

DOR[®]

Órgão de Expressão Oficial da APED

Volume 11, Número 3, 2003

Volume dedicado às
4^{as} JORNADAS SOBRE DOR IPOFG - LISBOA
HOTEL ALTIS PARK
21 a 23 de Maio de 2003



Director

José Manuel Castro Lopes

Director Executivo

José Manuel Caseiro

Acessora de Direcção

Ana Regalado

Conselho Científico

António Coimbra
António Palha
Aquiles Gonçalves
Armando Brito e Sá
Cardoso da Silva
Daniel Serrão
(P^e) Feytor Pinto
Gonçalves Ferreira
Helder Camelo
João Duarte
Jorge Tavares
José Luis Portela
José Manuel Castro Lopes
Maia Miguel
Martins da Cunha
Nestor Rodrigues
Robert Martins
Walter Oswald
Zeferino Bastos



PERMANYER PORTUGAL

Sumário

Editorial	3
<i>José M. Caseiro</i>	
Mensagem do presidente da APED	5
<i>Prof. José M. Castro Lopes</i>	
Comunicado da DGS sobre o 5º sinal vital	6
4^{as} Jornadas de Dor do IPOFG SA – CROL, Lisboa	
Palestra de abertura	9
<i>J. Luís Portela</i>	
Mesa redonda	
O que há de novo no tratamentoda dor em oncologia	
Rotação de opióides	11
<i>Luís Aqualusa</i>	
Velhos fármacos, novas vias	13
<i>Dulce Santos</i>	
Indicadores de desempenho como suporte de melhoria contínua	17
<i>Pedro Caldeira</i>	
Mesa redonda	
A dor neuropática no doente oncológico	
Cefaleias e nevralgias orofaciais	19
<i>Ilda Costa</i>	
Simpósio Ferrer Azevedos	
Tratamento da dor irruptiva / Actiq	
Estudo de prevalência de dor irruptiva em Portugal	23
<i>J. Luís Portela</i>	
Caracterização e experiência clínica com citrato de fentanil transmucosa oral	26
<i>Matilde Raposo</i>	
Mesa redonda	
A dor, os afectos e os comportamentos	
Integração da psicologia numa unidade de dor	29
<i>Maria do Rosário Bacalhau</i>	
Mesa redonda	
O doente oncológico com dor - continuidade dos cuidados de enfermagem	
Introdução e conclusões	31
<i>Cristina F. Fernandes</i>	
Simpósio Transtec/Grünenthal	
Analgesia por via transdérmica	32
<i>Jaime Sanz Ortiz</i>	
REPUBLICAÇÃO	
A anandamida, um agonista endógeno do receptor vanilóide, aumenta durante a inflamação da bexiga e contribui para a hiperreflexia e alodínia	35
<i>Charrua A, Dinis P, Avelino A, Nagy I, Yaccob M, Cruz F</i>	



4 JORNADAS SOBRE DOR DO IPOFG - LISBOA PROGRAMA CIENTÍFICO

21 de Maio 2003

- 10:30 SESSÃO DE ABERTURA
- 11:00 Mesa Redonda: SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE E O DOENTE ONCOLÓGICO COM DOR
Moderadora: **Dra. Maria de Belém**
Dr. António Lourenço Marques – Hospital do Fundão
Dr. Duarte Correia – Centro Hospitalar do Funchal
Dr. Duarte Frazão Vieira – Hospital Sto. António dos Capuchos
Dra. Isabel Galriça Neto – Centro de Saúde de Odivelas
Dra. Maria Georgina Coucelo – Hospital Fernando da Fonseca
- 15:00 Mesa Redonda: O QUE HÁ DE NOVO NO TRATAMENTO DA DOR EM ONCOLOGIA?
Moderadora: **Dra. Matilde Raposo**
Rotação de Opióides – **Dr. Luís Agualusa**
Abordagem da Dor Irruptiva – **Dra. Ana Valentim**
Velhos Fármacos Novas Vias – **Dra. Dulce Santos**
Que Lugar para as Técnicas Invasivas – **Dr. Zeferino Bastos**
Indicadores de Desempenho – **Engº Pedro Caldeira**
- 17:00 Conferência: A DOR E OS FUTUROS MÉDICOS – **Prof. Dr. Mário Bernardo**

Presidente de
Dra. Naïr de Azevedo

Comissão Organizadora
Dr. J. Luís Portela –
Presidente

Dra. Matilde Raposo
Dra. Maria da Luz Quintal
Dra. Maria do Rosário
Bacalhau
Dra. Ilda Costa
Dra. Dulce Santos
Enfª. Cristina Fonseca
Fernandes
Enfª. Fátima Traitolas

Organização
Unidade de Tratamento de
Dor do Instituto Português
de Oncologia de Francisco
Gentil, S.A.
Centro Regional de
Oncologiad Lisboa

Patrocínio
APAO – Associação
Portuguesa de Anestesia
Oncológica

Secretariado
Janssen-Cilag

22 de Maio 2003

- 09:00 Conferência: A INTERNET E O TRATAMENTO DA DOR:
COMO LIDAR COM TANTA INFORMAÇÃO? – **Dr. José Nunes**
- 09:30 Mesa Redonda: A DOR NEUROPÁTICA NO DOENTE ONCOLÓGICO
Moderadora: **Dra. Maria da Luz Quintal**
A Neurocirurgia na Dor Neuropática Aguda – **Dr. Domingos Couteiro**
Cefaleias e Nevralgias Orofaciais – **Dra. Ilda Costa**
Plexopatias – **Dr. João Nunes**
Dor Neuropática na Criança – **Dr. Duarte Salgado**
- 11:30 Conferência: O TRATAMENTO DA DOR EM PORTUGAL – BREVE RESENHA HISTÓRICA
E PERSPECTIVAS FUTURAS – **Prof. Dr. José Manuel Castro Lopes**
- 12:00 Simpósio Ferrer Azevedos: TRATAMENTO DA DOR IRRUPTIVA / ACTIQ
- 15:00 Mesa Redonda: A DOR, OS AFECTOS E OS COMPORTAMENTOS
Moderadora: **Dra. Maria do Rosário Bacalhau**
Integração da Psicologia no Tratamento do Doente com Dor – **Dra. Maria do
Rosário Bacalhau**
Aspectos Emocionais no Doente com Dor – **Dra. Maria José Gil**
Psicoterapia Adjvante – Técnicas Cognitivo-Comportamentais no Controlo da Dor
– **Dra. Ana Gomes**
Aspectos Sociais do Doente com Dor – **Dra. Sofia Oliveira**
- 17:00 Conferência: O QUE HÁ DE NOVO SOBRE OS MECANISMOS DE PRODUÇÃO DE DOR?
– **Profª. Dra. Deolinda Lima**

23 de Maio 2003

- 09:00 Conferência: DOR E ESPIRITUALIDADE – **Profª. Dra. Camila de Sousa**
- 09:30 Mesa Redonda: O DOENTE ONCOLÓGICO COM DOR – CONTINUIDADE DE CUIDADOS DE
ENFERMAGEM
Moderadora: **Enfª Cristina Fonseca Fernandes**
O Doente Internado – **Enfª Sandra Neves**
Experiência de uma Unidade de Dor – **Enfª Fátima Traitolas**
O Doente no âmbito dos Cuidados Continuados – **Enfª M. Lurdes Reis Valério**
Testemunho de um doente/familiar
- 11:30 Conferência: A DIGNIDADE DA PESSOA NO VIVER E NO MORRER
– **Pe. Vitor Feytor Pinto**
- 12:00 Simpósio Transtec/Grünenthal
- 14:30 Apresentação Livre de CASOS CLÍNICOS
Dra. Beatriz Craveiro Lopes, Dr. J. Luís Portela, Dr. Vitor Coelho

Editorial

Os 200 anos da Morfina

José Manuel Caseiro

Quando, em 1803, Satürner isolou a morfina do ópio, antes mesmo de Niemann ter obtido a cocaína purificada da folha da coca, mal imaginava a revolução que estava prestes a provocar; e se somente 50 anos depois se iniciou a sua comercialização para utilização clínica, 200 anos passados continua a ser a referência dos opióides, o fármaco com o qual se compararam todos os analgésicos de acção central (e até periférica) que se pretendem estudar ou investigar.

Mas se estavam Satürner e os seus contemporâneos a 200 anos de poder perceber a realidade que hoje constitui a importância da sua descoberta, a revolução científica que Galileu, Newton e Descartes impulsionaram no século XVII já tinha sido, bem como a publicação em língua francesa do Discurso do Método, cujo conteúdo – *a teoria do conhecimento cartesiano* – ele conheceria seguramente, parecendo hoje absolutamente provável que, como investigador, se tenha baseado nos quatro preceitos descritos por Descartes: (1) o não admitir como verdadeira coisa alguma; (2) o dividir cada uma das dificuldades nas partes possíveis para estudo; (3) o reflectir sobre as coisas mais simples de modo a poder, com esses conhecimentos, passar às mais complexas; e (4) o fazer recontagens integrais e revisões gerais sem omitir nada.

Chega a parecer profético que Satürner tenha dado à sua descoberta o nome do deus grego dos sonhos – *Morpheus* – tão distante que estava de conhecer todas as potencialidades da morfina, nem tão pouco poder imaginar o que apenas em 1976, por obra de Martin e

colaboradores, se veio a saber: que os opióides interagem com receptores específicos para produzirem toda a variedade dos seus efeitos farmacológicos.

A passagem destes dois séculos, não se mostrou ainda suficiente para que a morfina desaparecesse do arsenal terapêutico do combate à dor, antes pelo contrário, revelando todas as suas potencialidades na forma como se adapta, pelo seu perfil farmacológico, aos modernos métodos de administração, seja a via subcutânea, a endovenosa ou espinhal, tanto em administração única, contínua ou PCA, com a particularidade de permitir também a mais cómoda e recomendável maneira de medicar doentes - a via oral - quer em formas galénicas de biodisponibilidade imediata, quer de libertação lenta.

Dois séculos não chegaram também para fazer desaparecer do imaginário das pessoas alguns dos mitos relacionados com a sua utilização, desde a ideia de antecipação da morte até à probabilidade de gerar fenómenos de dependência, o que tem determinado, principalmente nos países que ainda não atingiram o mais elevado padrão de desenvolvimento, uma indesejável subutilização, com insuportáveis consequências para os que mais sofrem.

Por tudo isto, comemorar os 200 anos da morfina é algo que me parece de uma oportunidade incontornável, devendo todos nós, aproveitando a efeméride, dirigir o nosso pensamento e o mais grato reconhecimento ao seu progenitor, cuja genialidade e espírito científico ficaram perenemente ligados à história da Medicina no momento em que foi capaz de a isolar.

Nota Redactorial:

A pedido dos autores do artigo **“A anandamida, um agonista endógeno do receptor vanilóide, aumenta durante a inflamação da bexiga e contribui para hiperreflexia e elodínia”**, publicado no último número da Revista DOR, voltamos a publicar na íntegra, na página 35 deste número, a primeira página daquele artigo, rectificando o ordenamento dos seus autores.

Mensagem do Presidente da APED

José Manuel Castro Lopes

Na sequência de uma proposta da Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, a Direcção Geral de Saúde emitiu no passado dia 14 de Junho, coincidindo com a comemoração do 5º Dia Nacional de Luta Contra a Dor, a circular normativa nº 09/DGCG, que institui a “dor como 5º sinal vital”.

Este importante contributo para o combate à dor em Portugal, absolutamente inovador a nível mundial, não seria possível sem a colaboração e o empenho de uma equipa que tem sabido lutar, com enorme dedicação, persistência e sacrifício pessoal, por aquilo que considera mais adequado à prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade aos doentes com dor. Refiro-me, obviamente, aos elementos da Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, cuja acção, limitada por condicionalismos e constrangimentos de diversa índole, tem sido algumas vezes injustamente criticada. Por outro lado, há que salientar igualmente a abertura de espírito e a inteligência da equipa do Ministério da Saúde, e em particular do senhor director geral e alto comissário da Saúde, Prof. Pereira Miguel, que ousou dar este passo fundamental para a indispensável humanização dos serviços de saúde portugueses.

A ideia de equiparar a dor a 5º sinal vital surgiu pela primeira vez em Novembro de 1995, numa reunião da *American Pain Society*, que decorreu em Los Angeles. Desde então, foi adoptada em muitos hospitais americanos, tendo o Senado do Estado de New Jersey aprovado uma lei que obriga à sua implementação em todos os hospitais desse estado. Tanto quanto é do meu conhecimento, na Europa também existem hospitais onde esta noção foi instituída, mas em nenhum país ela tem carácter genera-

lizado e obrigatório, como passa a acontecer a partir de agora no nosso país.

Como todos sabemos, a dor é inúmeras vezes subestimada, escondida, negada e, conseqüentemente, negligenciada, tanto pelos doentes como pelos profissionais de saúde. A obrigatoriedade do registo da sua intensidade, ao tornar a dor visível, fará com que não mais seja possível ignorá-la, e conseqüentemente, tornará imperioso o estabelecimento de estratégias terapêuticas adequadas ao seu controlo. Tal como se refere na circular normativa, “o controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem...”.

Mas a avaliação e registo da intensidade da dor implica também a necessidade de existirem os meios humanos e materiais indispensáveis ao seu controlo. Embora a administração de um analgésico não necessite, em muitos casos, de uma diferenciação particular, à semelhança da administração de um antipirético ou de um antihipertensor, é inegável que o progresso no tratamento de dor nos países mais desenvolvidos está directamente relacionado com a existência de unidades de dor. Nesse sentido, é indispensável prosseguir e acelerar a implementação do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, de forma a que sejam plenamente atingidos os seus objectivos. A APED continuará a contribuir por todos os meios ao seu alcance para que assim seja. Sabemos que a implementação da norma aprovada na prática clínica estará seguramente condicionada pelo trabalho de sensibilização, formação e monitorização, que será necessário levar a cabo por forma a evitar desvios ou más interpretações. Contribuindo desde já para a sua divulgação, publica-se em seguida o seu conteúdo integral.

Direcção Geral Da Saúde

Circular normativa

Nº 09/DGC de 14 Junho de 2003

Assunto: A dor como 5º sinal vital Registo sistemático da intensidade da dor Nº 09DGC

Para: Administrações regionais de saúde e serviços prestadores de cuidados de saúde
Contacto na DGS: Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas

I – NORMA

Atendendo a que:

- a) A dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde.
- b) O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das unidades de saúde.
- c) Existem, actualmente, diversas técnicas que permitem, na grande maioria dos casos, um controlo eficaz da dor.
- d) Para além das unidades já existentes, estão a criar-se novas unidades de tratamento da dor, ao abrigo do consignado no Plano Nacional de Luta Contra a Dor.
- e) O sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada depende da monitorização da dor em todas as suas vertentes.
- f) A avaliação e registo da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente.

A Direcção Geral da Saúde, no uso das suas competências tecniconormativas e depois de ouvida a Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, institui, através da presente circular, a **“dor como o 5º sinal vital”**.

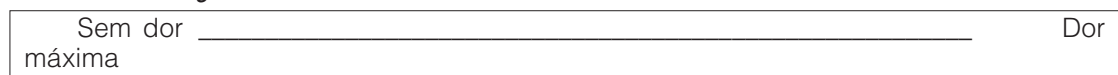
Nestes termos, considera-se como norma de boa prática, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde:

1. O registo sistemático da intensidade da dor.
2. A utilização para mensuração da intensidade da dor, de uma das seguintes escalas validadas internacionalmente: **“escala visual analógica”** (convertida em escala numérica para efeitos de registo), **“escala numérica”**, **“escala qualitativa”** ou **“escala de faces”**.
3. A inclusão na folha de registo dos sinais e sintomas vitais, em uso nos serviços prestadores de cuidados de saúde, de espaço próprio para registo da intensidade da dor.

II – REGRAS DE APLICAÇÃO DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR

- a) A avaliação da intensidade da dor pode efectuar-se com recurso a qualquer das escalas propostas.
- b) A intensidade da dor é sempre a referida pelo doente.
- c) À semelhança dos sinais vitais, a intensidade da dor registada refere-se ao momento da sua colheita.
- d) As escalas propostas aplicam-se a doentes conscientes e colaborantes, com idade superior a 3 anos. Existem, contudo, outros métodos de avaliação específicos, não incluídos na presente circular, para doentes que não preencham estes critérios.
- e) A escala utilizada, para um determinado doente, deve ser sempre a mesma.
- f) Para uma correcta avaliação da intensidade da dor é necessária a utilização de uma linguagem comum entre o profissional de saúde e o doente, que se traduz por uma padronização da escala a utilizar e pelo ensino prévio à sua utilização.
- g) É fundamental que o profissional de saúde assegure que o doente compreenda, correctamente, o significado e utilização da escala utilizada.

