos medicamentos analgésicos. O *McGill Pain Questionnaire*, construído por Melzack, é um dos instrumentos psicométricos mais importantes (Quadro 3).

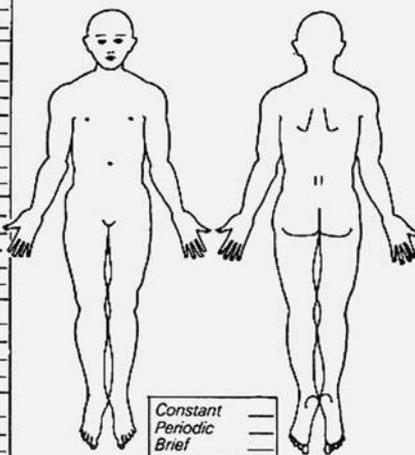
De seguida, o conceito assistencial de Bonica espalhou-se por todo o mundo, e o interesse generalizado na dor levou à criação, em 1974, da IASP (*International Association For the Study of Pain*) e ao aparecimento da Revista «*Pain*».

No princípio dos anos setenta apareceram os primeiros hospitais dedicados à assistência dos doentes terminais (Hospícios), por iniciativa de Cicely Saunders.

A IASP cresceu rapidamente, em todo o mundo, atingindo hoje mais de 7.000 associados, espalhados por mais de 80 países (Quadro 4).

Este questionário de McGill foi adaptado para um estudo sobre narcóticos. As expressões descritivas caem em quatro grandes grupos: dimensão sensorial, de 1 a 10; dimensão afectiva, de 11 a 15; avaliação, 16; diversos, de 17 a 20. O valor atribuído a cada expressão baseia-se na sua posição na sub-categoria. A soma dos números ordinais dá o índice de avaliação da dor (PRI). O índice de dor actual (PPI) assenta numa escala de 0 a 5.

Quadro 3.

McGill-Melzack Pain Questionnaire							
Patient's name _____		Date _____		Time _____		am/pm _____	
Analgesic(s) _____		Dosage _____		Time given _____		am/pm _____	
Analgesic time difference (hours):		+4 _____		+1 _____		+2 _____	
PRI: S _____		A _____		E _____		M(S) _____	
(1-10)		(11-15)		(16)		(17-19)	
		M(AE) _____		M(T) _____		PRI(T) _____	
		(20)		(17-20)		(1-20)	
1 Flickering _____		11 Ting _____		PPI _____			
Quivering _____		Exhausting _____					
Pulsing _____		12 Sickening _____		Comments: _____			
Throbbing _____		Suffocating _____					
Beating _____		13 Fearful _____					
Pounding _____		Frightful _____					
2 Jumping _____		Terrifying _____		Constant _____ Periodic _____ Brief _____			
Flashing _____		14 Punishing _____					
Shooting _____		Gruelling _____		Nausea _____ Headache _____ Dizziness _____ Drowsiness _____ Constipation _____ Diarrhoea _____ Comments: _____			
3 Pricking _____		Cruel _____					
Boring _____		Vicious _____		Sleep: _____ Good _____ Fitful _____ Can't sleep _____ Comments: _____ Food intake: _____ Good _____ Some _____ Little _____ None _____ Comments: _____			
Drilling _____		Killing _____					
Stabbing _____		15 Wretched _____		Activity: _____ Good _____ Some _____ Little _____ None _____ Comments: _____			
Lancinating _____		Blinding _____					
4 Sharp _____		16 Annoying _____		Comments: _____			
Cutting _____		Troublesome _____					
Lacerating _____		Miserable _____		Comments: _____			
5 Pinching _____		Intense _____					
Pressing _____		Unbearable _____		Comments: _____			
Gnawing _____		17 Spreading _____					
Cramping _____		Radiating _____		Comments: _____			
Crushing _____		Penetrating _____					
6 Tugging _____		Piercing _____		Comments: _____			
Pulling _____		18 Tight _____					
Wrenching _____		Numb _____		Comments: _____			
7 Hot _____		Drawing _____					
Burning _____		Squeezing _____		Comments: _____			
Scalding _____		Tearing _____					
Searing _____		19 Cool _____		Comments: _____			
8 Tingling _____		Cold _____					
Itchy _____		Freezing _____		Comments: _____			
Smarting _____		20 Nagging _____					
Stinging _____		Nauseating _____		Comments: _____			
9 Dull _____		Agonizing _____					
Sore _____		Dreadful _____		Comments: _____			
Hurting _____		Torturing _____					
Aching _____		PPI _____		Comments: _____			
Heavy _____		0 No pain _____					
10 Tender _____		1 Mild _____		Comments: _____			
Taut _____		2 Discomforting _____					
Rasping _____		3 Distressing _____		Comments: _____			
Splitting _____		4 Horrible _____					
		5 Excruciating _____		Comments: _____			

Em 1985, haveriam 428 Clínicas de dor em todo o Mundo, estando a maioria ligadas aos serviços de Anestesiologia.

Em 1979, o comité de Asa, sob orientação de H. Carron, propôs e foi posteriormente publicado o Directório Internacional de Centros/Clínicas de Dor, que incluía as seguintes classificações: Maior Centro Multidisciplinar de Dor, Centro Multidisciplinar de Dor, Centro de Dor

Quadro 4.

	Ásia	Austrália N. Zelândia	Canadá	Europa	América Latina	USA	TOTAL	
							n.º	%
Principais Centros Multidisciplinares de Dor	1	1	1	6	0	41	50	12
Centros Multidisciplinares de Dor	10	7	9	17	1	78	122	28
Clínicas de Dor orientadas para Modalidade	13	2	13	40	1	97	166	39
Clínicas de Dor orientadas para Patologia	6	1	4	16	1	62	90	21
TOTAL	30	11	27	79	3	278	428	100
Departamento com responsabilidades primárias								
Anestesiologia	14	7	11	35	3	96	166	49
Neurocirurgia	2	1	1	6	0	31	41	12
Cirurgia Ortopédica	0	0	0	1	0	8	9	3
Psiquiatria	0	1	2	0	0	9	12	4
Psicologia	1	0	2	0	0	7	10	3
Cirurgia Oral	1	1	3	0	0	13	18	5
Medicina de Reabilitação	2	0	2	3	0	35	42	13
Outras	1	1	4	13	0	18	37	11
TOTAL	21	11	25	58	3	218	336	100

orientado para a Patologia e Centro de Dor orientado para a Modalidade Terapêutica. Esta orientação deu origem, mais tarde, segundo o *Task Force* da IASP, à seguinte classificação: Centro Multidisciplinar de Dor, Clínica Multidisciplinar de Dor, Clínica de Dor e Clínica orientada para a Patologia.

A Dor em Portugal

Portugal acompanhou o percurso da dor, principalmente, a partir da década de setenta, em que Médicos de diversas especialidades, com evidência para os Anestesiologistas e os Neurocirurgiões, se dedicaram ao tratamento da dor.

Muitos médicos associaram-se à IASP e assimilaram técnicas divulgadas na época, como a administração da morfina por via medular, os bloqueios neurolíticos, a hipofisectomia, a cordotomia, etc.

A medicação, principalmente por via oral, é cada vez mais utilizada a partir da década de oitenta. É nesta altura que a OMS propõe a esca-da analgésica para a utilização dos medicamentos, mediante critérios de ordem farmacológica e regras de utilização.

Em 1991 é fundada a APED (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor), filiada da IASP.

Em 1999, é instituído o dia 14 de Junho como o Dia Nacional de Luta contra a Dor.

Em 2001, é aprovado o Plano Nacional de Luta contra a Dor.

Em 2002 teve início o 1.º Curso Pós-graduação em Medicina da Dor.

Em 2003, é instituído o registo obrigatório da dor como 5.º Sinal Vital, e teve início o 1.º Mestrado em Anestesia e Dor.