Escala visual analógica



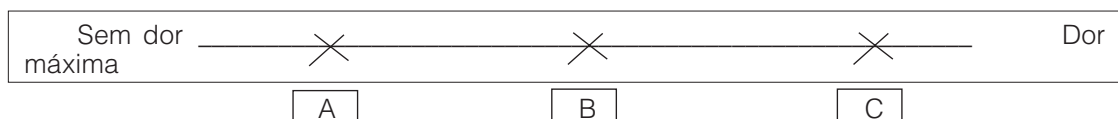
A escala visual analógica consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 cm de comprimento, que tem assinalada numa extremidade a classificação “sem dor” e, na outra, a classificação “dor máxima”.

O doente terá que fazer uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua dor. Há, por isso, uma equivalência entre a intensidade da dor e a posição assinalada na linha recta.

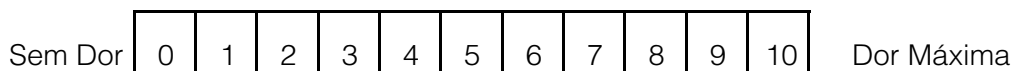
Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se, assim, uma classificação numérica que será assinalada na folha de registo.

Exemplo:

Um doente com dor ligeira assinalará uma cruz próximo da extremidade com a classificação “sem dor” (posição A). Se sofrer de uma dor média assinalará uma cruz na zona central da linha (posição B). Se sofrer de uma dor intensa assinalará uma cruz próximo da extremidade com a classificação “dor máxima” (posição C).



Escala numérica



A escala numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10.

Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical.

Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “sem dor” e a 10 a classificação “dor máxima” (dor de intensidade máxima imaginável).

A classificação numérica indicada pelo doente será assinalada na folha de registo.

Escala qualitativa

Sem dor	Dor ligeira	Dor moderada	Dor intensa	Dor máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Na escala qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjectivos: “sem dor”, “dor ligeira”, “dor moderada”, “dor intensa” ou “dor máxima”. Estes adjectivos devem ser registados na folha de registo.

Escala de faces



0 (Sem Dor) 1 2 3 4 5 (Dor Máxima)

Na escala de faces é solicitado ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde a classificação “sem dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “dor máxima”.

Regista-se o número equivalente à face seleccionada pelo doente.

Folha de registo dos sinais e sintomas vitais

Na folha de registo dos sinais e sintomas vitais, em uso nos serviços prestadores de cuidados de saúde, deve ser incluído espaço próprio para registo da intensidade da dor, como, a título de exemplo, se indica:

REGISTO DE SINAIS E SINTOMAS VITAIS																				
Mês																				
Dia																				
Turno																				
	SINAIS E SINTOMAS																			
	DOR	T	FC	FR	TA	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
Dor	10																			
Máxima	9																			
Dor	8																			
Intensa	7																			
	6																			
Dor	5																			
Moderada	4																			
	3																			
Dor	2																			
Ligeira	1																			
Sem dor	0																			
FR – Frequência respiratória TA – Tensão arterial FC – Frequência cardíaca T – Temperatura					Observações															

III – FUNDAMENTAÇÃO

A dor define-se como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre. Por outro lado, a dor associa-se, ou é descrita como associada, a uma lesão tecidual concreta ou potencial.

Constata-se, assim, que existe uma grande variabilidade na percepção e expressão da dor, face a uma mesma estimulação dolorosa.

Se, por um lado, a dor aguda, como a dor pós-operatória ou a dor pós-traumática, é, habitualmente, limitada no tempo, a dor crónica, como a dor neuropática ou a lombalgia, é, muitas vezes, rebelde, permanecendo e levando a sequelas incapacitantes. No entanto, todos os tipos de dor induzem sofrimento evitável, frequentemente intolerável, reflectindo-se negativamente na qualidade de vida dos doentes.

Com a criação do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, estão a desenvolver-se e a criar-se, por todo o País, unidades de tratamento de dor, como recurso diferenciado para a abordagem da dor.

Importa, assim, que a dor e os efeitos da sua terapêutica sejam valorizados e sistematicamente diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde, como norma de boa prática e como rotina, altamente humanizante, na abordagem das pessoas, de todas as idades, que sofram de dor aguda ou dor crónica, qualquer que seja a sua origem, elevando o registo da sua intensidade à categoria equiparada de sinal vital.

**O director geral e alto comissário da Saúde
Prof. doutor José Pereira Miguel**

4^{as} Jornadas sobre Dor da Unidade de Dor do IPOFG SA-CROL

Palestra de Abertura*

*José Luís Portela***

Vamos realizar as IV Jornadas sobre Dor e, simultaneamente, comemorar as Bodas de Prata da nossa Unidade.

É para nós motivo de grande alegria, e porque não dizê-lo, de grande orgulho, já que o termos chegado até aqui significa que fomos capazes de resistir a ventos e intempéries, norteados desde sempre por aquilo que constituiu a razão de ser daquilo a que nos propusemos: podermos ser úteis aos outros.

Tivemos, também, tempos de bonança, com as pequenas alegrias que advêm das pequenas conquistas, dos pequenos êxitos, que nos deram ânimo para continuar e a alicerçar alguma obra feita que não nos compete julgar.

Iniciámos esta actividade em 1978 – já lá vão 25 anos –, numa altura em que os doentes oncológicos atingiam a fase em que não havia nada a fazer, mau grado as vozes desesperadas de nomes como Dame Saunders e Bonica, que vinham alertando todo o Mundo que havia tudo a fazer!

Era o período dos grandes mitos da morfina, das técnicas invasivas, do reconhecimento das falhas nos mecanismos de produção de dor, do divórcio entre clínicos e investigadores, da deficiência do ensino nesta área, duma total ausência de programas e políticas sobre dor.

Reconhecer da parte das direcções e administrações a importância do problema, nesta época, significava grande espírito de abertura, cultura e humanismo.

E felizmente foi isso que encontrámos.

Quando com o Dr. Vasco Chichorro, da Consulta de Neurologia, infelizmente já desaparecido, propusemos a criação de uma Consulta de Dor ao então director clínico, Prof. José Conde, foi com total empenhamento que não só a aceitou como a promoveu, criando condições para que ela pudesse ser rapidamente efectivada, concordando e defendendo as características multidisciplinares que logo de início lhe quisemos imprimir e que hoje ainda se mantêm, não fosse ele grande defensor da interdisciplinaridade e do conceito global do tratamento do cancro.

É por isso que a minha primeira homenagem vai para ele e pelo que ele representou na oncologia portuguesa, quer na área da cirurgia, quer no ensino, quer na investigação.

Como não podemos já contar com a sua presença, temos entre nós alguém que muito bem o representa – a Dra. Naír de Azevedo –, que também não é totalmente alheia a todo este processo, já que na altura era, e foi-o durante muitos anos, directora do Serviço de Anestesiologia, um dos alicerces da Consulta da Dor, a quem sempre deu todo o seu apoio, muitas vezes contra gregos e troianos, e sem o apoio da qual provavelmente muita coisa teria ficado pelo caminho.

Não é, pois, por acaso, que a convidámos para Presidente de Honra destas Jornadas e lhe agradecemos o ter aceite, o que é para nós uma honra.

Apesar do nosso pioneirismo, muito rapidamente outras consultas de dor foram surgindo e desenvolvido grande actividade. Permitam-me apenas que destaque o Instituto Português de Oncologia do Porto e o dinamismo do seu criador – Dr. Nestor Rodrigues –, companheiro desde as primeiras horas e das primeiras lutas, numa aliança que resistiu a tempestades, reais ou anunciadas, e se cimentou numa amizade que perdura. Problemas familiares impedem-no de estar presente. Para ele as minhas homenagens.

Razões estruturais e organizacionais vieram integrar a nossa Consulta no Departamento de Anestesiologia criado em 1994, como Unidade de Tratamento da Dor, mantendo sempre as suas características multi e interdisciplinares – Anestesia, Neurologia, Psicologia –, passando a funcionar com as características de hospital de dia, incluindo apoio de enfermagem, social, administrativo e de acção médica e, desde 1999, a dispor de uma linha telefónica aberta ao exterior, onde os doentes e seus familiares podem recorrer sempre que necessitam.

Tem sido sempre nosso lema que uma unidade de dor, de vocação essencialmente hospitalar, deve constituir um centro de referência, quer dentro do hospital quer com o sistema de saúde onde se encontre integrada, e deve dar prioridade ao ensino e à investigação, sem os quais corre o risco de estagnação, já que os extraordinários avanços verificados nesta área exigem uma actualização permanente.

* Palestra proferida na Sessão Inaugural das Jornadas, presidida por S. Exa. o Ministro da Saúde.

**Chefe da Unidade Autónoma “Clínica de Dor” do IPOFG-CROL

Assim, além da vertente puramente assistencial, base fundamental do nosso trabalho, tem procurado a nossa unidade, desde sempre, empenhar-se na divulgação da sua experiência, sendo campo de estágio de grande quantidade de colegas, que hoje estão à frente de unidades de dor de grande mérito, muitos dos quais tenho o gosto de ver presentes, o que, naturalmente, muito me honra e sensibiliza.

O estabelecimento de um protocolo com a Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade Clássica de Lisboa, desde 1983, veio constituir, também, um elo de ligação com o ensino pré-graduado, havendo já em marcha contactos no sentido de uma mais estreita colaboração com a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova Lisboa, que espero, a breve trecho, ver concretizada. Também, a nossa colaboração com a Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil tem-se processado regularmente bem como com outras escolas, sempre que solicitados.

Tem sido, também, nossa preocupação transmitir e colher experiência com os colegas da Medicina Geral e Familiar. Assim, colaborámos em todos os cursos de actualização levados a cabo pelo Instituto de Clínica Geral da Zona Sul, e estamos sempre disponíveis para acções de formação que envolvem actualizações sobre dor, bem como colocar a nossa unidade ao dispor de estágios ou troca de informações. Julgamos que é importante esta estreita colaboração com a Medicina do Ambulatório e os Cuidados Continuados, já que é a esse nível que se pode actuar de uma maneira mais abrangente, numa verdadeira medicina paliativa.

Estas Jornadas vão ser para nós, pois, um desafio e um estímulo.

Desafio à nossa capacidade de sermos capazes de vos transmitir um pouco da nossa experiência, mas também um estímulo para resistirmos a maus ventos ou marés que porventura nos desviem da rota que traçámos.

A sua presença, Sr. Ministro, bem com dos outros elementos da Administração, é para nós motivo de grande satisfação por acreditarmos que sejam quais forem as estratégias que se queiram imprimir ao sector da saúde, o doente e toda a sua envolvimento serão sempre o centro das atenções.

Queria agradecer o todos quantos contribuíram para estes 25 anos. Colaboradores de todas as áreas, amigos que em nós acreditaram. Seria fastidioso e porventura injusta qualquer omissão. Espero que me compreendam e acreditem que para nós todos foram únicos e preciosos.

Queria, também, agradecer aos nossos patrocinadores, sem os quais muito dificilmente estas Jornadas teriam lugar. É uma afirmação de apreço que muito nos sensibiliza.

Um agradecimento muito especial para os artistas que quiseram colaborar nas nossas Jornadas. Arte e medicina sempre fizeram boa

aliança e, no caso particular da dor, essa aliança além de bela pode ainda ser benéfica.

E, por último, uma palavra para os nossos doentes, ao fim e ao cabo, a razão da nossa existência.

E sobre eles permitam-me que vos conte uma pequena história.

É a história do Sr. Carlos, nosso doente, já falecido.

O Sr. Carlos chegava ao serviço sempre muito cedo (para mim era sempre muito cedo), vestia uma bata branca atada com uns atilhos à frente que deixava antever um peito emagrecido e esperava calmamente que o chamassem.

Era um homem alto e magro, tez morena, que irradiava um certo ar de nobreza e dignidade.

Era da nobreza, provavelmente, que lhe vinha aquele gosto pelo fado, que se lhe punha a tocar no gravador quando entrava na sala de tratamentos e que ouvia enlevado embora fosse quase sempre o mesmo.

Com dignidade suportou todos os desaires da sua longa doença, como se tivesse feito as contas com a vida e considerasse todas as dívidas saldadas.

Falava pouco.

Foi, pois, com alguma surpresa que um dia ao passar me perguntou:

– O Sr. Dr. gosta de pássaros?

– Sim, respondi, mas porquê?

– Deixe estar que lhe hei-de arranjar um rouxinol. Cantam muito bem, acrescentou.

– Mas como é que o Sr. Carlos vai arranjar um rouxinol, perguntei.

– Sou passarinho, e a conversa ficou por ali.

Passado algum tempo, já nem me lembrava, ao entrar (sempre depois dele, naturalmente) colocou-me nas mãos uma caixa de cartão com uns buracos e disse:

– Aí estão os rouxinóis; agora espero que cantem.

Peguei na caixa e sem saber bem o que fazer deixei-a pousada num canto do corredor e esqueci-me completamente.

Já a manhã ia longa quando, no gabinete, oiço um alarido alvoraçado de quem tenta desesperadamente escapar.

Espavoridas, umas avezitas esvoaçavam pelo corredor até encontrarem uma janela aberta por onde fugiram em direcção ao céu azul e límpido.

Eram os rouxinóis.

Nunca soube como saíram nem nunca tive coragem de contar ao Sr. Carlos que os rouxinóis tinham fugido.

O que sabia era o que me esperava sempre que com ele me cruzava:

– Então Sr. Dr. o rouxinol já canta?

– Ainda não, Sr. Carlos.

– Deixe lá, Sr. Dr. que ainda acaba por cantar.

É com estas palavras de esperança que termino a minha intervenção nesta sessão de abertura.

Esperança de sermos capazes, mesmo nos momentos de maior desânimo, de esperar que algum rouxinol cante mesmo que nunca venha a cantar.

Mesa redonda

O que há de novo no tratamento da dor em oncologia

Rotação de Opióides

Luís Agualusa

Nos doentes com doença oncológica progressiva e incurável o foco central do tratamento passa a ser a manutenção da máxima qualidade de vida, através do controlo de sintomas, apoio psicossocial ao doente e à família privilegiando uma correcta comunicação com os diferentes intervenientes.

A abordagem do doente oncológico apresenta-se, pois, complexa nas suas componentes médica e cirúrgica, sendo o tratamento da dor fundamental em qualquer fase da doença, necessitando este de uma abordagem interdisciplinar.

Contudo, por vezes, apesar de cumpridas todas as orientações clínicas adequadas, o controlo da sintomatologia, seja ela dolorosa ou não, constitui um desafio nem sempre fácil de vencer.

Um desses desafios refere-se ao tratamento com opióides fortes em que a rotatividade com outros fármacos do mesmo grupo por vezes é necessária.

Assim, para a compreensão deste facto e atendendo ao que “de novo” existe neste domínio, pareceu-me importante focalizar esta reflexão em dois aspectos fundamentais:

- Base neuroanatômica que fundamenta o princípio da rotação de opióides.
- Aspectos recentes relativos à utilização desta técnica.

De facto, podemos dizer que se verifica um aumento da utilização dos opióides, estando algumas das principais razões para este facto relacionadas com a organotoxicidade dos AINE potentes, a utilização de novas modalidades de administrações de opióides e à extensão da sua utilização na dor crónica não oncológica.

Assim, e atendendo aos opióides disponíveis, a terapêutica adequada da dor crónica requer a compreensão da farmacodinâmica e farmacocinética de pelo menos um opióide de cada degrau da escada da WHO.

É necessário, também, um entendimento da base neuroanatômica dos componentes emocional e sensitivo para que, do ponto de vista funcional, poder-mos integrar a clínica da rota-

tividade dos opióides (Sunil J. Panchal, MD. Johns Hopkins University).

Os estímulos nociceptivos periféricos são transmitidos ao sistema nervoso central através dos cornos posteriores da medula espinhal (ME), ascendem em fibras mediais e laterais do feixe espinotalâmico.

Neste feixe as fibras mediais conectam o sistema límbico mediando a resposta emocional da dor.

As fibras laterais conectam o córtex, onde é interpretada a dor periférica e a sua intensidade.

Doutra forma, existe um sistema modulador descendente, são fibras da medula rostral e substância cinzenta periaqueductal ricas em receptores mu nos seus pontos de origem, onde os opióides se ligam activando as fibras descendentes, libertando os agentes adrenérgicos, incluindo norepinefrina e serotonina, capazes de inibir a transmissão subsequente da transmissão a nível dos cornos dorsais da ME.

Os opióides têm diferentes locais de ligação (receptores, mu, delta, kappa), tendo também acção inibitória local a nível de receptores da ME.

O gene para o receptor mu possui um padrão de expressão variável,

contribuindo para a variabilidade da ligação aos diferentes opióides, facto importante na conversão de um opióide de noutro (Thomsen, et al. Acta Anaesthesiol Scand 1999;9:918).

Assim, parece que a rotação de opióides:

- Minimiza os sintomas relacionados com a privação.
- Reduz risco de tolerância.

Embora a experiência clínica nem sempre confirme este pressuposto, pode-se concluir que a rotação de opióides pode-se justificar quando os efeitos laterais começam a limitar a escalada da dose.

A doses equipotentes, todos os opióides provocam os mesmos efeitos laterais, náuseas, sedação, diminuição da produção de testosterona, obstipação, depressão respiratória (rara e mais nos idosos).

Desta forma, podemos colocar várias questões.

Quando e em que circunstâncias a rotação de opióides deve ser então implementada? A resposta para esta questão é:

- Na presença de uma escalada das doses de analgésicos opióides.
- Aparecimento de sinais e sintomas relativos a toxicidade (náuseas, vômitos, mioclonias, toxicidade local subcutânea ou rectal...).
- Sinais de toxicidade neuropsiquiátrica, alterações cognitivas, sedação, alucinações, delirium.
- Na presença de dor persistente e incontrolada.

Que analgésicos geralmente deverão ser usados na rotação?

- Na maioria das situações, a morfina, hidromorfona, metadona, diamorfina, fentanil...

Como funciona a rotação dos opióides?

- É efectuada a alteração de opióide de acordo com a tabela equianalgésica.
- Poderão ser necessárias alterações nas vias de administração e doses suplementares até correcta titulação clínica do novo opióide.
- Teoricamente, a rotação pode ser efectuada com qualquer sequência.
- Esta técnica ajuda a encontrar a medicação à volta da qual é permitido um controlo sintomático expressivo e uma recuperação fisiológica da medicação prévia, permitindo a *clearance* dos metabolitos.

- Abre a janela terapêutica e estabelece uma relação analgesia/toxicidade mais vantajosa.

Quais os benefícios da rotação de opióides?

- Controlo da dor de forma adequada.
- Resolução dos efeitos laterais, *clearance* dos metabolitos, recuperação do estado tóxico.
- Paragem com a escalada das doses analgésicas.
- Parece haver evidência que a resposta aos opióides, em síndromes dolorosas *major*, não se deve a resultados obtidos por um único fármaco.

Para isso parecem contribuir:

- Diferentes mecanismos de acção, incluindo a actividade dos receptores.
- Assimetria na tolerância cruzada.
- Eficácia diferenciada.
- Diferente acumulação de metabolitos tóxicos.
- A substituição de opióide permite a redução das doses, incrementando a analgesia, com diminuição da toxicidade.

A utilização das tabelas de conversão podem ser enganadoras, e qualquer alteração deve começar por uma dose mais baixa que a recomendada.

Parece haver evidência, contudo, que os opióides clássicos, morfina, oxicodona e fentanil, se degradam em metabolitos que têm efeito hiperálgico, isto é, em moléculas que podem condicionar dor quando acumuladas em condições de administração crónica (Alexander DeLuca, MD. FASAM [08/06/01]).

Excepção para a metadona. Quanto maior a dose do opióide de administração crónica, mais potente se torna a metadona quando se efectua a rotação para ela.

O cálculo da dose da metadona a usar é igual à dose equianalgésica a dividir por três, isto porque se deve ter atenção à primeira semana de tratamento, pois pode existir acumulação do fármaco se partirmos com doses superiores, sendo em qualquer das situações a atitude mais correcta a monitorização da analgesia e dos eventuais efeitos adversos durante mais uns dias antes do incremento da dose.

Se apesar de tudo se verificar sedação, fadiga, a dose deve ser reduzida, após a primeira semana.

Se verificar fadiga e sonolência a adição de anfetamina poderá, para além do efeito desejado, apresentar sinergismo de acção.

Assim, e a título de conclusão, poderá ser vantajoso possuir um entendimento da base neuroanatômica da transmissão nociceptiva.

Quando utilizada a rotação de opióides, esta deve ser considerada quando a dor não é aliviada adequadamente e quando se verifica uma administração farmacológica cujas doses tituladas são capazes de causar efeitos secundários intoleráveis.

- Neste caso deve ser iniciado o tratamento com o mesmo opióide por uma via de administração alternativa ou com opióide alternativo pela mesma via.
- A rotação de opióides pode ser útil, abrindo a janela terapêutica, estabelecendo uma mais vantajosa relação analgesia/toxicidade.
- A substituição de opióides usando doses mais baixas que as esperadas de acordo com as tabelas de conversão pode reduzir, na maioria dos casos, a toxicidade nos doentes com tolerância elevada, melhorando a analgesia.
- Parece haver evidência que os opióides clássicos degradam-se em metabolitos que têm efeito hiperálgico, quando acumuladas em condições de administração crónica.
- Quanto maior a dose do opióide de administração crónica, mais potente se torna a metadona quando se efectua a rotação para ela.

Relativamente à utilização dos opióides e embora se verifique uma grande variedade de estudos, 45-80% dos doentes continuam subtratados, e isto apesar de se saber que o tratamento efectivo da dor resulta num:

- Aumento da qualidade de vida.
- Num melhor prognóstico.
- Sobrevida maior.

Em reflexão, penso ser necessário trabalharmos a nossa própria epidemiologia, reforçarmos a investigação clínica nesta área e esperar uma adequada mobilização das estruturas organizativas e de reflexão existentes no sentido de sensibilizar definir objectivos concretos.

Mesa Redonda

O que há de novo no tratamento da dor em oncologia

Velhos Fármacos Novas Vias

Dulce Santos

Morfina

Introdução histórica

Usada desde há centenas de anos como alcalóide do ópio no alívio da dor e da ansiedade.

Foi em 1803 que um jovem farmacêutico, Sertürner, isolou e descreveu um alcalóide do ópio a que chamou “morfina” em honra de Morfeu, o deus do sono.

A morfina, o alcalóide que dá ao ópio as suas propriedades analgésicas, é ainda hoje o padrão em relação ao qual os novos analgésicos são medidos.

Embora estes novos analgésicos possuam propriedades especiais nenhum provou até à data ser clinicamente superior no alívio da dor.

Contudo, durante décadas deste século o protótipo do opiáceo natural, a morfina, não se prescreveu por via oral pela crença generalizada da ineficácia por esta via.

Em 1953, um estudo clássico de Beecher, et al. comparou a morfina, a aspirina e o placebo e concluiu que a morfina oral (10 mg) não era mais eficaz que o placebo e menos eficaz que a aspirina na dor aguda do pós-operatório.

Este e outros estudos desencorajaram a utilização da morfina por esta via até há relativamente poucos anos.

A reabilitação da morfina oral ressurgiu nos hospitais do Reino Unido, em concreto no Hospital de Brompton, em Londres.

A biodisponibilidade da morfina oral é amplamente reduzida (20%) pela sua farmacocinética com uma primeira passagem hepática, o que obriga a doses elevadas por via oral para conseguir uma analgesia equivalente à administração parenteral. Esta falta de conhecimento foi a causa do atraso na utilização desta via tão útil durante décadas.

Actualmente a morfina é o opióide de primeira escolha recomendado pela OMS na

dor oncológica moderada a grave e a via de administração óptima é a oral.

Via oral

Existem duas formas galénicas disponíveis:

- morfina de libertação rápida (comp de 10 e 20 mg e solução oral)
- início rápido e curta duração de acção com pico de concentração plasmática na primeira hora e analgesia durante cerca de 4 h
- mais utilizada para titulação de dose
- morfina de libertação lenta (comp de 10, 30, 60 e 100 mg)
- com pico de concentração plasmática entre 2 a 6 h e duração da analgesia de 12 a 24 h
- utilizada para tratamento de manutenção por ser difícil conseguir níveis de analgesia adequados e ajustar a dose no período de titulação

O método de titulação mais simples é com morfina de libertação rápida (de 4 em 4 h) e a mesma dose em SOS para a dor irruptiva.

Esta dose de “resgate” pode ser dada sempre que necessário (com intervalos superiores a 1 h) com ajuste diário da dose total.

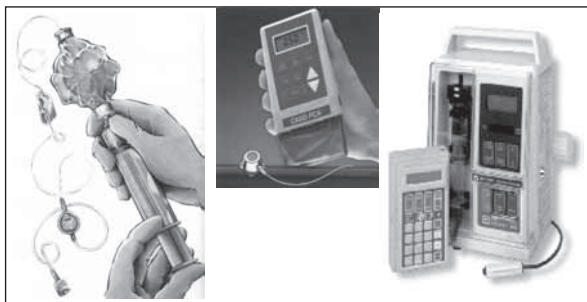
Na terapêutica de manutenção utiliza-se a morfina de libertação lenta de 12 em 12 h (de 8 em 8 h se necessário), ou de 24 em 24 h consoante a formulação utilizada.

Para os doentes tratados com a morfina de libertação rápida uma dose dupla ao deitar pode ser eficaz para evitar o despertar durante a noite com dor.

Utiliza-se a morfina em solução aquosa ou alcoólica de libertação rápida com o mesmo intervalo de administração de 4 em 4 h para os doentes com dificuldade de deglutição.

Via subcutânea

A via subcutânea foi amplamente utilizada no princípio do século, mas a farmacocinética errática em doentes com má circulação periférica e atraso na absorção desencorajou o seu uso.



Via subcutânea

Só recentemente esta via foi recuperada com êxito indiscutível.

Esta mudança deveu-se também ao aparecimento de infusoras contínuas mecânicas e electrónicas.

Actualmente é uma alternativa à via oral quando esta não está disponível (incapacidade de deglutição, vômitos, etc.).

- Quase inócua e muito bem tolerada.
- Económica, e acessível em ambulatório.
- Proporciona uma absorção lenta, mantida e duradoura dos opiáceos.
- Biodisponibilidade equiparada à via e.v. (entre 1/2 e 1/3).

Complicações mais frequentes

- Quistos de retenção que se resolvem mudando o local de punção.
- Infecção no local de punção.
- Não utilizar quando existem alterações da pele.

Via neuraxial

Administração espinal (epidural e intratecal) de analgésicos em combinação ou não com anestésicos locais, deve ser considerada em doentes com inadequada analgesia ou tendo efeitos adversos intoleráveis aos opióides sistémicos.

Em doentes seleccionados a infusão de opióides intraespinal ou intraventricular tem a vantagem de produzir profunda analgesia sem bloqueio motor sensorial ou simpático.

A utilização de morfina intraventricular está a aumentar recentemente com resultados favoráveis em doentes seleccionados.

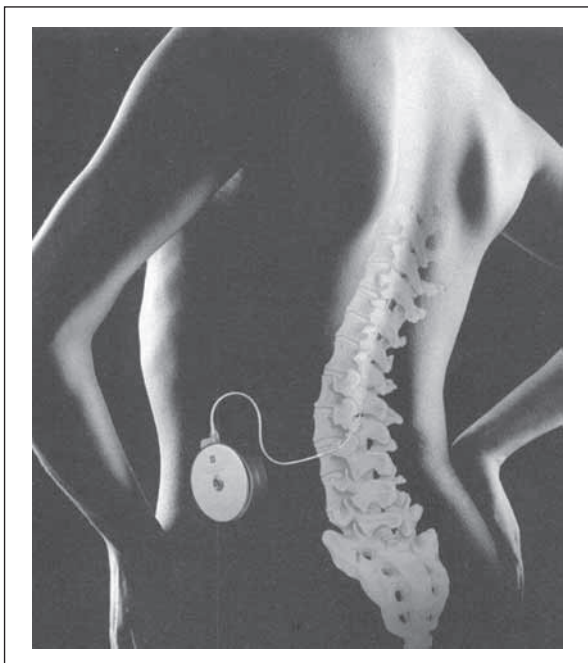
Requer a colocação de um cateter ventricular conectado a um reservatório subcutâneo para a administração intermitente ou contínua.

Fentanil

Foi sintetizado na Bélgica, nos finais dos anos 50, e introduzido na prática clínica em 1960 como anestésico endovenoso.

Tem uma potência analgésica 80 vezes superior à morfina e.v.

Actualmente duas novas vias são usadas no tratamento da dor crónica:



Via neuraxial

- Via transdérmica.
- Via transmucosa oral.

Via transdérmica

É uma nova via muito útil e cómoda para o doente.

Esta via produz um depósito subcutâneo que resulta numa libertação lenta com início da acção de 8-16 h e semivida de eliminação de cerca de 24 h, após a remoção do penso.

A duração da acção é de 72 h.



Via transdérmica

Pode ter vantagens para doentes incapazes de tomar morfina oral como alternativa à infusão subcutânea.

Permite que a administração seja contínua.

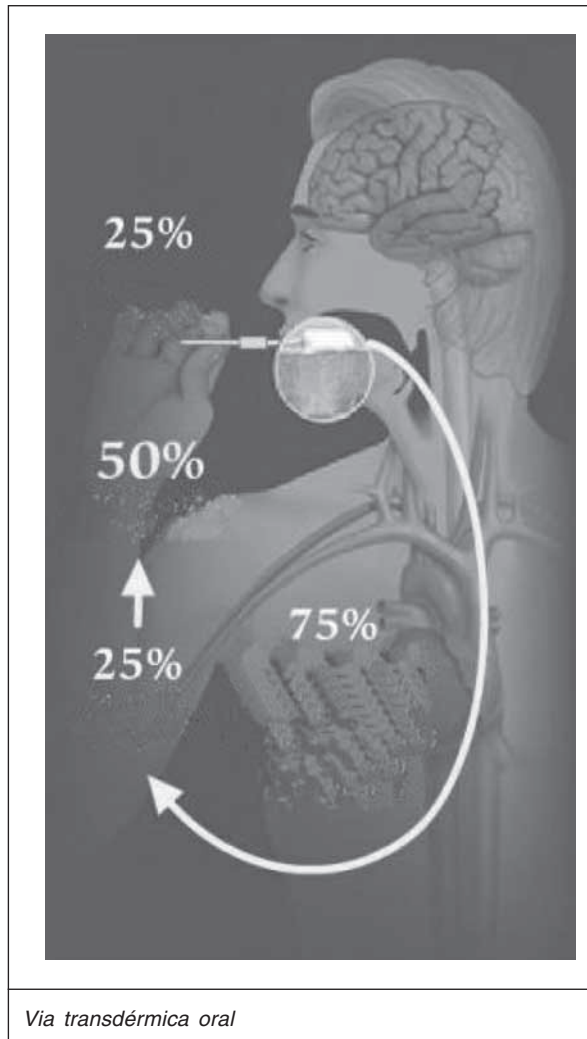
Necessita de titulação prévia e de doses suplementares de opióides nas primeiras 24 h.

Via transmucosa oral

Utilizado apenas no tratamento da dor irruptiva em doentes oncológicos com dor, com terapêutica opióide de base.

Deverá ser prescrito por médicos com conhecimento da farmacocinética e farmacodinâmica dos opióides.

Deve ser titulado individualmente de modo a que se obtenha analgesia adequada com efeitos secundários mínimos.



Buprenorfina

Deriva da tebaína, um constituinte do ópio; foi sintetizada pela 1ª vez no Reino Unido em 1972.



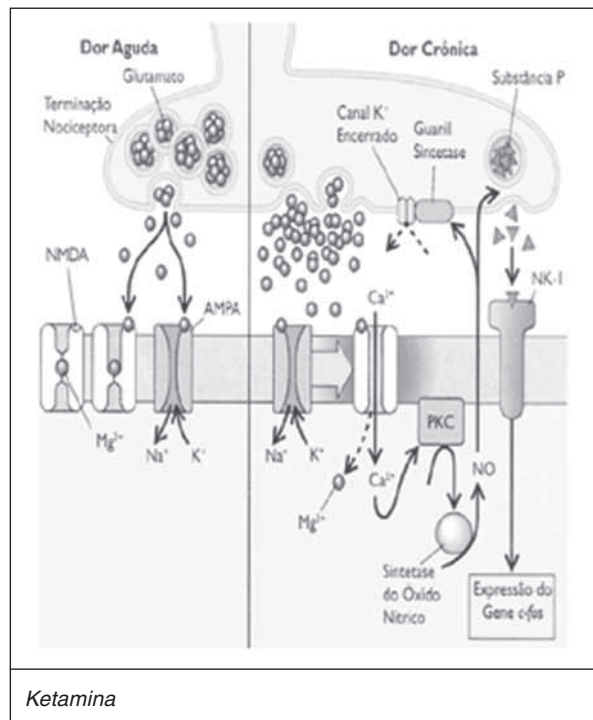
Em 2001 foi lançada uma nova apresentação deste velho fármaco para administração transdérmica.

Ketamina

Um velho fármaco com um novo papel.

Foi descoberta pelo Cal Stevens, médico na Wayne State University, em 1961.

É um antagonista dos receptores N-metil-D-aspartato (NMDA), cuja activação é responsável



pelo fenómeno de *wind-up* ou de sensibilização central na dor crónica (p. ex. as síndromes dolorosas com alodinia e hiperalgesia).

A ketamina pode ter um papel em doentes cuidadosamente seleccionados com dor grave intratável. Continua em estudo a definição clara do seu papel na terapêutica da dor crónica oncológica.