Epidemiologia e prevalência

A Dor pode ser aguda ou crónica. Esta pode ser considerada maligna ou benigna conforme a sua relação com a doença que a originou e o prognóstico relativamente à esperança de vida a curto ou longo prazo. A maligna está principalmente relacionada com o cancro e com a sida, doenças que a curto prazo atentam contra a vida dos doentes. A benigna está relacionada com as outras doenças, cuja sobrevida estimada é mais longa. Contudo, a dor em geral, como a definiu Bonica, é uma força maléfica que prejudica o doente, a família e a sociedade.

A resposta de cada pessoa à dor é influenciada pelo sexo, idade, raça, religião, cultura e outros factores, como o comprovam diversos estudos efectuados.

Apesar de não haver estudos que o comprovem, calcula-se que os custos com a dor relacionados com o sistema de saúde, o absentismo laboral e a atenção que estes doentes exigem, seriam equivalentes a 2,5% do produto interno bruto de cada país industrializado.

Nos Estados Unidos, em 1985, foi efectuado um estudo epidemiológico, designado *Nuprin Pain Report*, destinado a analisar a dor na população em geral. Mostrou que a dor era mais frequente nos jovens e a prevalência superior de cefaleias, gastralgias, lombalgias, e artralgias, nas mulheres. Os americanos de raça branca referiam mais dor que os de raça negra ou de origem hispânica. Não revelou diferenças em função do nível económico.

Estudos posteriores revelaram que uma percentagem considerável da população apresenta todos os anos episódios de dor clinicamente relevantes. Os mais frequentes são as lombalgias, dores articulares das extremidades superiores e as cefaleias(Quadro 5).

Em Espanha, diversos estudos efectuados mostram a elevada presença de dor na população em geral, sendo a osteoarticular o principal motivo de consulta por dor.

Durante muitos anos, o estudo e tratamento da dor foram negligenciados. O seu carácter subjectivo e a forte componente psicológica limitam de uma forma muito importante a sua caracterização e tratamento.

Quadro 5. Principais estudos epidemiológicos sobre a dor na população em geral realizados em Espanha

Autor (Ano)	Lugar de realização	Prevalência
Bosh, et al. (1990)	Sabadell	– 23% de raquialgias e 14% de artralgias em pacientes com dor em atenção primária. – Localização preferente nas extremidades (31%), costas (25%) e cabeça (15%).
Pernía e Sanchez (1994)	Burgos	– 9% da dor em atenção primária. 26% nas duas últimas semanas. – As causas mais frequentes foram a dor osteoarticular e as cefaleias.
Bassols, et al. (1993, 1999)	Catalunha	– 79% de dor nos últimos 6 meses. As causas mais frequentes foram as dores de costas, cefaleias e artralgias.
Martin, et al. (1995)	Astúrias	– 9,2% de dor generalizada no aparelho locomotor.
De Inocêncio, et al. (1998)	Madrid	– 6,2% de dor musculoesquelética em consultas pediátricas.
Bernard Krief	Espanha	– 55% de dor nos últimos dois meses.

Nos últimos 50 anos melhoraram-se os conhecimentos sobre as causas das doenças, sobre os novos métodos de diagnóstico, sobre o tratamento e sobre o desenvolvimento de métodos de avaliação.

Contudo, muitas situações clínicas, que pela sua cronicidade ou autolimitação não foram objecto de interesse, foram esquecidas pelos profissionais de saúde. A dor foi um dos sintomas esquecidos assim como o seu tratamento adequado.

Antes de iniciar-se qualquer tratamento, deve ter-se em atenção algumas medidas prévias como o diagnóstico etiológico, a avaliação da dor e as suas principais características, valorizar o perfil psicológico do doente, fazer uma história farmacológica detalhada, etc.

A dor persistente como consequência de tratamento inadequado ou ausência de qualquer terapêutica constitui um grave problema da saúde pública.

Considerações sobre dor crónica

O tratamento da dor crónica, nomeadamente da dor oncológica, tem sido considerado complexo e difícil de pôr em prática, para não dizer praticamente impossível. Este facto resulta de factores de ordem vária, alguns dos quais vão ser de alguma forma abordados no texto que se segue.

Até há pouco tempo, os desenvolvimentos no campo da genética, da anatomia e da fisiologia, levaram a que se encarassem os factores biológicos como os mais importantes na causa e manutenção das doenças; para os sintomas o raciocínio era idêntico. Neste modelo, biológico, a queixa do indivíduo resulta de um estado de doença específico, manifestado por uma perturbação biológica. Assim, os exames objectivos serão dirigidos aos sistemas doentes, levando à tentativa de correcção da situação patológica orgânica. Os factores psicológicos são reconhecidos como perturbadores da homeostasia, mas reversíveis com a regressão do quadro biológico.

Este modelo tem-se mostrado excelente para a doença aguda; contudo a abordagem biológica, embora necessária, é muitas vezes insuficiente para a conceptualização e tratamento da dor crónica.

Assim, na dor crónica, os exames consecutivos a que o doente se vai submetendo, a orientação para a fisioterapia ou outros tratamentos especializados, a polimedicação, o envio a consultas de especialidade, faz com que, em muitos dos casos, o doente se venha a tornar mais deprimido e mais ou menos desmoralizado, ou pelo menos, descrente na capacidade médica para lhe resolver o problema da dor.

A dor enquanto fenómeno fisiológico e psicológico revela da teoria do *Gate Control*, proposta em 1965 por Robert Melzack e Patrick Wall; da análise destes dois fenómenos, surgiu a comprovação de mecanismos neurobiológicos que interferem quer no agravamento, quer no alívio da dor.

A integração das diferentes mensagens nociceptivas aos vários níveis do SNC criou a necessidade de avaliar o indivíduo com dor de forma global, combinando de forma complementar e nunca competitiva, os tratamentos «somáticos» (que diminuem a solicitação do sistema de transmissão da dor) e uma abordagem psicoterapêutica (que permite facilitar a adaptação à dor e aumentar a tolerância aos estímulos álgicos).

Estes conhecimentos permitiram por sua vez o desenho de terapêuticas dirigidas a alvos, tais como a neuroestimulação periférica e central e a administração central de opióides.

A dor crónica não deve, por isso, ser apreendida enquanto dor aguda persistente; há diferenças de ordem neurofisiológica, neuropsicológica e comportamental que justificam abordagens diferentes.

Na sequência do conceito actual de «Dor Total», resulta que a dor é uma percepção complexa e multidimensional, determinada por quatro variáveis interactivas:

- Sensorio-discriminativa – mecanismo neurofisiológico que permite descodificar a qualidade, duração, intensidade e localização das mensagens nociceptivas.
- Afectivo-emocional – expressa a tonalidade mais ou menos penosa e desagradável que associamos à dor.
- Cognitiva – designa os processos mentais susceptíveis de modular a percepção dolorosa: processo de atenção/desatenção, significado e valor atribuídos à dor, antecipação, referência a experiências dolorosas anteriores...
- Comportamental – engloba as manifestações motoras (mímica, agitação, prostração) e verbais (gemido, choro) do doente, assim como todas as repercussões nas diferentes esferas de actividade do indivíduo.

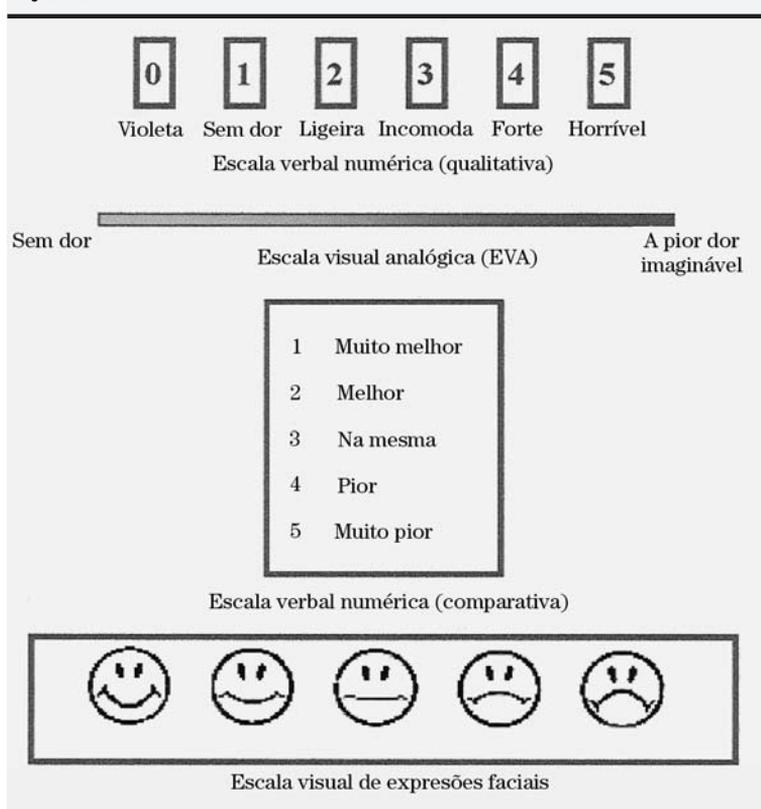
A dor, enquanto sintoma subjectivo, é impossível de traduzir em termos de exames auxiliares de diagnóstico ou valores analíticos.