As doses recomendadas são 10 a 30 mg subcutânea, seguida de infusão contínua de 300 mg/dia com ajuste de 50 em 50 mg a um máximo de 700 mg/dia.

Há evidência de que a ketamina reverte a tolerância à morfina.

Na prática, ao aumentar de novo a sensibilidade à morfina é necessário reduzir a sua dose em cerca de 30 a 50% após terapêutica prévia com a ketamina.

Conclusão

A introdução de novas vias de administração de velhos fármacos tornou possível a sua reabilitação no tratamento da dor crónica oncológica aproveitando a experiência clínica já adquirida.

A tecnologia tornou possível que os fármacos já existentes sejam administrados de forma não invasiva, como os pensos de libertação controlada e contínua, ou as membranas de elastano, que permitem uma libertação fixa e com doses pré-estabelecidas.

Também, o aparecimento recente das “infusoras” para analgesia controlada permitem ao doente uma autonomia até antes nunca experimentada.

Bibliografia

1. Smith HS. Novel Routes of Analgesic Administration. *Drugs of Pain* 289.
2. Säwe J, Dahlström B, Rane A. Steady state kinetics and analgesic effect of oral morphine in cancer patients. *Eur J Clin Pharmacology* 1983;24:537-42.
3. Hanks GW, De Conno F, Cherny N, et al. Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. *British Journal of Cancer* 2001;84(5):587-93.
4. World Health Organization Collaborating Centre for Policy & Communications in Cancer Care; New WHO Opioid Guidelines Put into Action. *Cancer Pain Release* 2001;14(1):1-8.
5. Indelicato RA, Portenoy RK. Opioid Rotation in the Management of Refractory Cancer Pain. *Journal of Clinical Oncology* 2002;20(1):348-52.
6. Dale O, Hjortkjaer R, Kharasch ED. Nasal administration of opioids for pain management in adults. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 2002;46:759-70.

Mesa Redonda

O que há de novo no tratamento da dor em oncologia

Indicadores de Desempenho como Suporte de Melhoria Contínua

Pedro Caldeira

Resumo

A actual conjectura económica impõe a procura de novas práticas que permitam melhorar os resultados obtidos pelos serviços de saúde sem necessidade de investimentos elevados. A utilização de indicadores de desempenho permite não só controlar as práticas existentes em cada organização como melhorar continuamente os resultados alcançados, suportando e fundamentando as decisões em informação inequívoca.

Palavras chave: Indicadores Desempenho. Melhoria contínua. Processos-chave. Resultados. Boas-práticas. *Benchmarks*.

O aumento de custos dos serviços de saúde nos últimos anos e, em consequência, a necessidade de elevar as despesas do sector, a par da não eficácia dos recursos financeiros consumidos, conduziu a múltiplas preocupações entre os gestores e as entidades responsáveis por políticas públicas e de saúde.

Nestas condições, o aumento da procura de cuidados de saúde não tem vindo a diminuir, mas sim a aumentar e a diversificar-se. Da mesma forma, os elevados custos das diferentes alternativas de actuação impuseram um considerável peso nos orçamentos institucionais que os governos tentam controlar, acima de tudo, em matérias de eficácia, equidade, qualidade e custos de cuidados de saúde.

No momento em que as organizações começaram a identificar os seus processos-chave, descobriram inúmeras oportunidades de eliminar actividades desnecessárias, erros e incorrecta gestão de tempo. Os processos-chave

são vitais e devem evoluir; sem eles qualquer organização está votada ao fracasso e à desintegração.

A par da quantificação do que se faz e da rentabilização dos recursos, torna-se evidente a necessidade de avaliar as práticas existentes e a sua adequação (neste sector, rastrear, diagnosticar, monitorizar, tratar e paliar estados mórbidos). É importante lembrar que não vale a pena desempenhar correctamente uma actividade intrinsecamente errada.

Para uma organização de saúde, manter a sua capacidade de resposta adequada às necessidades e expectativas dos utentes/doentes e seus familiares (no fundo, a sociedade no seu todo) é imprescindível ter um conhecimento atempado das mesmas e relacioná-lo com a capacidade real, instalada, existente a cada momento. Por outro lado, é fundamental identificar quem precisa dos serviços, para quê, por quê, como e quando e ainda definir quais os serviços que são procurados e quais os que são necessários.

Agora que o sector da saúde está no centro dos interesses dos poderes públicos e dos seus gestores, para que se possam continuar a garantir os cuidados de saúde a todos os cidadãos, a actual situação econó-

mica impõe restrições importantes no, aparente, necessário aumento de recursos para a saúde.

Neste contexto, a utilização de indicadores de desempenho é introduzida como ferramenta de análise da eficácia da utilização de recursos, entendida como a capacidade de gerar cuidados de saúde, com a introdução de novas práticas que permitam obter melhores resultados (*outcomes*).

O descrito pode ser traduzido pela equação:

Estrutura (recursos) + processos = resultados

Um indicador pode ser definido como uma medida (específica e quantificável) que permite determinar o desempenho de funções e processos ao longo do tempo. Os indicadores são, geralmente, expressos como uma taxa ou razão, o que os torna mais úteis quer para identificar e medir tendências, quer para fornecer dados comparativos entre instituições semelhantes.

Um indicador possui diversas características intrínsecas, devendo ser:

- Válido.
- Digno de confiança.
- Mensurável.
- Objectivo.
- Dinâmico.

De acordo com a equação apresentada anteriormente podemos, muito claramente, definir três tipos de indicadores:

- De estrutura – referentes aos recursos (humanos e materiais) e à disponibilidade dos mesmos.
- De processo – referentes a todas as actividades desenvolvidas. Na grande maioria das vezes suportados em protocolos clínicos.
- De resultado – referentes ao efeito produzido por um determinado conjunto de recursos quando associados/consumidos por um processo.

Para o cálculo de indicadores é necessário garantir que os dados são precisos, completos, consistentes no tempo, oportunos, comparáveis e reprodutíveis. Não podemos esquecer que os dados são somente informação após tratamento e que representam coisas, factos e conceitos armazenados em determinado formato.

Visto a recolha de dados para o cálculo de indicadores e a manutenção de bases de dados poderem exigir muito tempo e recursos, é

imperioso garantir que os indicadores a considerar reflectam o que de mais importante há para monitorizar.

A comparação de indicadores e a definição de requisitos (cumprimento obrigatório) e de critérios (para estabelecimento de patamares de desempenho/actuação) pode ser útil no âmbito de uma instituição individual, assim como para determinada região ou país.

Por outro lado, a comparação de resultados e práticas associadas, com outras instituições semelhantes, permite maximizar a melhoria contínua das organizações, ao nivelar pelo melhor desempenho. É assim possível criar actividades de “boas-práticas” (*benchmarks*) a serem empregues para a melhoria de outras organizações de saúde.

A medição destas melhorias deverá ser efectuada nas vertentes qualitativa e quantitativa, nunca esquecendo a componente de custos, tornando mais enriquecedora a análise global de resultados. As medições quantitativas fornecem informação objectiva, enquanto que as qualitativas envolvem percepções e, portanto, subjectividade. Deverá haver um equilíbrio na associação das duas para obter resultados mais fiáveis. Estas práticas são frequentes no sector industrial e transponíveis para o sector da saúde, permitindo aumentar a satisfação dos clientes e a investigação em novos produtos e/ou soluções.

Comparando as melhores práticas, os gestores/decisores poderão fundamentar com maior rigor as decisões de mudança que indubitavelmente acabarão por condicionar a evolução da respectiva organização.

Cada vez mais a decisão tem de ser fundamentada na evidência adquirida a partir dos resultados, avaliados de forma credível e clara, o que só é possível com instrumentos precisos, fiáveis e reprodutíveis.

Bibliografia

1. Treasure T. Lessons from the Bristol case. *BMJ* 1998;316:1685-6.
2. Department of Health. The NHS modern and dependable: a national framework for assessing performance. Londres: Department of Health 1998.
3. McKee M. Indicators of clinical performance. *BMJ* 1997;315:142.
4. Davies HTO, Crombie IK. Interpreting health outcomes. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 1997;3:187-99.
5. Department of Health. The Patient's charter: raising the standard. Londres: HMSO 1991.
6. Berwick D. A primer on leading the improvement of systems. *BMJ* 1996;312:619-22.

Mesa redonda

A dor neuropática no doente oncológico

Cefaleias e Nevralgias Orofaciais

Ilda Costa

As cefaleias e nevralgias orofaciais no doente oncológico surgem em patologias variadas e podem ter uma expressão diferente consoante a causa subjacente:

- tumores cerebrais primários
- metástases cerebrais
- carcinomatose meníngea
- tumores com invasão da base do crânio
- tumores da cabeça e pescoço
- metástases ósseas
- relacionadas com o tratamento

Cefaleias nos tumores cerebrais primários e metástases cerebrais

A cefaleia é um sintoma significativo na apresentação clínica dos tumores primários em 40-50% dos adultos e 50-75% das crianças.

São o único sintoma inaugural em apenas 8-12% dos doentes.

São mais frequentes:

- nos tumores de crescimento rápido
- nas lesões da fossa posterior
- nos doentes com história de cefaleias prévias

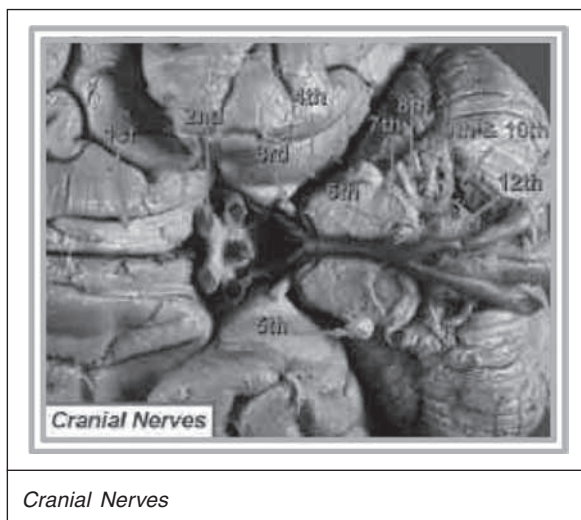
As cefaleias surgem por distorção directa ou indirecta ou invasão das estruturas intracranianas “sensíveis” à dor:

- 1) artérias meníngeas e durais;
- 2) seios de drenagem venosa;
- 3) dura adjacente aos vasos, tentório e diafragma selar;
- 4) grandes vasos da base do crânio (polígono de Willis) e 1^{os} cm dos seus ramos;
- 5) nervos cranianos com fibras nociceptivas (V, VII, IX e X).

Nervos cranianos com fibras nociceptivas:

- V – trigémio
- VII – facial
- IX – glossofaríngeo
- X – vago

A dor da cavidade intracraniana é visceral, e por isso não é “percebida” directamente em

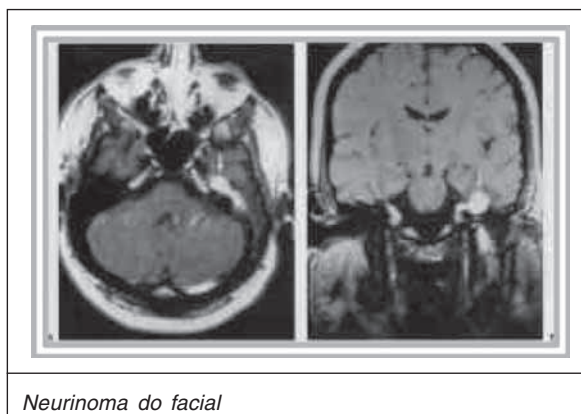


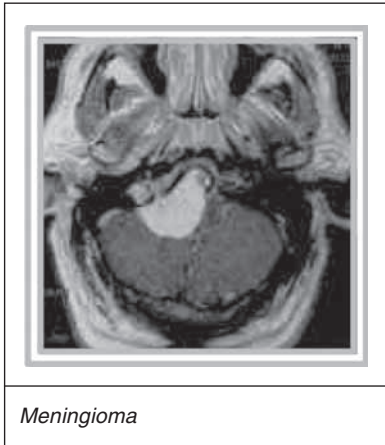
relação ao tecido lesado mas sim referida às estruturas superficiais ou vagamente lateralizada.

Nas lesões lateralizadas predomina a dor ipsilateral, nas lesões supratentoriais a dor frontal e nas lesões da fossa posterior a dor occipital/cervical.

Há inúmeras exceções, por exemplo:

- Compressão do VII por tumor da fossa posterior com dor referida atrás do pavilhão auricular, a distribuição sensitiva do facial.
- Tumor frontal com efeito de massa sobre o tronco cerebral com empurramento caudal





Meningioma

e tracção dos últimos nervos cranianos provoca dor occipital/cervical alta.

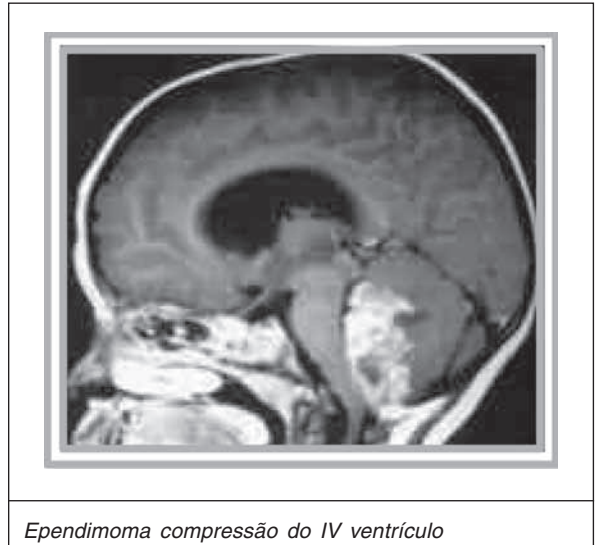
- Tumor da fossa posterior com compressão do aqueduto de Sylvius ou do IV ventrículo ao condicionar hidrocefalia e dilatação dos cornos frontais provoca tracção das estruturas supratentoriais e cefaleia bifrontal.

As cefaleias "clássicas" dos tumores cerebrais – de predomínio matinal –, agravadas com o esforço, movimentos bruscos, anteflexão do pescoço e acompanhadas de vômitos são pouco frequentes. Podem mimetizar as cefaleias de "tensão" ou *migraine*.

São "moderadas a graves" com distúrbio do sono em apenas 1/3 dos doentes e com resposta aos analgésicos simples em 1/2 dos doentes (a não ser que haja hipertensão intracraniana).

São sinais de alerta:

- 1) cefaleias de início recente se surgirem na "meia idade";
- 2) alteração do padrão das cefaleias prévias: aumento da sua frequência, intensidade ou menor resposta à terapêutica analgésica;



Ependimoma compressão do IV ventrículo

- 3) associação de outros sintomas neurológicos, sobretudo se persistem durante a cefaleia ou entre os episódios de dor;
- 4) exame neurológico anormal.

O diagnóstico e a suspeição clínica assenta numa história e observação cuidada que orienta a avaliação imagiológica a realizar.

Carcinomatose meníngea

É a disseminação metastática no espaço leptomeningeo por vezes com invasão associada do parênquima cerebral ou medular.

Surge em cerca de 10-20% dos doentes com leucemia linfocítica ou linfoblástica aguda, em 6% dos doentes com linfoma não Hodgkin.

Nos tumores sólidos disseminados surge em 10% dos doentes, a maioria em relação com tumor da mama, pulmão e melanoma.

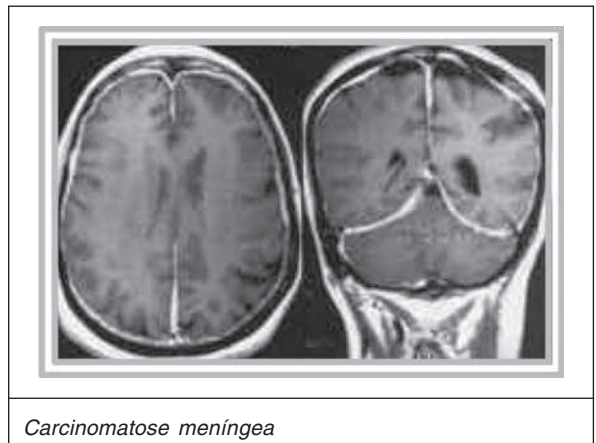
Os doentes apresentam sintomas e sinais neurológicos multifocais cerebrais, de nervos cranianos e espinhais.

A cefaleia e a lombociatalgia são os sintomas iniciais mais frequentes.