Os instrumentos de medida que existem têm limitações óbvias: as escalas visuais ou numéricas são extremamente restritivas em termos de caracterização do sintoma, os questionários são quase sempre complexos e pouco manuseáveis, sobretudo na época actual em que as consultas médicas são, também elas, regidas não pela necessidade dos doentes, mas por agendas informáticas com *timings* pré-programados (Quadro 6).

A caracterização do sintoma não carece de menores dificuldades. Existe por um lado uma vertente médica do problema, em que o desconhecimento (para não lhe chamar ignorância) tem um papel importante, senão fundamental. Não podemos esquecer que o estudo da dor ainda não faz parte integrante do ensino médico pré-graduado, nem faz parte dos currículos pós-graduados dos vários colégios.

Nas instituições de saúde em que existe, enquanto estrutura organizada/unidade funcional, é geralmente um parente pobre das restantes unida-

Quadro 6.



des funcionais. Assim é penalizada, em termos de assiduidade médica, por ser estrutura multidisciplinar, e é também penalizada pelas várias especialidades, porque o tempo/vontade de estudar o sintoma é pouco ou nenhum (não devemos esquecer que a dor desperta, muitas vezes, no médico, recordações passadas, a que prefere, de alguma forma, manter-se alheio).

Os próprios doentes, muitas vezes, recusam a lógica de uma unidade desta natureza

Também os doentes penalizam de alguma forma a queixa. A dor é tida como uma componente «normal» da vida e tende a acentuar-se e a surgir como natural com o passar dos anos. Sendo reconhecida pelo próprio doente, torna-se complicado aceitar que a caracterização do sintoma, muitas vezes morosa e complexa, seja tão importante quanto isso. É frequente o doente caracterizar o esputo, por exemplo, com pormenor impensável, que vai desde o volume, a viscosidade a cor, o cheiro, o arejamento, o pontuado hemorrágico...; já quando inquirimos sobre a dor, limita-se a dizer que dói há já algum tempo; se a pergunta

é mais incisiva e se se tenta avaliar determinados aspectos, a resposta mantêm-se frequentemente a mesma: «Dói».

A medicação da dor crónica é habitualmente uma medicação regular, com necessidade de reajustes mais ou menos frequentes, consoante a etiologia do sintoma, com necessidade de avaliar/travar/prevenir os efeitos laterais da terapêutica e eventual interferência com factores de co-morbilidade. Estes reajustes frequentes e atenção aos efeitos laterais e co-morbilidade exigem conhecimento, disponibilidade e paciência por parte do médico, e do doente, o que nem sempre se coordena com os horários espartilhados de uns e outros, ou com a natural impaciência do doente e familiares.

As medidas não-farmacológicas, pedra essencial no tratamento adequado da dor total, são vistas ainda com reservas marcadas por parte do doente, dos familiares e até mesmo dos Colegas. O não-entendimento da dor crónica enquanto sintoma biopsicossocial não permite a abertura ao entendimento da abordagem não-farmacológica. Acresce que mesmo quando existe a necessária *compliance* para este tipo de tratamento por parte do doente e familiares, a oferta é escassa senão impossível de conseguir/programar, e na maior parte dos casos não é comparticipada pela Segurança Social.

Pressão Social

A informação veiculada pelos *media* não tem atingido o fim desejado. A criação do Dia Nacional de Luta Contra a Dor de alguma forma pretendeu reforçar essa mensagem; infelizmente continuamos a assistir impávidos e serenos à rejeição de doentes considerados difíceis de tratar. Para esta situação é frequentemente utilizado o argumento de que as várias abordagens existentes são pouco claras, ou que as consultas são por necessidade morosas, frustrantes e mesmo cansativas até emocionalmente.

Economia

Em Portugal, ainda não foi feito o levantamento dos custos associados à dor não controlada. No entanto, em países como os Estados Unidos, já se comprovou a necessidade de abordar a dor precocemente; este procedimento torna a abordagem mais fácil, menos dispendiosa e condiciona diminuição franca dos dias de trabalho perdidos.

A população de indivíduos com dor crónica não é homogénea. Registam-se diferenças importantes atribuíveis a factores físicos e/ou psico-comportamentais. Assim, para cada caso, há que avaliar os diversos factores enquanto causas ou consequências do próprio processo algico.

A estrutura multidisciplinar de tratamento da dor

Porque existe a necessidade de equipas multidisciplinares treinadas?

Esta necessidade decorre da diversidade de mecanismos em causa na génese e persistência da dor, dos factores psicológicos e comportamentais que surgem, quer como causa quer como consequência, e da multiplicidade de técnicas de tratamento disponíveis.

Princípios gerais para o bom funcionamento da Unidade Multidisciplinar de Dor

O doente examinado

Os doentes candidatos a serem observados na Unidade de Dor devem ser aqueles em que, apesar de um algoritmo de diagnóstico e tratamento aparentemente adequado e correcto, a dor continua a ser resistente ao tratamento.

No caso do cancro, que entendemos como uma doença crónica com todo um leque possível de manifestações, a dor reclama cuidados continuados, que poderão ser necessários em qualquer fase de evolução da doença. No entanto, o tratamento da dor não pode nem deve ser dissociado do tratamento da doença oncológica, mesmo quando não atingimos ainda a fase paliativa.

Modelo multidisciplinar

A multidisciplinaridade não deve ser entendida neste contexto como o somatório de experiências ou disciplinas, mas sim como a sinergia dos seus participantes. Esta visa uma aproximação sistemática e eficaz, de alguma forma interdisciplinar.

A terapêutica que decorre da avaliação física e psíquica «como um todo» é plurimodal e combina várias abordagens. Desta forma, ao tratamento etiológico acrescentamos a modalidade sintomática, a readaptação e a adaptação psicocomportamental.

O trabalho em equipa

A equipa de trabalho deve conter uma vertente médica e paramédica, aspecto essencial ao bom funcionamento da unidade.

A equipa médica visa colocar as indicações terapêuticas correctas e não fazer prevalecer um conceito ou técnica; deve ser multidisciplinar, envolvendo as disciplinas necessárias à análise da sintomatologia dolorosa no contexto institucional. A nossa Unidade de Dor (IPOFG-CROP) reúne as especialidades de Anestesiologia, Cirurgia Geral, Fisiatria, Oncologia Médica, Psiquiatria e Radioterapia.

Para a equipa paramédica, que serve essencialmente como elo de ligação entre o doente/cuidadores e a sociedade, serão necessários enfermeiro, fisioterapeuta, assistente social, farmacologista, nutricionista, secretariado e outros de acordo com as características da Unidade de Dor.

Local e tempo

O local e o tempo são fundamentais para permitir o intercâmbio de informação que permitirá a decisão terapêutica interdisciplinar que vimos atrás. Esta unidade permite melhor aceitação por parte do doente da necessidade de ser avaliado por várias especialidades.

A primeira consulta

A especificidade da consulta deve exigir como regra que nenhum doente seja apresentado sem processo clínico completo no que respeita à caracterização e estudo da dor, bem como tratamentos já efectuados. A não estar presente o referido material, o doente deverá ser imediatamente reenviado à consulta de origem, ou solicitados os elementos indispensáveis.

Nesta 1.^a consulta o doente e cuidadores deverão ser informados das modalidades de avaliação multidisciplinar, incluindo a avaliação psiquiátrica, não na premissa de que a dor é imaginária, mas na certeza de que a dor perturba profundamente a vida do doente.

Reuniões de serviço

Nestas será feita a reunião e confrontação dos dados recolhidos no caso examinado. Idealmente esta apresentação não deverá limitar-se à apresentação do processo clínico; a consulta presencial com os vários membros será na maior parte dos casos benéfica.

Numa fase inicial todos os pacientes individuais deverão ser discutidos; com o tempo, estas reuniões podem dirigir-se, preferencialmente, aos casos complexos.

Estas reuniões de serviço desempenham ainda papel formativo para os membros da equipa, para os profissionais da instituição e estagiários.

Este processo não é, no entanto, isento de inconvenientes. Existe a ideia de que o Médico Assistente pode «descartar-se» do doente. Para o evitar, o Médico Assistente deve ser envolvido, informado e participar activamente no trabalho da equipa, com o fim de reforçar a implementação da estratégia proposta.

O aspecto relacional não é menos importante. O elo de ligação mais forte deverá ser sempre com o Médico Assistente. A centralização exagerada na dor poderá contribuir para a sua resistência ao tratamento, na medida em que, entre outros, pode favorecer o impacto negativo da dor na vida do doente, e/ou acrescentar aos ganhos secundários. Daí que, na ausência de solução etiológica definitiva, a abordagem comportamental seja parte integrante do tratamento (ensinar o doente a viver com a dor e colaborar na sua reinserção).

Aspectos terapêuticos

Os algoritmos de abordagem da dor estão já bem definidos. A correcta abordagem destes algoritmos permitirá desenvolver uma estratégia terapêutica de objectivo etiológico, sintomático e comportamental adequado. Nalguns casos isto traduz-se por ensinar ao doente a viver com a dor, de forma controlada e não invalidante.

A consulta de dor procura, a todo o custo, evitar iatrogenia secundária a atitudes agressivas – cirurgias de repetição, neurosecção...

Nestes casos, os objectivos determinados com o doente vão mais além e incluem a diminuição de ingestão medicamentosa (simplificação dos esquemas), a reinserção profissional, familiar e de lazer. Para o conseguir, essa consulta requer tempo e um seguimento de vários meses.

No caso de cancro, as directivas da OMS servem de referência para a prescrição de analgesia. Infelizmente, a sua aplicação peca muitas das vezes por ser tardia, pelo mau ajuste das doses de analgésicos opióides, pelo esquecimento sistemático da medicação adjuvante.

Os gestos técnicos deverão ser aplicados de forma tecnicamente correcta e em tempo útil, não esquecendo, para além da terapêutica farmacológica, os bloqueios neurolíticos, a administração central de opióides, as técnicas neurocirúrgicas de analgesia, as técnicas não-farmacológicas, etc. Acrescem a todos estes a necessidade de acompanhamento psicológico continuado, como complemento indispensável ao longo da evolução da doença.

Conceitos erróneos - mitos da morfina

O número de organizações médicas interessadas no controlo da dor tem vindo a aumentar de forma significativa. A este aumento associou-se também o aumento dos conhecimentos acerca da dor, e um maior número de profissionais empenhados no seu tratamento adequado. No entanto, as situações de dor não controlada continuam a ser referenciadas na ordem dos 50 a 80%, traduzindo-se pelo que R. Melzack designou «sofrimento desnecessário».

As circunstâncias que justificam esta situação são múltiplas e variadas, a quase ausência de formação pré e pós-graduada quer na avaliação semiológica e diagnóstica, quer na orientação terapêutica, o não-reconhecimento pelo pessoal de saúde e pelo próprio utente da morbilidade associada à dor, os receios ligados à prescrição de opióides mesmo em situação de dor severa. Esta última situação tem sido documentada em vários estudos; as causas mais frequentemente apontadas passam pela: falta de conhecimentos relativos aos conceitos de dependência física, tolerância e dependência psicológica, pela dificuldade em fazer a conversão para doses equianalgésicas de outros opióides, e pelo desconhecimento da farmacodinâmica destes fármacos.

O conjunto de concepções erróneas, não justificadas nem impeditivas do seu uso que se foram construindo à volta dos opióides, são habitualmente designadas pelos Mitos da Morfina, dado que a morfina foi considerada o protótipo dos agonistas opióides no tratamento da dor crónica.

Quais são afinal as questões mais vezes colocadas?

- Os opióides são fármacos de uso restrito.
- O uso regular de opióides leva à dependência e secundariamente ao abuso.
- A administração de opióides tem efeitos secundários, nomeadamente a euforia e sedação que secundariamente podem induzir dependência.
- A prescrição deve ser feita segundo protocolos usuais.

- A morfina só deve ser prescrita na iminência da morte.
- Se não conseguimos identificar causa para a dor, esta não existe.
- Quanto mais importância se der à dor, mais intensa se torna.
- Viver sob morfina é pior do que a morte.
- A prescrição de morfina em fase precoce impede tratamentos posteriores.
- A morfina não alivia a dor; torna-a suportável.
- A morfina é um analgésico pouco potente quando administrado por via oral.
- A morfina tem efeitos adversos perigosos (depressão respiratória).
- A necessidade de aumentar a dose significa dependência.
- Dor oncológica requer morfina parentérica.
- Doses repetidas de morfina de libertação retardada levam à acumulação de níveis plasmáticos potencialmente tóxicos.
- A tolerância é sinónimo de dependência.
- Os opióides não devem ser associados a outros analgésicos.

A abordagem multidisciplinar veio permitir que os doentes beneficiassem desta orientação terapêutica, uma vez ultrapassada todas as questões levantadas pelo uso dos opióides, pelo conhecimento existente quer dos seus efeitos terapêuticos quer dos possíveis efeitos indesejáveis.

Multidisciplinaridade e dor crónica

A dor crónica é uma dor prolongada no tempo, normalmente, com difícil identificação temporal e/ou casual, que causa sofrimento, podendo manifestar-se com várias características e gerar diversos estádios patológicos.

A definição de dor crónica inclui uma complexidade de problemas de natureza biológica, psicológica e social que impõem, para uma correcta avaliação e tratamento, a concorrência de várias especialidades.

Já no período pós-guerra, Bonica mencionava a necessidade de o doente ser avaliado por diversos especialistas, apontando assim para a multidisciplinaridade, mas foi principalmente a partir de 1961 que este conceito se enraizou e desenvolveu, tornando-se num valor acrescentado na abordagem destes doentes. Desenvolveram-se as unidades de tratamento da dor e aumentaram os profissionais de saúde capacitados para a utilização de técnicas e meios de intervenção adequados.

O doente com dor crónica, uma vez que seja ultrapassada a capacidade de tratamento pelo médico assistente, deverá ser enviado a uma unidade de dor onde deverá ser adequadamente tratado.

Estas unidades deverão possuir diversos profissionais de saúde com experiência e formação que permitam uma abordagem biopsicossocial que corresponda aos interesses do doente. Estes apresentam, frequentemente, co-morbilidade física e psíquica, podendo ser atingidos por diversas patologias, como por exemplo do foro reumatológico, neurológico, oncológico ou psiquiátrico, o que envolve a participação de médicos de diversas especialidades.

A dor crónica também atinge a criança e o idoso, sendo este facto, por vezes, pouco valorizado. A criança pode ter dor que não verbaliza como queixa, o que torna a avaliação da dor mais difícil.

Nas pessoas idosas existe ainda a convicção social de que são menos sensíveis à dor, sendo encarado como «normal» para a sua idade, sendo subavaliada.

A dor crónica oncológica atinge entre 60% a 85% dos doentes na fase avançada da doença. Pode ser controlada na quase totalidade dos casos.