A cefaleia surge em cerca de 30% dos doentes. É inespecífica bifrontal ou cervicooc-



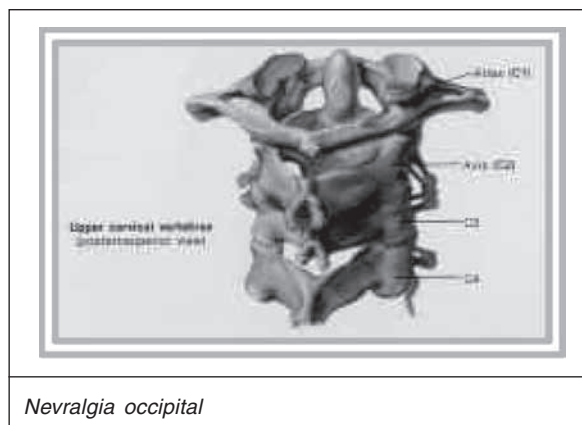
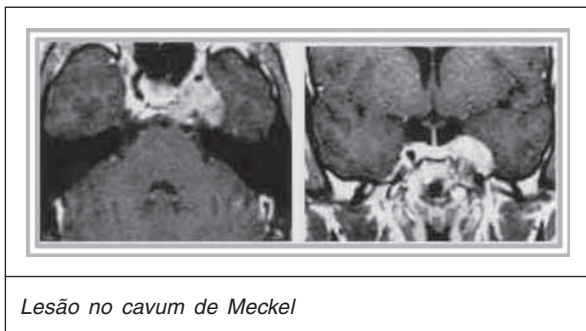
Tumor da pineal compressão do aqueduto de Sylvius



Carcinomatose meníngea

Tabela 1.

Foramen	Nervo Craniano
Fossa média	
Redondo	V2
Oval	V3
Fossa posterior	
Jugular	IX, X, XI
Condiliano	XII



cipital, grave e associada a sinais de irritação meníngea, i.e. náuseas, vômitos, fotofobia e rigidez da nuca.

A 1ª citologia é positiva em apenas 50%, mas com punções lombares repetidas dá o diagnóstico em 90% dos casos.

A ressonância magnética com gadolínio mostra reforço meníngeo e nódulos captantes mesmo com citologias negativas.

Tumores com invasão da base do crânio

A base do crânio é a região atrás da pirâmide nasal e acima da laringe.

Os nervos cranianos são envolvidos na sua emergência pelos vários orifícios da fossa média e posterior na base do crânio.

A invasão da base do crânio surge por:

- 1) extensão directa dos tumores da nasofaringe;
- 2) disseminação neurotrópica dos tumores da cavidade bucal e laringea;

3) metastização óssea de tumores sistémicos com predomínio da mama, pulmão ou próstata.

Embora a cefaleia seja frequente nestas síndromes, alguns doentes referem só parestesia ou disestesia e dormência na distribuição de um ou mais nervos cranianos.

Quando a dor está presente pode preceder os outros sintomas em semanas ou meses.

Embora a dor por envolvimento dos nervos cranianos siga a distribuição dos seus ramos sensitivos, tem um carácter mais contínuo e uma topografia menos definida.

Algumas características que ajudam na definição dos nervos cranianos envolvidos:

Trigémio (V)

Dor na face, unilateral, desencadeada pela estimulação táctil ou térmica de áreas *trigger*, pela mastigação, fala, lavagem da face e dentes.

Nervus intermedius, facial (VII)

Dor no canal auditivo espontânea ou desencadeada pela deglutição e fala, por vezes com salivação, sabor amargo, zumbido ou vertigem.

Tabela 2. Tumores com invasão da base do crânio. Síndromes clínicas I

Síndrome	Fisiopatologia	Caractertísticas da dor	Sintomas associados
Seio cavernoso	Metástase no seio cavernoso	Cefaleia frontal	Diplopia oftalmoplegia edema papilar (III–VI)
Seio esfenoidal	Metástase no seio esfenoidal	Cefaleia frontotemporal e retroorbitária	Diplopia (VI) obstrução nasal
Clívus	Metástase no clívus (esfenóide e occipial)	Cefaleia no vértex acentuada pela anteflexão do pescoço	Paresia facial, rouquidão, disfagia, paresia do trapézio (VII e IX–XII)

Tabela 3. Tumores com invasão da base do crânio. Síndromes clínicas II			
Síndrome	Fisiopatologia	Características da dor	Sintomas associados
Foramen jugular	Metástase no foramen jugular	Dor occipital ↑ c/ movim. cabeça, irradiada ao	Rouquidão, disartria, disfagia, paresia do
Côndilo occipital	Metástase no côndilo occipital	Dor occipital localizada, acentuada pela anteflexão do pescoço	Paresia da língua (XII), m. esternocleidomastoideu

Tabela 4. Cefaleias e nevralgias orofaciais. Relacionadas com o tratamento			
Síndrome	Fisiopatologia	Características da dor	Sintomas associados
Pós operatória: Esvaziamento ganglionar cervical	Secção raízes nervosas do plexo cervical	Ardor, nevralgia, ↑ toque e movimento	Alodínia na cicatriz, hiperestesia, neuroma
Pós quimiot/ radioterapia Mucosite	Ulcerção da boca e mucosa faríngea	Dor severa ↑ pela fala, mastigação, deglutição	
Pós radioterapia Fibrose plexo braquial	Fibrose envolve os nervos com lesão	Dor progressiva em queimadura	Alodínia, dormência, paresia (C5–6)
Mielopatia	Lesão desmielinizante/ Vascular medular	Dor segmentar, referida aos m. inferiores Lhermitte	Paresia, sinais piramidais

Glossofaríngeo (IX)

Dor na fossa amigdalina, faringe e base da língua, irradiada ao ouvido, ângulo da mandíbula, desencadeada pela deglutição, bocejo ou fala, arritmia e síncope durante a dor.

Nervo laríngeo superior, auricular: vago (X)

Dor lateral à cartilagem tiroideia, seio piriforme, ângulo da mandíbula e ouvido, associada por vezes a *hippus*, estridor inspiratório, salivação ou tosse. Uma dor unilateral no pavilhão auricular e face pode ser uma dor referida do ramo auricular em doentes com tumor do pulmão.

Ums síndrome de Horner associada indica envolvimento extracraniano das fibras simpáticas na proximidade do foramen jugular e associado a lesão do IX, X e XI.

“Nevralgia occipital” (C2/C3)

O envolvimento metastático da charneira e coluna cervical alta até C3 pode mimetizar a nevralgia occipital com dor parietooccipital unilateral.

Considerações finais

- Apesar da cefaleia não ser um dos sintomas mais frequentes no doente oncológico e não ter um valor localizador, é sempre um sinal de alerta.
- Nas cefaleias e nevralgias orofaciais sintomáticas o tratamento passa sobretudo pela orientação da causa oncológica subjacente, que é necessário caracterizar.

Bibliografia

- Lance JW, Goadsby PJ. Non-vascular intracranial disorders. Mechanism and Management of Headache 1998;254-65.
- Lance JW, Goadsby PJ. Disorders of the neck, cranial and extracranial structures. Mechanism and Management of Headache 1998;266-77.
- Wilson-Pauwels L, Akesson JE, Stewart PA. Cranial Nerves, Anatomy and Clinical Comments 1988.
- Rosen TD, Capobianco DJ, Dalesio DJ. Headache associated with abnormalities in intracranial structure or function: High cerebrospinal fluid pressure headache and Brain Tumor. Wolff's Headache and Other Head Pain 2001;393-412.
- Goadsby PJ, Silberstein SD. Brain tumors and other space-occupying lesions. Headache 1997;313-25.
- Elias WJ, Burchiel KJ. Trigeminal neuralgia and other neuropathic pain syndromes of the head and face. Curr Pain Headache Rep 2002;6(2):115-24.
- Posner JB. Leptomeningeal metastases. Neurologic Complications of Cancer 1995;143-71.

Simpósio Ferrer Azevedos

Estudo de Prevalência de Dor Irruptiva em Portugal

J. Luís Portela

Summary

In cancer patients, pain occurs in 30 to 60% of them at a given time of the diagnosis and, in between 75 to 100% at advanced stage of the disease. A standard practice for the pain palliative treatment is based upon the prescription of a maintenance therapy for chronic pain, and additional doses of analgesics for treating the episodes of irruptive pain referred to as “breakthrough pain” at the Anglo-Saxon literature. In spite of some progress, pain management still is a major challenge for professionals treating those patients. The breakthrough pain can be defined as a transient exacerbation of pain that occurs suddenly on a relatively controlled and more intensive background pain. (Portenoy, 1990).

Usually the onset of breakthrough pain can be paroxysmal, with an intensity peak ranging from 3 to 5 min, and lasting 20 to 30 min.

Breakthrough pain, in association with a high prevalence and impacting several different qualitative aspects of the patient’s care and well being, converts itself into a paradigmatic subject for investigation.

Our objective was to determine the prevalence of breakthrough pain among cancer patients controlled at pain clinics and followed by teams specialized in pain palliative care in 25 Portuguese institutions in an index day (May 2001).

We analyse data from 135 patients and we detect 99 breakthrough pain episodes in 56 patients (41.5%). The great difficulty in treating these episodes was reflected by the high percentage of untreated episodes (34.7%), shown at this study.

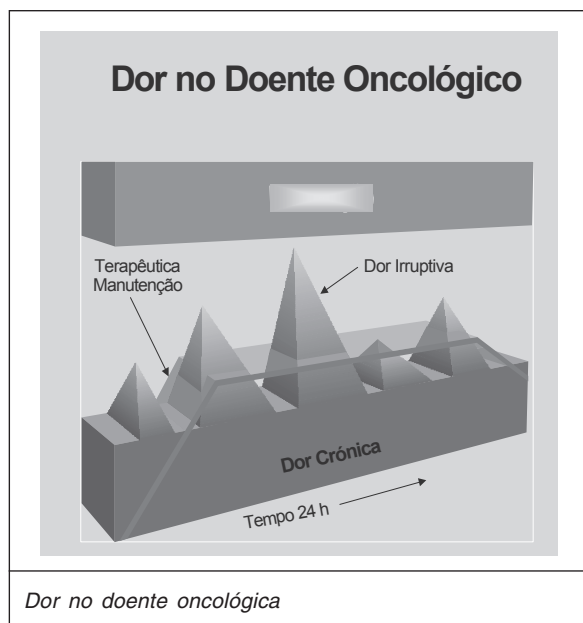
The treatments established at time of the study show a profile of action that dose not matches the requirements needed to treat episodes of breakthrough pain, since the onset of action took in average 32.5 min and, in the worst case, 2 h before the relief of pain was obtained.

Introdução

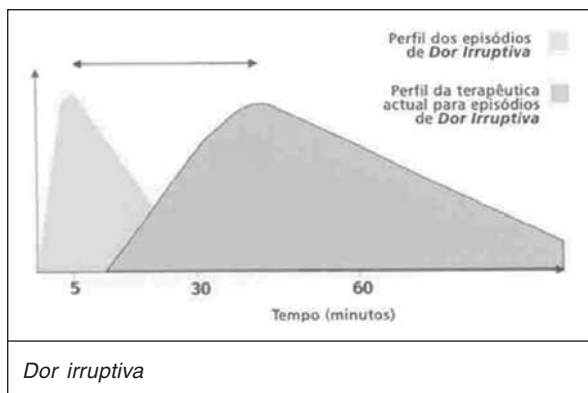
A prevalência da dor no doente oncológico, com apreciáveis diferenças segundo os vários autores, cifra-se em cerca de 1/3 dos doentes nas fases iniciais e de 2/3 a 100% nas fases avançadas da doença¹.

Simultaneamente com a dor base, mesmo que efectivamente tratada com opióides, o doente é muitas vezes sujeito a crises de dor transitória que, pelo seu carácter esporádico e inesperado, se tornam muito incómodas e desconfortáveis.

Em 1990, Portenoy e Hagen² propuseram o termo *breakthrough pain* para qualquer aumento transitório de dor experimentado por um doente com cancro cuja dor, estável e persistente, estava sujeita a um tratamento à base de opióides.



Chefe de Serviço de Anestesiologia
Chefe da Unidade Autónoma “Clínica da Dor”
do IPOFG SA – CROL



E embora este quadro já tivesse sido descrito por Saunders, em 1963³, verificou-se nos últimos anos grande interesse por parte dos vários autores por este assunto, passando a surgir a designação *breakthrough pain*, na literatura inglesa e americana, para designar exacerbações espontâneas de dor, distinguindo-as de dor provocada por manobras do doente ou no doente (*incidental pain*), ou falência final de dose (*end-of-dose failure*).

Entre nós o termo “dor irruptiva” surge em 2002⁴, numa tentativa de tradução do termo anglo-saxónico *breakthrough pain*, para definir qualquer exacerbação espontânea de dor num doente oncológico sujeito a tratamento com opióides, distinguindo-a da dor incidental e da dor por falência final de dose, embora, na prática, nem sempre seja fácil distinguir estes 3 tipos de dor.

A dor irruptiva pode ser somática, visceral ou neuropática e está, em regra, relacionada com os mecanismos causais da dor crónica no doente oncológico: evolução tumoral, abordagens terapêuticas, ou outras², embora o que a caracteriza seja a sua natureza idiopática.

Instala-se, de um modo geral, de forma paroxística, com um pico de intensidade entre os 3 e 5 min, embora possa desenvolver-se gradualmente. Dura, em média, 20 a 30 min, variando, também, em média, entre 1 a 4 episódios por dia.

A prevalência da dor irruptiva apresenta uma enorme amplitude reflectida na literatura sobre o assunto, variando entre 17 e 100%, embora estes valores se cifrem sempre acima dos 50% quando o tumor primitivo se localiza na próstata, aparelho genitourinário, cabeça e pescoço, esófago e pâncreas¹.

A dor irruptiva representa um problema em termos terapêuticos, já que as substâncias comumente utilizadas apresentam uma *décalage* entre os seus perfis plasmáticos e o pico de intensidade máximo da dor irruptiva, com excepção morfina e.v.⁵, só praticável em regime de internamento.

A dor irruptiva mal tratada representa, pois, grande sofrimento para o doente, constituindo um encargo suplementar em termos de custos pela necessidade do recurso a hospitalizações, aumento do número de consultas e recurso a centros de emergência⁶.

Objectivo do estudo

Dado que se trata de um problema com grande relevância para o doente e não existem dados epidemiológicos sobre a dor irruptiva em Portugal, pretende-se com este estudo determinar a sua prevalência nos doentes oncológicos, seguidos em consultas de dor do nosso País, num período definido (Maio de 2001).

Metodologia

Estudo transversal e de observação, multicêntrico, tendo por objectivo avaliar a prevalência da dor irruptiva em doentes oncológicos sujeitos a terapêutica com opióides de base, no dia anterior à consulta (dia índice).

Para cada doente foram utilizados impressos próprios, iguais em todas as consultas, em que se recolheram dados de identificação, tipo de consulta, patologia oncológica de base, características da dor crónica, analgésicos opióides utilizados regularmente e terapêutica analgésica adjuvante, número total de episódios de dor irruptiva e suas características bem como terapêutica instituída.

Critérios de inclusão

Todos os doentes oncológicos seguidos nas consultas de dor no dia índice, sob terapêutica analgésica com opióides de base.

Critérios de exclusão

- Doentes de primeira consulta.
- Doentes com menos de 24 h após a primeira medicação.
- Doentes com transtornos cognitivos.
- Doentes agónicos.

Resultados

Foram recolhidos questionários de 25 unidades de dor e cuidados paliativos em Portugal continental e Ilha da Madeira, que incluíram um total de 135 doentes, com uma idade média de 60 anos, sendo 51,4% do sexo feminino e 48,6% do sexo masculino.

O tipo de consulta foi programada em 91,3% e por iniciativa própria em 8,7% dos casos.

Quanto aos tumores primitivos que estavam na base da sintomatologia algica (Quadro 1), verificou-se que a maior percentagem se situa nos tumores da mama, cólon, pulmão, próstata e pâncreas, distribuindo-se os restantes com grande dispersão segundo os vários tipos de tumor.

A terapêutica analgésica de base era constituída por analgésicos opióides fortes em 102 doentes (75,5%) e analgésicos opióides fracos em 33 doentes (24,4%). As terapêuticas concomitantes (Quadro 2) foram variáveis, com domínio dos NSAID (68,1%) e antidepressivos (58,7%).

Verificou-se um total de 99 episódios de dor irruptiva em 56 doentes (41,5% do total).

Tabela 1.

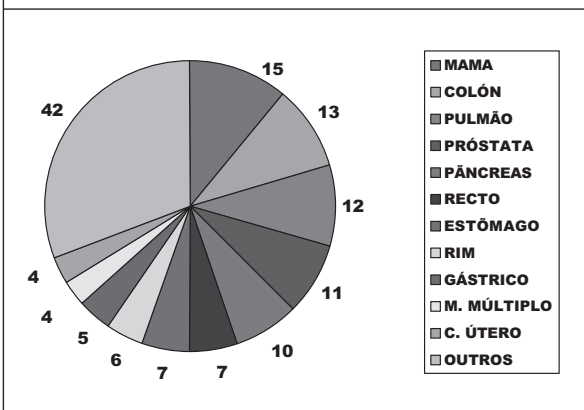


Tabela 2.