É, habitualmente, devido à progressão da doença, podendo também ser devida à iatrogenia das intervenções terapêuticas como a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia ou a outras causas independentes da doença oncológica. O seu tratamento foi reconhecido como um imperativo ético e um direito do doente pela Organização Mundial de Saúde.

Em doentes com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – SIDA – a dor é a segunda causa de internamento e o segundo sintoma mais frequente, o que pressupõe que não está a ser controlada eficazmente.

A dor, muitas vezes, não é objectivável através de exames complementares, pelo que se torna difícil avaliar as incapacidades em geral.

Técnicas de controlo da dor crónica

São variadas e devem estar disponíveis nas Unidades de Dor.

As mais utilizadas são: as técnicas farmacológicas, conservadoras ou invasivas; as técnicas não-farmacológicas; as técnicas neurocirúrgicas.

Nas técnicas farmacológicas são utilizados fármacos analgésicos e fármacos adjuvantes, que devem ser usados utilizando a escada analgésica proposta pela Organização Mundial de Saúde há vários anos (Fig. 2).

Os analgésicos utilizados podem ser opióides ou não-opióides.

A escada analgésica clássica possui três degraus: no 1.º degrau estão os não-opióides cuja referência são os anti-inflamatórios, e ainda o paracetamol, o metamizol e a flupirtina; no 2.º degrau estão os opióides fracos como a codeína que é a referência neste grupo, o tramadol e a dehidrocodeína; no 3.º degrau estão os opióides fortes como a Morfina que é o paradigma deste grupo, o Fentanil transdérmico e transmucoso, a buprenorfina por via transdérmica e sublingual. Cito, apenas, os mais utilizados em Portugal. O Fentanil transmucoso tem uma indicação precisa que é o tratamento da dor irruptiva. Os fármacos adjuvantes desempenham um papel importante no tratamento da dor crónica e pertencem a vários grupos farmacológicos. Não são verdadeiros analgésicos mas actuam potenciando os analgésicos e interferem nos vários factores que podem agravar o quadro algico. São exemplo os antidepressivos, os ansiolíticos, os anticonvulsivantes, os corticóides, os relaxantes musculares e os anti-histaminicos. Podem ser utilizados em qualquer degrau da escada analgésica da OMS Os fármacos do 1.º degrau podem utilizar-se associados ao 2.º ou 3.º degraus.

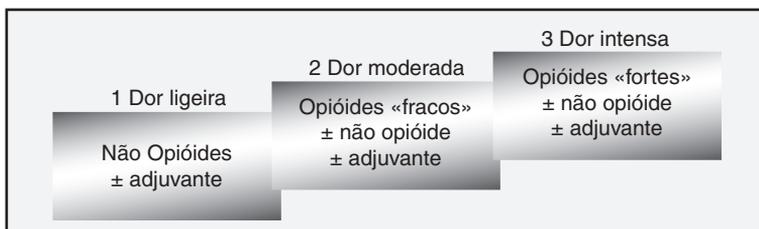


Figura 2.

Não é aconselhável a associação de mais do que um medicamento do mesmo grupo farmacológico.

A OMS propõe algumas regras para a utilização dos analgésicos. São as seguintes:

- **Pela Boca:** É uma via de administração fácil que permite, quer ao doente quer à família, a sua aplicação. Os medicamentos são bem absorvidos e bem tolerados e de eficácia comprovada.
- **Pelo Relógio:** A medicação deve ser feita a horas certas, tendo em conta a sua duração de acção.
- **Pela Intensidade** – Escada analgésica da OMS: De acordo com a intensidade da dor assim devem ser utilizados os analgésicos. Para a dor ligeira podemos recorrer aos medicamentos do 1.º degrau; para a dor moderada temos os opióides fracos e para a dor intensa os opióides fortes.
- **Individualmente:** Tendo em atenção as particularidades de cada indivíduo. A maneira de reagir à dor é afectada por determinados factores como: sexo, raça, idade, cultura, religião, etc.
- **Com atenção aos pormenores:** Devemos vigiar a terapêutica prescrita com a assiduidade requerida, tendo em conta os factores que a podem agravar ou diminuir. Na dor oncológica, a evolução da doença e a tolerância desenvolvida aos medicamentos requer ajustamentos constantes.

Os métodos farmacológicos invasivos envolvem o recurso aos agentes anestésicos locais e aos agentes neurolíticos para a execução dos bloqueios nervosos, com o fim de interromper a transmissão dolorosa e ainda a administração de opióides, anestésicos locais e corticóides, isolados ou associados por via espinhal.

Técnicas não-farmacológicas

Compreendem diversos tipos de actuação como: a reeducação do doente, a TENS (Estimulação eléctrica transcutânea), técnicas de relaxamento e do *biofeedback*, abordagem cognitiva comportamental, psicoterapia, *coping*, redução do *stress*, os tratamentos efectuados pela medicina física e o exercício físico, e o exercício físico activo e passivo.

Técnicas neurocirúrgicas

Foram a arma terapêutica, durante algum tempo, tendo diminuído a sua aplicação com o aparecimento de diversos fármacos, sendo hoje, praticamente, utilizadas em casos pontuais e muito bem seleccionados. Citamos: neurectomias, rizotomias, drezotomias (DREZ), simpaticectomias, cordotomias e as técnicas de neuroestimulação.

Desenvolvimento das Unidades de Dor

As unidades de tratamento de doentes com dor crónica tiveram um desenvolvimento rápido nos últimos cinquenta anos.

Durante a 2.^a Grande Guerra Mundial, após longo tempo a tratar pessoal militar, com severos problemas de dor, em Tacoma, no Madigan Army Hospital, Bonica apercebeu-se da necessidade de uma equipa multidisciplinar para resolver as situações mais difíceis.

Constituiu-se, assim, um grupo de que faziam parte um anestesiológico, um neurocirurgião, um ortopedista, um psiquiatra, um internista e um radioterapeuta, todos eles com um especial interesse e alguma experiência na dor.

Surgiu a primeira Unidade Multidisciplinar de Dor no *Tacoma General Hospital*.

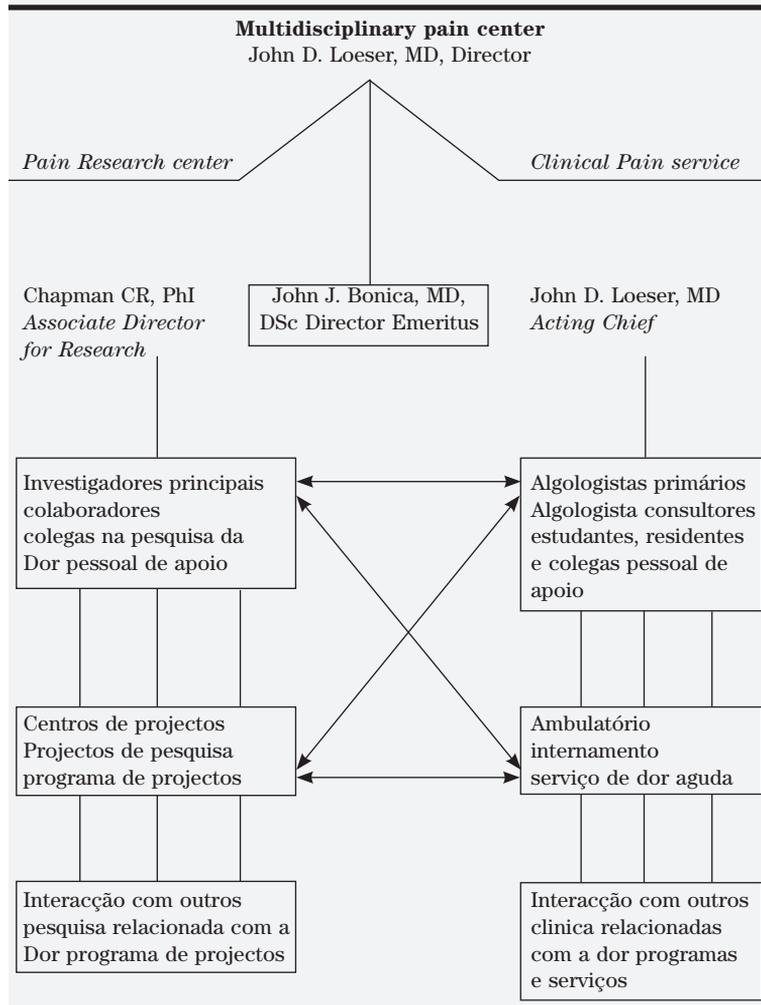
Muitos anestesiológicos dedicavam-se, principalmente, à prática de bloqueios nervosos. Alexander iniciou, em 1947, um programa multidisciplinar para diagnóstico e tratamento da dor no *Veterans Administration Hospital*, em McKinney, no Texas. Neste período pós-guerra, muitos outros anestesiológicos organizaram «Clínicas de Dor».