AINE	94 doentes	68,1%
Corticóides	28 doentes	20,3%
Anticonvulsivantes	26 doentes	18,8%
Antidepressivos	81 doentes	58,7%
Outros	42 doentes	30,4%

O número de episódios por doente oscilou entre 1 e 5 episódios (média 1,76), verificando-se que apenas um doente referiu 5 episódios.

Os episódios ocorreram de um modo súbito em 57,7% dos casos e gradualmente em 42,3% dos doentes.

A duração média dos episódios foi de 46,8 min (variações entre 2 e 240 min), sendo a intensidade média da crise de 6,14, avaliada através da escala visual analógica (VAS).

Quanto ao tipo de dor ela ocorreu de um modo espontâneo em 48,5% dos casos, de um modo incidental em 34% e por falência final de dose em 17,5%.

As terapêuticas instituídas nas crises (Quadro 3) foram muito variadas, ocupando os opióides fortes a maior percentagem (35,2%), seguido pelos NSAID (26,4%) e em menor percentagem outros fármacos e outros métodos. É de realçar que cerca de um terço dos episódios (34,7%) não foi sujeito a qualquer terapêutica.

O tempo médio até ao alívio da dor foi de 32,5 min, com um intervalo entre 2 e 120 min.

Conclusões

É notório neste estudo a elevada prevalência de episódios de dor espontânea nos doentes oncológicos sujeitos a terapêutica de manutenção com opióides (41,5%), embora, na caracterização dos episódios, apenas metade dos episódios se possa considerar como dor irruptiva. Este facto, no entanto, não altera o interesse do problema, na medida em que, perante um episódio de dor espontânea se impõe uma terapêutica com início de acção imediata, devendo a caracterização do tipo de dor indicar-nos a melhor atitude a tomar.

Tabela 3.

Morfina	23 episódios	31,9%
AINE	19 episódios	26,4%
Propacetamol	7 episódios	9,7%
Paracetamol	6 episódios	8,3%
Tramadol	5 episódios	6,9%
Ketomizol	3 episódios	4,2%
Dextropropoxifeno	2 episódios	2,8%
Fentanil	1 episódio	1,4%
Codeína	1 episódio	3,3%
Clonixina	1 episódio	3,3%
Hectonizol	1 episódio	3,3%
Outros	3 episódios	4,2%
Relaxamento / Manobras físicas	6 episódios	8,3%
Nenhuma / Não referida	25 episódios	34,7%

O tipo de estudo efectuado e a recolha de dados, em que houve grande variabilidade entre as pessoas que colheram informação e o subjectivismo inerente nestes casos, podem levantar algumas reticências quanto aos resultados; contudo, parecem suficientemente elucidativos sobre a importância do problema e a ausência de tratamento adequados, já que o tempo necessário ao alívio da dor se mostrou muito aumentado.

Registe-se, também, o facto da percentagem elevada de doentes em que não foi efectuado qualquer tratamento.

Agradecimento

Agradecemos às unidades de dor dos Hospitais de S. João, Santo António e IPOFG, Porto, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Hospital de N^ª S^ª de Oliveira, Guimarães, Hospitais da Universidade, Centro Hospitalar e IPOFG, Coimbra, Centro Hospitalar da Cova da Beira, Fundão, Hospital Inf. D. Pedro, Aveiro, Hospital Santo André, Leiria, Hospital Reynaldo dos Santos, Vila Franca de Xira, Hospitais Curry Cabral, Santo António dos Capuchos, S. Francisco Xavier e IPOFG, Lisboa, Hospital Fernando da Fonseca, Amadora, Hospital de Santa Cruz, Carnaxide, Unidade de Cuidados Continuados, Odivelas, Hospital Garcia de Orta, Almada, Hospital N^ª S^ª do Rosário, Barreiro, Hospital Distrital de Setúbal, Hospital do Espírito Santo, Évora e Centro Hospitalar do Funchal, a sua prestigiosa colaboração, sem a qual não teria sido possível realizar este estudo.

Agradecemos, também, aos Laboratórios Ferrer Azevedos, SA por todo o apoio logístico.

Bibliografia

- Higgson IY, Hearn Y, Addington-Hall J. Epidemiology of cancer pain. Em: Sykes N, Fallon MT, Patt RB (eds). Cancer Pain 2003.
- Portenoy RK, Hagen NA. Breakthrough pain: definition, prevalence and characteristics. Pain 1990;41:273-81.
- Saunders C. The treatment of intractable pain in terminal cancer. Proc R Soc Med 1963;56:195-7.
- Portela JL. Estudo sobre a prevalência da dor irruptiva em doentes oncológicos em Portugal. Poster 2002.
- Sevarino FB, et al. Anesth Analg 1997;84:330.
- Fortner B, Okon T, Portenoy RK. In press.

Simpósio Ferrer Azevedos

Caracterização e Experiência Clínica com Citrato de Fentanil Transmucosa Oral

Matilde Raposo

Resumo

Com este trabalho pretendeu-se rever a forma de actuação do citrato de fentanil transmucosa oral, e demonstrar a sua utilidade no tratamento da dor irruptiva em doentes oncológicos com dor medicados com opióides.

Palavras chave: Citrato de fentanil. Dor irruptiva.

A dor é o sintoma mais frequente em oncologia, estimando-se que cerca de 90% dos doentes com doença oncológica sofram de dor em alguma etapa do decurso da sua doença.

Apesar de tão elevada percentagem de doentes com dor, a literatura mundial refere que em cerca de 70 a 80% destes doentes o quadro algico pode ser controlado. Para que tal aconteça é necessário que a abordagem do doente seja feita de uma forma holística, e que na instituição da terapêutica sejam respeitadas as recomendações sobre a utilização de analgésicos.

Nestas recomendações está incluída a escada analgésica preconizada pela OMS, que se baseia fundamentalmente no tratamento farmacológico da dor utilizando analgésicos de uma forma sequencial segundo a sua potência, e associando sempre que necessário coanalgésicos.

Existem, no entanto, exacerbações de dor num contexto de dor basal bem controlada com opióides que Portenoy, et al., em 1999, definiu como "dor irruptiva". As principais características deste tipo de dor são o seu início súbito, a sua curta duração, a intensidade grave, e não ocorrendo mais de quatro vezes num período de vinte e quatro horas. É importante identificar a causa afim de se poder instituir tratamento apropriado.

Procurou-se para o seu tratamento um fármaco com estas características.

O citrato de fentanil transmucosa oral, pelo seu rápido início de acção, a sua rápida elimi-

nação, podendo ser utilizado de uma forma não invasiva, parece-nos o fármaco ideal para o tratamento deste tipo de dor.

Farmacocinética do citrato de fentanil transmucosa oral (OTFC)

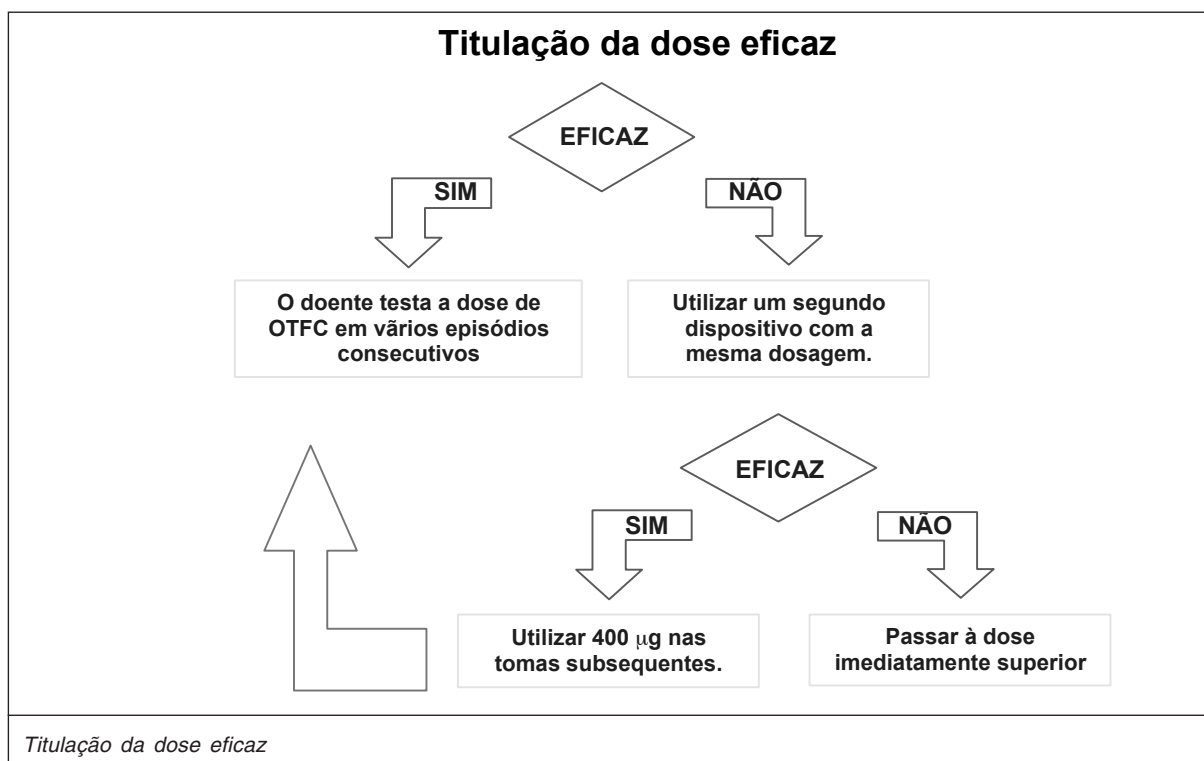
Absorção

A absorção farmacocinética do fentanil transmucosa oral resulta de uma rápida absorção inicial através da mucosa oral, e de uma absorção mais prolongada do fármaco através do aparelho gastrointestinal. A bioavaliabilidade do fentanil dependerá da fracção da dose que é absorvida através da mucosa oral e da fracção que é deglutida e absorvida através da mucosa do estômago.

Normalmente, aproximadamente 25% da dose total do OTFC é absorvida pela mucosa oral, e torna-se imediatamente biodisponível. O fármaco restante (75%) é deglutido com a saliva e é então absorvido lentamente através do aparelho gastrointestinal. Cerca de 25% desta quantidade de fármaco é absorvido através da mucosa gástrica e torna-se também biodisponível imediatamente. Assim, cerca de 50% do fármaco apresenta uma biodisponibilidade quase imediata.

Distribuição e metabolização

O fentanil é altamente lipofílico. A seguir à sua absorção é rapidamente distribuído para o cérebro, coração, pulmão, rins e baço, e de uma forma mais lenta redistribuído para os músculos e gordura. A sua ligação às proteínas plasmáticas é de cerca de 80 a 85%, contribuindo em paridade a albumina e as lipoproteínas.



O fentanil é metabolizado no fígado e na mucosa intestinal, e o seu metabolito (norfentanil) não é farmacologicamente activo.

Seleção de doentes e critérios de utilização do OTFC

Serão seleccionados os doentes com dor crónica oncológica com tolerância demonstrada ao uso dos opióides e com dor clinicamente estabilizada e que apresentem crises de dor irruptiva.

Uma vez que a dose eficaz do OTFC não tem correlação com a dose diária de opióide que o doente utiliza para o tratamento da sua dor basal, esta dose tem que ser sempre titulada individualmente.

Entende-se por dose eficaz a dose de OTFC utilizada em pelo menos dois episódios seguidos de dor irruptiva sem o aparecimento de efeitos secundários.

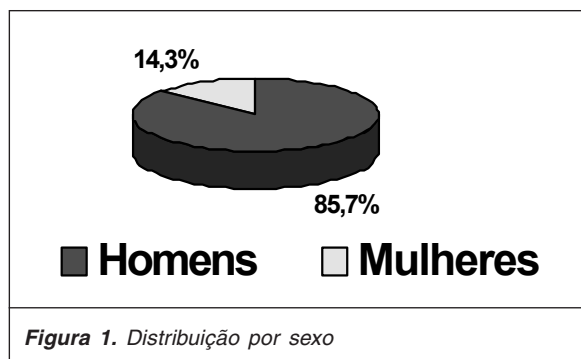
Uma vez determinada e adaptada a dose eficaz de OTFC este não deve ser utilizado mais de quatro vezes nas vinte e quatro horas.

Experiência clínica com OTFC na Clínica de Dor do IPOFG – Lisboa

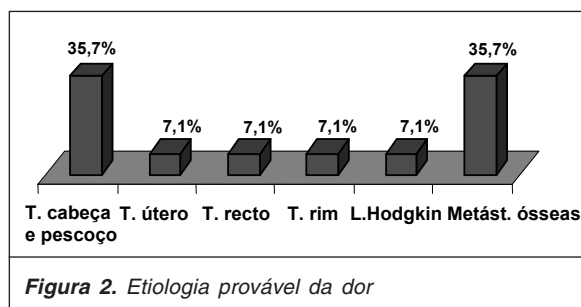
Metodologia

O fentanil transmucosa oral foi utilizado em 14 doentes com dor crónica oncológica que estavam a ser medicados para a sua dor basal com fármacos opióides.

Os doentes apresentavam uma média de idades de 60,2, sendo 12 do sexo masculino e 2 do sexo feminino (Figura 1).



As etiologias prováveis de dor nos doentes estudados estavam agrupadas do seguinte modo: apresentavam dor por tumor da cabeça e pescoço, tumor uterino, tumor do recto, tumor do rim, linfoma de Hodgkin, e a dor era provocada por metástases ósseas de tumor em diversas localizações.



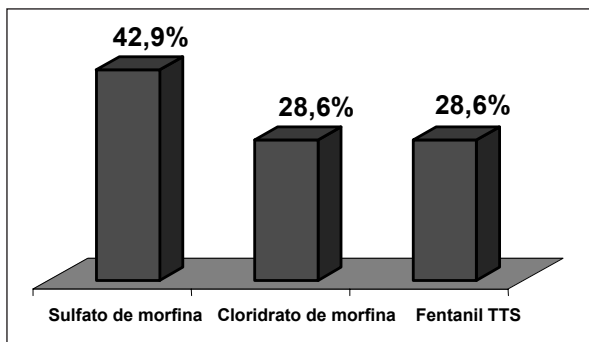


Figura 3. Terapêutica opióide

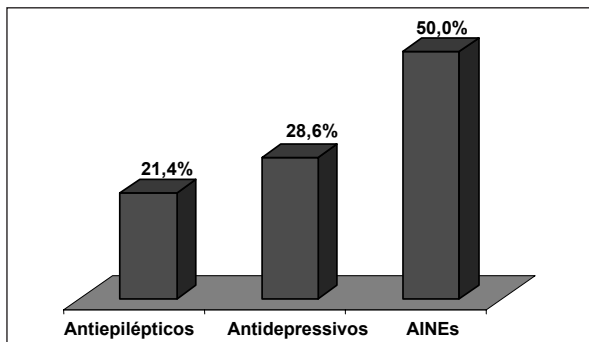


Figura 4. Terapêutica adjuvante

Como já foi dito, todos os doentes estavam sob terapêutica com opióides, sendo que seis estavam medicados com sulfato de morfina, quatro com cloridrato de morfina e quatro com fentanil tts.

Dos doentes submetidos a terapêutica com OTFC, sete tinham associados analgésicos anti-inflamatórios não esteróides e sete faziam terapêutica com fármacos coadjuvantes (antiepilépticos e antidepressivos).

Em relação à caracterização da dor dos doentes em que se utilizou o OTFC, 11 doentes apresentavam dor espontânea e 3 doentes apresentavam dor incidental (Figura 5).

Podemos, ainda, definir para melhor caracterização da dor que:

- 1) duração média dos episódios de dor irruptiva foi de 28,9 min;
- 2) o número médio de episódios de dor irruptiva nas 24 h foi de 2,57 episódios;
- 3) que a intensidade média dos episódios avaliados pela escala visual analógica (EVA) foi de 8,78.

Dos 14 doentes estudados

- * 13 iniciaram titulação com 200 µg;
- * um doente iniciou a titulação com 400 µg de OTFC.

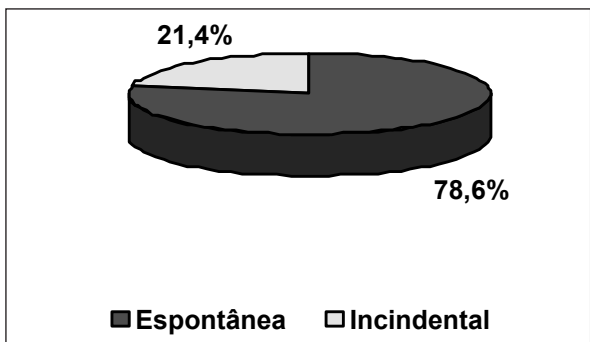


Figura 5. Caracterização da dor

Às 24 h de titulação 9 doentes atingiram a dose eficaz com 200 µg de OTFC, 2 doentes atingiram a dose eficaz com 400 µg e 1 doente atingiu a dose eficaz com 600 µg de OTFC.

Dois doentes interromperam terapêutica:

- * 1 por vômitos incoercíveis;
- * 1 por problemas gastrointestinais não relacionados com a terapêutica.

Conclusão

Em todos os doentes em que foi utilizado o citrato de fentanil transmucoso oral para tratar os episódios de dor irruptiva os resultados foram positivos e consonantes com a literatura existente.

O único doente que interrompeu medicação por efeitos secundários estava medicado com dose baixas de opióides (30 mg/dia de sulfato de morfina), e mais uma vez existiu consonância com a literatura uma vez que o citrato de fentanil apenas deve ser utilizado em doentes que façam terapêutica com pelo menos 60 mg/dia de opióide.

Quando correctamente utilizado, o fármaco atingiu as expectativas esperadas no tratamento da dor irruptiva.

Bibliografia

1. Streisand JB, Varvel JR, Stanski DR, et al. Absorption and bioavailability of oral transmucosal fentanyl citrate. *Anesthesiology* 1991;75:223-9.
2. Portenoy RK, Payne R, Coluzzi P, et al. Oral transmucosal fentanyl citrate (OTFC) for treatment of breakthrough pain in cancer patients: a controlled dose titration study. *Pain* 1999; 79:303-12.
3. Colluzy PH, Schwartzberg L, Conroy JD, et al. Breakthrough cancer pain: a randomized trial comparing oral transmucosal fentanyl citrate (OTFC) and morphine sulfate immediate release (MSIR). *Pain* 2001;91:123-30.
4. Portenoy RK, Hagen NA. Breakthrough pain: definition, prevalence and characteristics. *Pain* 1990;41:273-82.
5. Caracini A, Portenoy RK, et al. International survey of cancer pain characteristics and syndromes. *Pain* 1999;3:30-9.

Mesa redonda

A dor, os afectos e os comportamentos

Integração da Psicologia numa Unidade de Dor

Maria do Rosário Bacalhau

O último século representou sem dúvida um grande marco no desenvolvimento das ciências, surgiram novas descobertas que permitiram a cura de doenças infecciosas, procedeu-se à introdução de tecnologias sofisticadas no tratamento de doenças várias, diminuição da mortalidade com o conseqüente aumento da esperança média de vida, mas como custo assistiu-se também a um aumento da morbilidade e ao aumento do número de doenças crónicas. Esta cronicidade crescente tem trazido outro tipo de preocupações, nomeadamente, o controlo dos sintomas como a dor e a promoção da qualidade de vida. Nas últimas décadas assistiu-se a um interesse crescente da comunidade científica na área do tratamento da dor crónica. A este facto está sem dúvida associada a incidência do síndrome doloroso em algumas das doenças crónicas mais prevalentes nos nossos dias.

Existe um reconhecimento crescente de que a dor é uma experiência preceptiva complexa influenciada por uma larga variedade de factores psicossociais, que incluem: aspectos emocionais, sociais, contexto social, significado da dor para o indivíduo, crenças, atitudes e expectativas assim como os factores biológicos.

Assim, a abordagem clínica e a investigação tem-se caracterizado pela multidisciplinaridade o que resulta directamente do reconhecimento da complexidade do fenómeno doloroso.

A dor é uma experiência pessoal, uma resposta subjectiva comunicada por palavras e acções, e, seja qual for a definição adoptada, dor é uma sensação que magoa e provoca sofrimento. A experiência dolorosa é um fenómeno complexo com aspectos físicos, comportamentais, cognitivos, emocionais, espirituais e interpessoais, e esta multidimensionalidade deve ser tomada em conta quer na avaliação quer no tratamento do síndrome doloroso.

A dor, no doente oncológico não tem uma causa única. Esta pode resultar directamente do tipo de tumor, dos procedimentos utilizados no tratamento, ou por condições clínicas pré-existentes. Sendo a situação mais comum a compressão exercida pelo tumor nas terminações nervosas, em vários órgãos, ou por metastização óssea. Aproximadamente 30 a 50% dos doentes oncológicos experienciam dor enquanto se encontram em fase de tratamento activo, e em doentes oncológicos em fase avançada a dor surge em 70 a 90% dos casos (Lesage & Portenoy (1999)). No que diz respeito à intensidade de dor 40 a 50 % dos doentes descrevem-na como moderada a severa, enquanto 25 a 30% a descrevem como severa.

Contudo, a verdadeira dimensão do problema não nos é revelada pelos dados e estatísticas. Para o indivíduo doente a dor é “enervante e desmoralizadora”, produz alterações profundas quer a nível afectivo quer comportamental o que aumenta o sofrimento quer do doente quer da família. Os doentes de cancro que sofrem de dor crónica apresentam mais distúrbios psicológicos, Tunks (1996) refere que cerca de 60% destes doentes apresentam sintomas de depressão e ansiedade reactivos à dor intensa. Apesar de reactivo, este distúrbio psicológico contamina as competências de confronto do indivíduo, e amplifica a percepção da intensidade de dor.

Nas últimas décadas passou a ser aceite que o tratamento eficaz da dor crónica deve contemplar não só os aspectos físicos mas também os psicológicos, reconhecendo-se que uma intervenção apropriada facilitará o tratamento da dor e ajudará a reduzir o sofrimento do doente e da família.

A pedra basilar para um tratamento eficaz é sem dúvida o estabelecimento de uma relação de confiança entre o doente e os profissionais de saúde (médicos, psicólogos, enfermeiros), sendo crucial que o doente sinta que estes acreditam nas suas queixas de dor e que estão empenhados no seu tratamento.

No caso da dor crónica oncológica, as intervenções psicológicas para o controlo da dor

devem ser usadas como adjuvantes das intervenções farmacológicas. A utilização de técnicas cognitivo-comportamentais como a hipnose, os treinos de relaxamento, o *biofeedback*, a distração, a imagética e a redefinição podem ajudar o doente no confronto com a sua dor. Por exemplo, o relaxamento alivia a dor ou evita que esta se torne mais intensa através da redução da tensão muscular de causa espasmódica.

Turk e Rennet (1981) propuseram um programa psicológico para o controlo da dor, que incluía a utilização das técnicas distractivas e de relaxamento, e a reestruturação cognitiva procedendo à disputa de crenças e sentimentos disfuncionais. O objectivo global deste tipo de programas é aumentar a percepção de controlo mostrando ao doente que este tem recursos internos para fazer face à dor, aumentando o sentimento de auto-controlo e auto-eficácia. Apesar da utilização dos programas cognitivo-comportamentais se mostrarem eficazes no controlo da dor, estes devem ser usados de um modo criterioso e as técnicas não devem constituir actos isolados. Nem todos os doentes devem ser incluídos em programas psicológicos de controlo da dor, assim doentes que apresentam a dor controlada através da utilização de analgésicos e têm poucos efeitos secundários ou doentes com grandes limitações das suas capacidades não devem ser incluídos neste tipo de programas estruturados, devendo ser avaliados no sentido de lhes ser fornecido um apoio psicológico mais individualizado e focalizado nas dificuldades ou constrangimentos apresentados. Deverá entender-se que a intervenção psicológica não se esgota na utilização de pacotes terapêuticos mais ou menos estruturados, os factores psicológicos desempenham um papel importante no decurso e desenvolvimento da dor crónica, assim o doente deve ser acompanhado desde o diagnóstico ao tratamento.

Em termos gerais podem traçar-se como objectivos de uma Unidade de Dor, o alívio do quadro algico e a melhoria da Qualidade de Vida dos doentes, recorrendo-se à terapêutica sintomática adequada e ao apoio psicológico. Transversal ao acompanhamento do doente com dor, e para qualquer dos profissionais envolvidos, deverá estar a questão da avaliação, tendo sempre presente que a dor existe quando o doente diz que a sente, e no grau em que este a refere. Ao psicólogo deverá interessar não só a avaliação da intensidade, localização e tipo de dor, mas os índices de ansiedade e depressão, a avaliação da qualidade de vida e das estratégias de confronto e adaptação à situação de doença e de dor. É com este objectivo que numa primeira consulta o doente é submetido a avaliação das áreas acima mencionadas, e será com base no resultado dessa mesma avaliação do ponto de vista psicológico, se delineará o processo de acompanhamento psicoterapêutico, apresentando-o como proposta ao doente no sentido de lhe

facilitar a adaptação e promover a qualidade de vida, e que poderá incluir, por exemplo, o ensino de estratégias psicológicas de controlo de dor e/ou de outros sintomas. Caso numa primeira abordagem não se considere pertinente o acompanhamento psicológico do doente, este deverá repetir a avaliação psicológica com regularidade, assim, a mesma é repetida um mês, três meses e seis meses após a primeira consulta e anualmente em doentes seguidos em consulta médica de *follow-up*.

A integração da Psicologia na Unidade Terapêutica de Dor data de 1983, com a celebração de um protocolo de ensino e investigação com a Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Lisboa, segundo o qual os alunos finalistas da licenciatura desenvolvem o seu estágio académico. Será, contudo, apenas em 1990, que o Instituto Português de Oncologia contrata para os seus quadros um psicólogo, possibilitando assim, a continuidade do trabalho quer com os doentes quer com a equipa, tendo-se estabelecido os protocolos de actuação e os modelos práticos de articulação. A contratação do psicólogo da equipa possibilitou ainda a articulação entre a Unidade de Dor e a Faculdade de Psicologia, tendo sido estabelecidos critérios comuns entre ambos na formação e orientação dos alunos estagiários.

Nas guidelines proposta pela IASP para a classificação das unidades de dor, a psicologia surge como um dos elementos indispensáveis na formação de equipas multidisciplinares. O psicólogo especialista em dor crónica é o elemento da equipa com mais qualificações para avaliar os obstáculos psicológicos do doente, quer no que respeita à adesão às propostas terapêuticas quer na avaliação do travão que o próprio doente pode exercer no sentido da não recuperação. Para alguns doentes a dor passou a ser a forma que eles encontraram de comunicar e interagir com o mundo, e por essa razão tornam-se resistentes à mudança. Este *know how* do psicólogo, servindo de conselheiro, é uma mais valia importante para as equipas que se dedicam ao tratamento da dor.

Bibliografia

- Lesage P, Portenoy RK. Cancer Control. *Journal of the Moffitt Cancer Center* 1999;6(2):136-45.
- Massie MJ, Holland JC. The cancer patient with pain: psychiatric complications and their management. *Medical Clinics of North America* 1987;71(2):243-58.
- Portenoy RK, Foley MK. Management of Cancer Pain. Em: Holland JC, Rowland JH (eds). *Handbook of Psychooncology: Psychological care of patients with cancer*. Nova Iorque: Oxford University Press 1989.
- Tunks E. Comorbidity of Psychiatric Disorder and Chronic Pain; Pain 1996 – na updated review. IASP Committee of Refresher Courses. Campbell JN (ed). Seattle, EUA: IASP Press 1996.
- Turk D, Holzman A. Pain management – *Handbook of Psychological Treatment Approaches*. Great Britain: Pergamon Press 1986.
- Turk D, Meichenbaum D, Genest M. Pain and Behavioral Medicine: A Cognitive-Behavioral Perspective. Nova Iorque: The Guilford Press 1983.
- Turk DC, Meichenbaum D. Cognitive-behavioral approach to the management of chronic pain. Melzack R, Wall PD (eds). *Textbook of Pain*. 2ª ed. Nova Iorque: Churchill Livingstone 1989:1001-9.

Mesa redonda

O doente oncológico com dor - continuidade dos cuidados de enfermagem

Introdução e Conclusões

Cristina F. Fernandes (moderadora)

Se se entender por “continuidade de cuidados” o conjunto de acções que visam garantir uma transição adequada de cuidados quando há mudança de prestadores, e que esta continuidade deve assegurar que os cuidados não são interrompidos e que a qualidade é mantida, percebemos que, no caso do doente oncológico, dado que a dor constitui, muitas vezes, uma verdadeira doença, a continuidade de cuidados terá que ter em conta, não apenas, o controlo do quadro álgico, mas o atendimento global de todas as necessidades afectadas.

Para além destes aspectos, garantir a qualidade de cuidados a estes doentes implica trabalhar em parceria com:

- O doente e a família, integrados na equipa multidisciplinar que os cuida.
- Os profissionais da instituição que assiste o doente (articulação intrainstitucional).
- Os profissionais de outras instituições envolvidas nos seus cuidados (articulação interinstitucional).

Qual é a realidade da enfermagem ao nível da “continuidade de cuidados”, nesta área tão específica de cuidados ao doente com dor?

Existe, de facto, articulação entre os profissionais envolvidos que assegure a conveniente e efectiva continuidade?

Com o intuito de perceber esta realidade, colaboram nesta mesa redonda três profissionais de enfermagem que cuidam o doente com dor nas possíveis etapas do seu ciclo de doença, como sejam a do internamento, a de seguimento numa unidade de dor em regime ambulatório e a de necessidade de apoio domiciliário prestado pelas unidades de cuidados de saúde primários.

Também, o marido de uma doente oncológica com dor crónica partilhou connosco o seu *Know How* relativo a todas as etapas mencionadas.

Conclusões

À falta de consistência na prática da continuidade de cuidados de enfermagem ao doente com dor, parecem não ser alheios factores como:

- Falta de recursos humanos, tanto a nível dos serviços de internamento, como nas unidades de dor, nas unidades de cuidados de saúde primários.
- Deficiente formação na área da dor, de um modo geral. Parece existir alguma sensibilização mas pouca formação efectiva, aliada à heterogeneidade de culturas e formações no âmbito de enfermagem, o que leva a que a dor não seja valorizada nem avaliada de forma sistemática.
- Desmotivação e não interiorização da importância da continuidade de cuidados.

Este aspecto pode estar relacionado com os dois anteriores, com o *turn-over* dos enfermeiros e com a dificuldade de comunicação com os doentes e com os próprios parceiros profissionais devido à barreira da língua, pela existência de enfermeiros de outras nacionalidades a prestar cuidados, sobretudo espanhóis.

Considerações finais

Parece não ser fácil a resolução de todos estes problemas, sobretudo do primeiro, pois a carência de profissionais de enfermagem é um problema com que nos vamos defrontar talvez mais alguns anos.

A formação parece ser o aspecto a apontar e de mais fácil resolução na medida em que o próprio Plano Oncológico Nacional prevê o investimento na formação pré- e pós-graduada em oncologia onde, inevitavelmente, se insere a formação na área da dor, a ser já ministrada pelas escolas de enfermagem tanto nos cursos de licenciatura como nas pós-graduações.

O factor desmotivação, embora possa não vir a ser totalmente ultrapassado, constituirá, certamente, factor de menor relevo se os dois primeiros problemas forem sendo solucionados.

Autores para correspondência:

Sandra Neves

Enfermeira do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do IPOFG SA – CROL

Fátima Traitolas Naves

Enfermeira da Unidade Autónoma

“Clínica de Dor” do IPOFG SA – CROL

Maria de Lurdes R. Valério

Enfermeira do Centro de Saúde da Venda Nova, extensão da Brandoa

Enfermeira

Unidade Autónoma “Clínica de Dor” do IPOFG SA – CROL

Simpósio Transtec/Grünenthal

Analgesia por Vía Transdérmica

Jaime Sanz Ortiz

Vía de administração transdérmica

Buprenorfina

É um opióide semissintético derivado da tebaína. Os componentes fenólicos do ópio derivados da tebaína são conhecidos pelo nome de "oripavinas". Este grupo tem uma eficácia analgésica 10.000 vezes mais potente que a morfina. A potência da buprenorfina é 30 vezes superior. Com um peso molecular de 467 é muito lipossolúvel e ao mesmo tempo hidrossolúvel, o que permite a sua penetração tecidual por via transdérmica ou trans-mucosa.