Bonica, no seu livro publicado em 1953, enfatiza a necessidade de observação e tratamento multidisciplinar e propõe a designação de «doloroterapeuta» para um novo médico especialista em Dor.

Em 1950 havia muitas «clínicas de dor», mas só três eram, realmente, serviços multidisciplinares: a de Bonica em Tacoma, a de Alexander no Texas e a de Livingston em Portland.

Em 1960 foi criado o centro multidisciplinar de Dor, na Universidade de Washington, constituído por cerca de 20 pessoas, sendo médicos de 14 especialidades e 6 outros profissionais de saúde. Destacam-se de entre as especialidades médicas: Anestesiologia, Psiquiatria, Medicina de Reabilitação, Psicologia Clínica, Cirurgia Oral, Cirurgia Geral e Radioterapia (Quadro 7).

Quadro 7. Organigrama do Centro Multidisciplinar de Dor da Universidade de Washington



Ao mesmo tempo, Benjamin Crue e o seu grupo iniciaram um programa multidisciplinar sobre dor, no *City of Hope Medical Center*, em Duarte, Califórnia.

Em 1988, haveriam entre 1.800 a 2.000 Serviços de Dor distribuídos por 38 países. A maioria, 1.000 a 1.200, estava nos EUA, 200 a 225 na Grã-Bretanha – o mesmo que na Europa Ocidental – 75 no Canadá, 80 na Ásia/Austrália e 2 a 20 nos restantes países.

O número de Unidades de Dor tem aumentado em todo o Mundo. Em 1999 Portugal tinha 36 Unidades de Dor, estimando-se que hoje o seu número seja superior a 50.

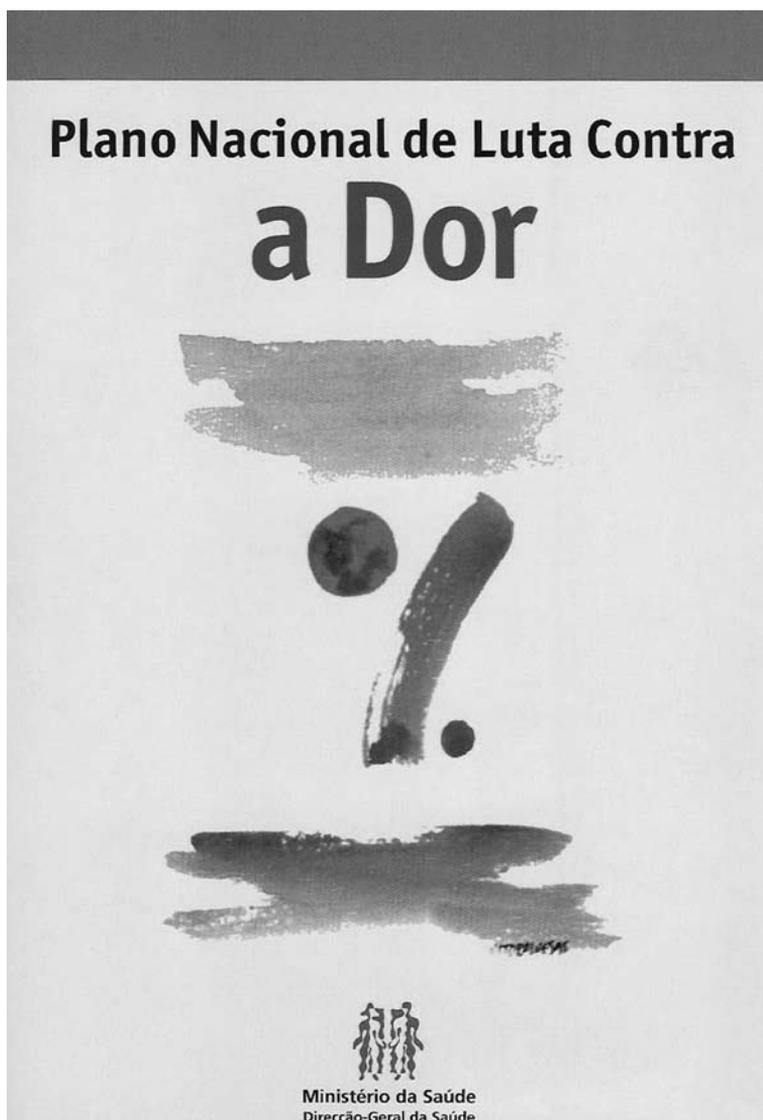


Figura 3. Adaptação do cartaz que divulgou o 1.º Dia Nacional de Luta contra a Dor e anunciou a elaboração de um Plano Nacional de Luta contra a Dor.

Classificação das Unidades de Dor

De acordo com a classificação das Unidades de Dor, proposta pelo Plano Nacional de Luta Contra a Dor, que é uma adaptação ao nosso País da classificação elaborada pela *International Association For The Study of Pain*, 21 dessas Unidades seriam de Nível Básico, 6 seriam Unidades de Dor de Nível I e 9 seriam Centros Multidisciplinares de Dor de Nível III.

Unidade de Dor – Nível Básico

Toda a forma organizada de tratamento de Dor, independentemente do seu desenvolvimento ou sofisticação, bem como dos recursos envolvidos, do tipo de doentes abrangidos ou dos métodos terapêuticos utilizados.

Unidade Terapêutica de Dor – Nível I

Unidade vocacionada para o diagnóstico e orientação terapêutica de doentes com dor crónica, com capacidade para intervir em situações de urgência, aplicar alguns tratamentos e referenciar para especialidades complementares de apoio ao doente. É uma Unidade que, embora possa não garantir uma abordagem interdisciplinar, funciona em espaço próprio, possui actividade diária organizada, registo de doentes e coordenador. Tem que estar dotada com, pelo menos, três médicos treinados em tratamento da dor, sendo um deles especializado em Psiquiatria. Em alternativa, pode estar dotada de dois médicos treinados em tratamento da dor e de um psicólogo. Pode, ainda, apresentar carácter diferenciado para diagnósticos específicos no âmbito da dor, ou tratamento da dor de regiões específicas do corpo.

Unidade Multidisciplinar de Dor – Nível II – Centro Multidisciplinar de Dor

Unidade capacitada para o tratamento de doentes com dor, sejam ambulatorios, internados ou em situação de urgência. Funciona em espaço próprio, possui actividade diária organizada, registo de doentes e coordenador. Pode dar resposta a situações de dor crónica, oncológica ou não, dor aguda não-cirúrgica e agudizações de dor crónica. Está dotada de equipa multidisciplinar, de forma a poder abordar, na globalidade biopsicossocial, o doente com dor. A equipa é constituída por, pelo menos, três médicos treinados em tratamento da dor, sendo um deles especializado em Psiquiatria ou, em alternativa, psicólogo, enfermeiros, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e técnico de serviço social. Funciona por protocolos de actuação terapêutica sujeitos a avaliação regular. Está capacitada para execução de investigação clínica e para a formação pós-graduada de profissionais de saúde.

Centro Multidisciplinar de Dor – Nível III

Unidade com capacidade acrescida em relação às Unidades de Nível II, de modo a poder desenvolver, com regularidade, investigação na área da dor, formação pré e pós-graduada, incluindo programas de mestrado e doutoramento. Tem que estar integrada, ou afiliada, em instituição *major* de investigação ou ensino universitário.