Mecanismo de acção dos opióides e receptores

Os opióides actuam activando os receptores tipo proteína-G de membrana: *mu*, *kappa* e *delta*. Um quarto receptor denominado orfão, o nociceptin, que foi descrito em 1998. Os ligandos endógenos são: endorfinas, dinorfinas, encefalinas e endomorfina. A união ligando-receptor activa dois fluxos de sinais intracitoplasmáticos:

a) Adenilciclase, fosfolipase C, canais de cálcio e potássio.

b) Fosfolipase A2, activação MAPK (*mitogen-activated protein kinase*) e inibição da excitose. Como resultado, reduz-se a excitabilidade neuronal e diminui-se a neurotransmissão nociceptiva. Um opióide é agonista quando se fixa ao receptor (afinidade) e ao mesmo tempo tem actividade intrínseca (obtem resposta máxima de 100%). Um antagonista tem afinidade mas nenhuma actividade intrínseca. Um agonista parcial tem afinidade mas a sua actividade intrínseca não alcança uma resposta de 100%, ou seja, tem um *plateau* ou tecto terapêutico. A buprenorfina tem sido catalogada como agonista parcial dos receptores *mu*, antagonista dos receptores *kappa* e agonista fraco dos receptores *delta*. Estudos em animais demonstraram que a buprenorfina é agonista opióide *mu* e que em doses baixas não tem tecto terapêutico. Em humanos a resposta analgésica com a buprenorfina em doses mais baixas que 10 mg comporta-se como agonista puro, sem

evidência de aplanamento da curva de dose-resposta a menos de 100% de actividade. O nível de fixação da buprenorfina aos receptores é elevado e tem repercussões no seu perfil farmacológico:

a) Prolonga a duração do efeito.

b) Se se suprime bruscamente não se produz síndrome de abstinência. c) Os seus efeitos agudos são difíceis de antagonizar com antagonistas puros (naloxona).

O efeito analgésico produz-se a partir de 5-10% de ocupação dos receptores, pelo que o início do efeito analgésico é rápido: 5-15 min pela via endovenosa e 15-45 min pela via sublingual. A buprenorfina não induz internalização dos receptores proteína-G opióide, pelo que a possibilidade de desenvolver tolerância ou dependência é muito reduzida. A vida media de dissociação do receptor opióide é de 1-2 h. A forte fixação ao receptor opióide é balanceada pela baixa actividade intrínseca. Em doses baixas comporta-se como agonista *mu* puro. Induz também aumento do número de receptores *mu*.

Vía sublingual

A dose de 0,6 mg é bem absorvida pela mucosa oral, atingindo o pico plasmático de 0,7-4,0 ng/ml às duas horas. 96% de ligação às proteínas plasmáticas. Biodisponibilidade de 50-60%. A concentração mínima efectiva analgésica encontra-se entre 100 e 500 pg/ml. Início de acção analgésica entre os 15 e 45 min. Vida media de 5 h. Metabolização hepática e intestinal em norbuprenorfina que tem escassa acção analgésica mas com uma acção depressora da respiração 10 vezes mais potente. Esta circunstância não tem efeito clínico porque a sua penetração no sistema nervoso central é muito baixa. Eliminação hepatobiliar 90% e renal 10%. Existe evidência de ser mais eficaz que outros opióides na dor neuropática.

Vía transdérmica (sistema TDS) Transtec®

Na Alemanha a buprenorfina (Transtec®) está disponível com este sistema de administração desde Setembro de 2000.

A estratégia para tratar a dor crónica intensa, segundo a OMS (1986), está fundamentada em três objectivos:

- 1) Assegurar uma libertação do analgésico de forma continuada e sem oscilações nos seus níveis séricos.
- 2) Minimizar os efeitos não desejados prevenindo concentrações excessivas a nível plasmático.
- 3) Utilizar formas galénicas ou formulações de acção prolongada.

A administração por via transdérmica de buprenorfina cumpre todos os requisitos. A nova apresentação de buprenorfina em forma de adesivo matricial (TDS) contém 20, 30, ou 40 mg, que equivalem a taxas de libertação de TDS 35 µg/h, TDS 52,5 µg/h e TDS 70 µg/h (dose diária equivalente de buprenorfina: 0,8 mg, 1,2 mg e 1,6 mg respectivamente). Administra-se a cada 72 h. Esta forma galénica está especialmente indicada para a dor crónica oncológica moderada-intensa. No caso de existir crises agudas de dor incidental ou irruptiva pode-se combinar com resgates de buprenorfina por via sublingual ou morfina de libertação imediata por via oral ou subcutânea. 0,3 mg de buprenorfina ocupam apenas 0,28% dos receptores opióides enquanto que 10 mg de morfina ocupam 5,6%, pelo que se justifica farmacologicamente uma vez que há resposta clínica ao combinar buprenorfina e morfina. O sistema de armazenagem e libertação consiste numa matriz polimérica adesiva de polietileno que permite a difusão passiva do opióide aos capilares cutâneos. Tem vantagem relativamente a outros sistemas de libertação transdérmica em que não é possível a manipulação mecânica (cortar o adesivo). Alcança-se o nível plasmático mínimo eficaz de 100 pg/ml entre as 12 e 24 h. A tabela 1 mostra a relação entre o tamanho do adesivo e a dose de buprenorfina.

Perfil de segurança

Náuseas e vómitos – 6-8% dos pacientes que respondem bem a antieméticos antagonistas dopaminérgicos, no entanto, a tietylperazina e o haloperidol são mais eficazes. Apenas

quando a buprenorfina é administrada em altas doses (não necessárias para obter analgesia eficaz) o seu efeito não é reversível com naloxona.

Aplicação clínica

Entre os benefícios inerentes a este sistema podemos citar:

- a) A dosagem de opióide libertado para a circulação está em função tanto das propriedades do sistema transdérmico como da variabilidade de absorção do estrato córneo; a medicação absorvida directamente através da pele não está sujeita a variações no sistema gastrointestinal, uma vez que não existe primeira passagem através do metabolismo hepático.
- b) Elimina o problema de alguns pacientes em tomar medicação oral (estomatite dolorosa) ou dificuldades em deglutir.
- c) Evita a dor das injeções intramusculares ou subcutâneas, e o mal-estar inerente aos sofisticados métodos de infusão endovenosa. As principais vantagens desta via são:
 1. As variações nos níveis plasmáticos e LCR são minimizadas, reduzindo o tempo em que o paciente está exposto a níveis por cima ou por baixo da janela terapêutica.
 2. A absorção de doses controladas permite seleccionar e manter os níveis plasmáticos desejados de fármaco por um período longo de tempo.
 3. Os níveis obtidos por este sistema são similares aos conseguidos por infusão endovenosa, embora sejam alcançados mais lentamente que por esta última via.
 4. Dado que se trata de um sistema fácil e cómodo de usar, pode ser uma via útil nos pacientes que requeiram regimes com opióides durante períodos prolongados de tempo, sempre e quando se trate de pacientes que precisem de doses estáveis.

Uma propriedade analgésica conhecida da buprenorfina é que pode aliviar alguns tipos de dor neuropática insensível a outros opióides. A nosso juízo as indicações são as seguintes:

1. Aqueles doentes com dor crónica (oncológica ou não oncológica) tratados com opióides por via oral, que têm uma dose eficaz regular e estável.
2. Pacientes com alterações funcionais da deglutição e do aparelho digestivo.
3. Doentes que apresentam efeitos secundários intensos com opióides orais (neurotoxicidade, obstipação). O recurso a RCF (rotação de opióides) com doses equivalentes permite continuar com um tratamento analgésico eficaz.

Tabela 1. Dosagem de buprenorfina e tamanho dos adesivos matriciais

	TDS 35 µg/h	TDS 52,5 µg/h	TDS 70 µg/h
Área (cm ²)	25	37	50
Taxa libertação (µg/h)	35	52	70
Dose dia (mg)	0,8	1,2	1,6
C _{max} plasma (pg/ml)	305	624	3.625
Vida média (h)	34	33	37

Tabela 2. Doses equianalgésicas de opióides

Opióide	Parentérica	Oral
Morfina	10 mg	30 mg
Buprenorfina	0,3 mg	0,4 mg
Hidromorfona	1,5 mg	7,5 mg
Metadona	10 mg	20 mg
Pentazocina	60 mg	180 mg
Petidina	75 mg	300 mg
Tramadol	80 mg	120 mg

**Palliative Medicine. Symptomatic and Supportive care for patients with Advanced Cancer and AIDS. Woodruff R (ed). Oxford University Press 1999:75.*

4. Permite resgatar pacientes que não têm uma resposta analgésica adequada com morfina (mudança de opióides).
 5. Intolerância à morfina.
 6. Dor neuropática resistente
- Tratamento racional da dor oncológica.
1. Estabelecer: causa, intensidade, e função renal.
 2. Contemplar o carácter multidimensional da dor (factores psicoemocionais e espirituais).
 3. Selecção do fármaco adequado, estabelecer via de administração e intervalo de dose.
 4. Uso apropriado de fármacos adjuvantes.
 5. Está recebendo opióides anteriormente e a que dose? Tem tolerância a opióides? É

necessário conhecer a dose prévia para estabelecer a farmacoequivalência entre opióides (Tabela 2).

Bibliografia

1. Budd K. Buprenorphine: a review. Em: Hayward Medical Communications (ed). Evidence Based Medicine in practice. Londres 2002:1-24.
2. Darland T, Heinricher MM, Grandy DK. Orphanin FG/nociceptin: a role in pain and analgesia, but so much more. Trends Neurosci 1998;21(5):215-21.
3. Lewis JW. Buprenorphine. Drug Alcohol Depend 1985;14:363-72.
4. Sadée W, Rosenbaum JS, Herz A. Buprenorphine: differential interaction with opiate receptor subtypes in vivo. J Pharmacol Exp Ther 1982;223(1):157-62.
5. Walsh SL, Preston KL, Stitzer ML, Cone EJ, Bigelow GE. Clinical pharmacology of buprenorphine: ceiling effects at high doses. Clin Pharmacol Ther 1994;55:569-80.
6. Budd K. Experience with partial agonists in the treatment of cancer pain. Em: Doyle D (ed). Opioids in the treatment of cancer pain. International Congress & Symposium Series Nº. 146. Londres: Royal Society of Medicine 1990:51-5
7. Heel RC, Brogden RN, Speight TM, Avery GS. Buprenorphine: A review of its pharmacological properties and therapeutic efficacy. Drugs 17:81-110.
8. Zaki PA, Keith DE, Brine GA, et al. Ligand induced changes insurface of mu-opioid receptor number: relationship to G protein activation? J Pharmacol Exp Ther 2000;292(3):1127-34.
9. McCormack K. Signal transduction in neuropathic pain, with special emphasis on the analgesic role opioids - Part II: Moving basic science towards a new pharmacotherapy. Pain Reviews 1999;99-131.
10. Freye E. Planificación de la terapia analgésica farmacológica en dolor oncológico. Em: Freye E (ed). Opióide in der Medizin. 5ª ed. Berlim: Springer Verlag 2001:64-7.
11. Budd K. Buprenorphine. Clin Anaesth 1983;1:147-79.
12. Benedetti F, Vighetti S, Amancio M, et al. Dose-response relationship of opioids in nociceptive and neuropathic postoperative pain. Pain 1998;74:205-11.

A Anandamida, um Agonista Endógeno do Receptor Vanilóide, Aumenta Durante a Inflamação da Bexiga e Contribui para a Hiperreflexia e Alodínia

Charrua A¹, Dinis P², Avelino A¹, Nagy I³, Yacoob M⁴, Cruz F^{1,2}

Resumo

A anandamida (ANA), um lipídeo endógeno, mostrou capacidade de activar o receptor vanilóide (VR1) *in vitro*. Dado que a ANA é um agonista endógeno quer do VR1, quer do receptor canabinóide 1 (CB1), estudou-se (i) a variação da concentração da ANA na cistite crónica; (ii) o efeito da aplicação de ANA e de ANA em conjunto com SR141716A, um antagonista do CB1, e com a capsazepina (CPZ), um antagonista do VR1, em bexigas normais de ratos, e (iii) a possibilidade da ANA induzir dor na bexiga e desta ser mediada por nociceptores sensíveis à capsaicina. Verificou-se que: (i) a ANA aumenta na inflamação; (ii) a sua aplicação aumenta as contracções vesicais, e (iii) que induz dor através de nociceptores sensíveis à capsaicina. Estes resultados podem ser relevantes para a compreensão da dor e da hiperactividade da bexiga durante a inflamação.

Palavras chave: Inflamação vesical. Anandamida. Receptor vanilóide tipo 1. Receptor canabinóide 1. SR141716A. Capsazepina.

Introdução

O receptor vanilóide tipo 1 (VR1) é um canal catiónico não selectivo (McCleskey e Gold, 1999). Este receptor parece desempenhar um papel importante no desenvolvimento da alodínia (Vizzard, 2000) e da hiperactividade vesicais (Cruz, et al., 2002) subsequentes à inflamação da bexiga. De facto, a regulação negativa do VR1 através da acção da resiniferatoxina (RTX) diminui a alodínia e a hiperactividade vesical em ratos cujas bexigas foram cronicamente inflamadas por um agente químico (Dinis, et al., submetido para publicação). Por outro lado, a aplicação de um ligando exógeno específico do VR1, a capsaicina, desperta dor no homem, comportamento doloroso

nos animais e hiperactividade vesical em ambos (Maggi, et al., 1989; Cruz, et al., 1996).

Os mecanismos de activação do VR1, durante a inflamação crónica da bexiga, não são ainda bem conhecidos. Isto deve-se, em parte, ao desconhecimento de uma substância endógena que possa activar o VR1, tal como a capsaicina o faz. Os mecanismos de activação endógena do VR1 que têm sido propostos incluem a baixa do pH no tecido inflamado e a acumulação de mediadores inflamatórios, tais como o NGF e a bradicinina (Cesare e McNaughton, 1996; Miller, et al., 2002). Contudo, a existência de um agonista endógeno, com características semelhantes às da capsaicina é ainda desconhecido.

Recentemente, a anandamida (ANA), um lipídeo com uma cadeia alifática, semelhante à da capsaicina, sintetizado por macrófagos, pelo endotélio vascular (Di Marzo, et al., 1996) e por aferentes primários (Ahluwalia, et al., 2003), mostrou activar o VR1, em experiências conduzidas *in vitro* (Zygmunt, et al., 1999). De facto, a ANA induz vasodilatação e libertação de CGRP em vasos sanguíneos de rato, que são bloqueadas pela capsazepina (CPZ), um anta

¹Instituto de Histologia e Embriologia, Faculdade de Medicina do Porto e IBMC, 4200-319 Porto, Portugal

²Departamento de Urologia, Hospital S. João, 4200-319 Porto, Portugal

³Departamento de Anestesia, Imperial College, Chelsea and Westminster Hospital, Londres, Reino Unido

⁴Novartis Institute for Medical Research, Londres, Reino Unido

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

1. A Revista "DOR" considerará, para publicação, trabalhos científicos relacionados com a dor em qualquer das suas vertentes, aguda ou crónica e, de uma forma geral, com todos os assuntos que interessem à dor ou que com ela se relacionem, como o seu estudo, o seu tratamento ou a simples reflexão sobre a sua problemática. A Revista "DOR" deseja ser o órgão de expressão de todos os profissionais interessados no tema da dor.

2. Os trabalhos deverão ser enviados em diskete 3.5" 2HD (1.4 Mb) ou zip 100 Mb, para a seguinte morada:

Permanyer Portugal
Av. Duque d'Ávila, 92, 7º Esq.
1050-084 Lisboa

ou, em alternativa, por e-mail: aped@mail.pt

3. A Revista "DOR" incluirá, para além de artigos de autores convidados e sempre que o seu espaço o permitir, as seguintes secções: ORIGINALS - Trabalhos potencialmente de investigação básica ou clínica, bem como outros aportes originais sobre etiologia, fisiopatologia, epidemiologia, diagnóstico e tratamento da dor; NOTAS CLÍNICAS - Descrição de casos clínicos importantes; ARTIGOS DE OPINIÃO - assuntos que interessem à dor e sua organização, ensino, difusão ou estratégias de planeamento; CARTAS AO DIRECTOR - inserção de

objecções ou comentários referentes a artigos publicados na Revista "DOR", bem como observações ou experiências que possam facilmente ser resumidas; a Revista "DOR" incluirá outras secções, como: editorial, boletim informativo aos sócios (sempre que se justificar) e ainda a reprodução de conferências, protocolos e novidades terapêuticas que o Conselho Editorial entenda merecedores de publicação.

4. Os textos deverão ser escritos configurando as páginas para A4, numerando-as no topo superior direito, utilizando letra Times tamanho 12 com espaços de 1.5 e incluindo as respectivas figuras e gráficos, devidamente legendadas, no texto ou em separado, mencionando o local da sua inclusão.

5. Os trabalhos deverão mencionar o título, nome e apelido dos autores e um endereço. Deverão ainda incluir um resumo em português e inglês e mencionar as palavras-chaves.

6. Todos os artigos deverão incluir a bibliografia relacionada como os trabalhos citados e a respectiva chamada no local correspondente do texto.

7. A decisão de publicação é da exclusiva responsabilidade do Conselho Editorial, sendo levada em consideração a qualidade do trabalho e a oportunidade da sua publicação.



© 2003 Permanyer Portugal
Av. Duque d'Ávila, 92 - 7º E
1050-084 Lisboa
Tel.: 21 315 60 81 Fax: 21 330 42 96



Impresso em papel totalmente livre de cloro



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

Impressão: Comgrafic, S.A.
ISSN: 0872-4814
Dep. Legal: B-17.364-00
Ref.: 254AP033

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 nesta revista são da responsabilidade exclusiva dos seus autores.