Considera-se, ainda, a existência de Unidades Específicas de Tratamento da Dor com características próprias, vocacionadas para tratamentos específicos de dor, que as diferenciam das anteriores. São exemplo as Unidades de modalidade terapêutica, de bloqueios nervosos, de estimulação eléctrica ou de cefaleias.

Pretendia-se que as Unidades de Dor de Nível Básico evoluíssem integrando-se nos outros níveis imediatos. Propunha-se assim que no ano de 2007 existissem, pelo menos, 50 Unidades de Nível I, 16 Unidades de Nível II e 2 Unidades de Nível III, de acordo com as características dos hospitais em que estavam inseridas.

Sabe-se que neste momento existem já mais de 50 Unidades de Dor, mas desconhece-se ainda quais as suas características. Seria desejável que todas elas se integrassem nas Unidades de Nível I, II ou III, não existindo qualquer Unidade de Dor Básica.

Para a criação e desenvolvimento das Unidades de Dor, também o Plano Nacional de Luta Contra a Dor, embora considerando que não existem modelos uniformes e rígidos, recomenda adaptar-se à realidade do hospital em que está integrada, e de acordo com as patologias mais frequentes e os recursos em pessoal e material, aponta algumas linhas de orientação que transcrevemos:

Recomendações para a criação das Unidades de Dor

1. Os médicos que se proponham trabalhar em terapêutica da dor devem possuir formação adequada para o efeito.

Admite-se, no mínimo, que o coordenador da Unidade a possua de forma a podê-la transmitir aos outros, entendendo-se por formação adequada o conhecimento geral para a abordagem de Dor nos termos descritos no capítulo «Formação para a Abordagem da Dor Crónica».

2. Ao coordenador competirá toda a actividade de gestão da Unidade.

Entende-se como gestão da Unidade a sua organização geral, a aquisição de material, supervisão da elaboração e aplicação dos protocolos de actuação, assim como os contactos, no âmbito da terapêutica da Dor, com os outros serviços prestadores de cuidados de saúde.

3. A constituição da equipa da Unidade poderá ter algumas variações de acordo com as características do hospital em que esta se integra.

Aquando da organização da equipa que irá constituir a Unidade, nomeadamente para as Unidades de Nível I, deve ter-se em con-

ta a classificação descrita no capítulo «Modelo Organizacional para a Abordagem da Dor Crónica».

É, assim, de toda a conveniência que os hospitais distritais venham a estar dotados, no mínimo, de Unidades de Nível I, e que os hospitais centrais venham a estar dotados, no mínimo, de Unidades de Nível II. A articulação com Universidades é mandatória para que se desenvolvam Unidades de Nível III.

4. A criação de unidades de dor depende mais da motivação e formação para tratar a dor e da capacidade local de organização do que da eventual carência de médicos ou de financiamento.

As equipas de cuidados poderão ser constituídas com as especialidades existentes na instituição e na área geográfica em que esta se integra. Assim, e apenas para referir dois exemplos, nada obsta a que possam ser constituídas por um anestesista, um clínico geral e um psicólogo, ou um anestesista, um internista e o apoio de um psiquiatra.

Através da apresentação de candidaturas ao Programa Saúde XXI, poderá ser obtido financiamento, no âmbito do III Quadro Comunitário de Apoio, a decorrer até 2006, para a criação destas unidades, nomeadamente no que se refere a encargos decorrentes da eventual adaptação de espaços e do seu equipamento.

5. O coordenador da Unidade deve providenciar o estabelecimento de acordos de colaboração.

É fundamental que a Unidade de Dor estabeleça acordos formais com os vários serviços do hospital onde aquela se insere, no sentido de ser obtida a consultoria das especialidades que não se integram fisicamente na Unidade de Dor.

6. O acesso à consulta de dor deve estar protocolizado.

Toda a informação relativa ao acesso e funcionamento da Unidade de Dor deve ser divulgada não apenas no hospital onde esta se insere, como também nos centros de saúde da sua área de influência, de forma a que os profissionais de saúde e os seus potenciais utilizadores conheçam a existência da Unidade de Dor e as suas potencialidades.

7. A Unidade de Dor deve possuir Plano de Acção anual sujeito a avaliação contínua de qualidade.

O Plano de Acção da Unidade deve contemplar a execução das acções previsíveis a desenvolver em cada ano. Entre estas ac-

ções, deve contar-se a regular programação de formação, num contexto de promoção de melhores práticas profissionais e de melhoria contínua de qualidade. Sugere-se a realização de acções de formação, preferencialmente em pequenos grupos, para a sensibilização e formação dos profissionais de saúde para uma correcta abordagem do doente, desde o início da sua sintomatologia dolorosa.

8. A Unidade de Dor deve estar apetrechada com o equipamento necessário para a execução de técnicas analgésicas possíveis de realizar em ambulatório, assim como para a correcção de eventuais complicações.

9. É fundamental que a Unidade de Dor assegure a fluidez de comunicação entre os profissionais hospitalares e dos centros de saúde.

A comunicação entre os médicos, ou outros profissionais, quer sejam do hospital ou dos centros de saúde, deve ser sempre alimentada e mantida. É indispensável que esta comunicação seja compreensível, assente na partilha e troca de informação e seja suportada por impresso próprio, que possibilite a inclusão de todos os actos terapêuticos efectuados, bem como dos principais aspectos clínicos e sociais relacionados com os doentes.

10. Cada Unidade de Dor deve considerar como informação mínima, a circular obrigatoriamente entre o hospital e os centros de saúde, a que a seguir se tipifica e que, oportunamente, se normalizará.

- Identificação completa do doente: Deverá constar, obrigatoriamente, o nome, a morada e contacto telefónico, bem como os números do cartão de utente de SNS ou sistema complementar de saúde e do Bilhete de Identidade.
- Identificação completa do médico assistente: Deverá ser mencionado o nome do médico assistente, o seu local de trabalho e contactos.
- Autonomia do doente: Deverá ser mencionado e caracterizado o grau de autonomia do doente.
- Informação clínica: Deverá ser mencionado o diagnóstico principal relacionado com o quadro álgico, o início do quadro álgico, as terapêuticas analgésicas já ensaiadas e seus resultados, bem como as que se encontram em curso.
- Exames auxiliares efectuados.
- Outras informações ou exames complementares relevantes para o quadro álgico.

- Plano terapêutico proposto ou iniciado.
- Estratégia para a continuação do tratamento.

11.A Unidade de Dor deve possuir sistema organizado de registos.

Todos os procedimentos devem ser registados, de forma a que seja possível efectuar-se a avaliação da qualidade.

12.Cada Unidade de Dor, independentemente do nível em que se encontre classificada, deve privilegiar, nas suas actividades, a investigação, de forma a permitir a sua progressão no nível de diferenciação.

Quadros médicos e requisitos a preencher pelos profissionais de saúde

De um modo geral, as Unidades devem possuir nos seus quadros pelo menos três médicos treinados em tratamento de Dor, sendo um deles psiquiatra ou em alternativa um psicólogo.

Pode perguntar-se quais as especialidades médicas mais vocacionadas para integrarem as Unidades de Dor. Aquelas especialidades que na sua formação mais contactam com patologias em que com frequência existe dor crónica estarão em princípio mais alertadas para o combate à dor. São exemplos: Anestesiologia, Cirurgia, Medicina Interna, Medicina Física e Reabilitação, Cirurgia/Neurocirurgia, Ortopedia, etc. Em oncologia acrescentaria também a Radioterapia e a Medicina Nuclear.

O Plano Nacional de Luta Contra a Dor, no seu capítulo «Formação para a Abordagem da Dor Crónica», baseando-se em documentos publicados internacionalmente como o «*Core Curriculum for Professional Education in Pain*», editado pela IASP (*International Association for the Study of Pain*) e o «*Report on the Working Party on Standards and Education*», editado pela EFIC (Federação Europeia dos capítulos da IASP), aponta os requisitos a preencher pelo profissional de saúde:

1. Conhecer os elementos-chave de uma história de dor, sendo capaz de promover uma entrevista bem estruturada, de forma a obter informações relevantes.
2. Saber caracterizar a queixa dolorosa, em relação a:
 - Características temporais da dor: modo de começo e de evolução ao longo do tempo.
 - Localização da dor: pode ser determinada verbalmente ou usar-se diagrama.

- Intensidade da dor: podem usar-se escalas visuais analógicas, escalas numéricas ou escalas verbais.
 - Qualidade da dor: estabelecida a partir de certas palavras ou grupos de palavras verbalizadas pelo doente.
 - Factores atenuantes e exacerbantes da dor.
 - Diferenças entre categorias de dor: aguda, crónica ou recidivante.
 - Avaliação das fontes primárias e secundárias do influxo nociceptivo.
3. Ser capaz de:
- Obter uma história de doença médica concomitante, que possa influenciar as queixas dolorosas do doente ou reacções a eventuais intervenções.
 - Caracterizar os factores psicológicos ou doença psiquiátrica que se possam relacionar com as queixas dolorosas: por exemplo, ansiedade, depressão, alterações comportamentais e manifestações causadas ou modificadas pela medicação analgésica.
 - Compreender a diferença entre distúrbios e incapacidade: incapacidade física ou psíquica.
 - Recolher uma história medicamentosa detalhada da dor: AINS, opióides e medicação adjuvante.
 - Valorizar os factores que conduzem ao subtratamento da dor.
 - Saber interpretar a dor de acordo com as características específicas de cada grupo etário: por exemplo, factores como as alterações cognitivas ou polimedicação que, na criança ou na pessoa idosa, interfiram com a verbalização, dificultando a obtenção da história clínica.
 - Realizar um exame físico apropriado e interpretar os dados que podem ser relevantes no que se refere à queixa dolorosa.
 - Conhecer os métodos radiológicos, electrofisiológicos e laboratoriais apropriados para a avaliação da dor: a evidência clínica de uma lesão não significa que essa lesão cause dor; a não evidência de uma lesão não significa que a dor seja psicogénica.
 - Compreender as situações relacionadas com a dor nas pessoas portadoras de incapacidade de comunicação: por exemplo, laringectomizados, deficientes auditivos ou pessoas afásica ou com patologia de linguagem.

- Usar a história do doente, sinais físicos e testes de apoio para diagnosticar a doença subjacente e classificar a queixa dolorosa.
 - Conhecer as classificações temporais da dor: aguda, crónica, recidivante.
 - Conhecer a classificação topográfica da dor: focal, radicular, referida e central.
 - Conhecer a classificação fisiopatológica da dor: dor nociceptiva
 - devido a uma lesão tecidual contínua, estando o Sistema Nervoso Central íntegro (saber distinguir entre dor somática e dor visceral)
 - dor sem lesão tecidual activa – devida a compromisso neurológico (dor neuropática) ou de origem psicossocial (dor psicogénica).
 - Conhecer as várias síndromas dolorosas: por exemplo, dor oncológica, dor neuropática, dor musculoesquelética.
 - Conhecer, no âmbito da sua área profissional, os mecanismos da dor.
 - Conhecer os métodos farmacológicos e adaptá-los aos vários grupos etários.
 - Conhecer as bases e as técnicas de neuroestimulação: por exemplo, TENS.
4. Ter noção:
- Das técnicas de anestesia local e regional, bem como das técnicas neurocirúrgicas usuais e das suas indicações.
 - Dos fundamentos de abordagem da medicina física e de reabilitação, assim como dos benefícios de modalidades específicas: por exemplo, técnicas de fisioterapia e de terapia ocupacional e utilização, em doentes com dor crónica, de técnicas de reorientação ocupacional e vocacional.
 - De técnicas psicológicas: por exemplo, intervenções cognitivas e comportamentais.
5. Saber que:
- A dor crónica exige uma abordagem multidisciplinar e que a falência do tratamento tem, entre outras, consequências fisiológicas adversas.

Bibliografía

- Bonica JJ, The Management of Pain. 2nd Edition.
- Wall PD, Melzack R. Text Book of Pain. 4th edition.
- Raj PP. Tratamiento Práctico del Dolor. Segunda edición.
- Abram, ST. The Pain Clinic Manual.
- Alliaga L, Baños JE, de Barutel C, Molet J, de la Serna AR. Tratamiento del Dolor. Segunda edición.
- Alliaga L, Català E. Opioides – Utilización Clínica.
- Villoría CM, Arias JLM. Tratamiento Farmacológico del Dolor.
- Arnette. La Douleur et son Traitement.
- Manejo del Dolor por Cáncer. U. S. Department of Health and Human Services.
- Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Ministério da Saúde/Direção Geral da Saúde.
- Task Force on Guidelines for Desirable Characteristics for Pain Treatment Facilities. IASP.
- Core Curriculum for Professional Education in Pain. IASP.
- Report on the working Party on Standards and Education. Efic.
- Melzack R. The tragedy of needless pain: a call for social action. Proceedings of the 5th World Congress on Pain; 1988.
- Baños JE, Bosh F. Opioidphobia and cancer pain. *Lancet* 1993;341:1474.
- Melzack R. The tragedy of needless pain. *Sci Amer* 1990;262:27-33.
- Grossman AS, Sheidler VR. Skills of medical students and house officers in prescribing narcotic medications. *J Med Education*, 1985;60:552-7.
- Ferrel BR, Eberts MT, McCaffery M, Grant M. Clinical Decision making and pain. *Cancer Nursing* 1991;14(6):289-97.
- Sheidler VR, McGuire DB, Grossman AS, Gilbert MR. Analgesic decision-making skills of nurses. *Oncology Nursing Forum* 1992;19:1531-4.
- World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO Expert Committee. 3rd ed. Geneva; 1996.
- Shapiro RS. Legal bases for the control of analgesic drugs. *J Pain Symptom Management* 1994;9(3):153-9.
- Jacox A, Carr DB, Payne R, et al. Management of cancer pain: Clinical practice Guidelines, 1994;9. Agency for Health Care Policy and Research Publication, Rockville.
- Porter J, Jick H. Addiction rare in patients treated with narcotics. *N Eng J Med* 1980;302:123(letter).
- Weissman DE, Haddox JD. Opioid pseudo-addiction – an iatrogenic syndrome. *Pain* 1989;36(3):363-6.
- Ellison NM. Opioid analgesics for cancer pain: Toxicities and their treatment. *RB Patt Ed Cancer pain*. Philadelphia: Lippincott. p. 185-94.
- Hill CS. Oral opioid analgesics *RB Patt Ed. Cancer pain*. Philadelphia: Lippincott. p. 129-42.
- Marks EM, Sachar EJ. Undertreatment of medical inpatients with narcotic analgesics. *Ann Intern Med*, 1973;78:173-81.
- Morgan JP, Pleet DL. Opioidphobia in the US: The undertreatment of severe pain. In: Morgan JP, Kagan DV, editors. Society and medicine: conflicting signals for prescribers and patients. Lexington, MA: Lexington Press; 1983. p. 13-26.
- Morgan AE, Lindley CM, Berry JL. Assessment of pain and patterns of analgesic use in hospice patients. *Am J of Hospice and Palliative care* 1994;11(1):13-9,22-5.
- International agency for the study of pain (IASP) Sub-committee on taxonomy (1979) Pin terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain*;6(2):249.
- Hanks GW, Twycross RG. Pain the physiological antagonist of opioid. *Lancet* 1984;1: 1477-8.
- Portenoy RK, Khan E, Layman M, et al. Chronic morphine therapy for cancer pain: plasma and cerebrospinal fluid morphine and morphine-6- glucuronide concentrations. *Neurology*, 1991;41:1457-61.
- Jaffe JH, Martin WR. Opioid analgesics and antagonist in Goodman's and Gilman's The pharmacological basis of therapeutics. 8th ed. New York, NY: Pergamon; 1990. p. 482-521.

