

DOR[®]

Órgão de Expressão Oficial da APED

Volume 12, Número 3, 2004

Volume Monotemático dedicado à

ABORDAGEM AO TRATAMENTO DA DOR NA REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES

Editor convidado: **Maria Teresa Flor de Lima**

*Chefe de Serviço de Anestesiologia. Coordenadora da Equipa Multidisciplinar de Tratamento da Dor.
Coordenadora da Instalação da Unidade de Dor
Hospital do Divino Espírito Santo (HDES), Ponta Delgada, Ilha de S. Miguel. Açores*

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
(Pe) 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

Sumário

Editorial	3	Os Inibidores Específicos da COX-2 e a Problemática da Dor no Pós-operatório	22
<i>J.M. Caseiro</i>		<i>T. Arruda Eloi, F. Melo Bento, M.T. Flor de Lima, V. Santos</i>	
Mensagem do Presidente da APED	4	Analgésia Controlada pelo Doente (PCA) na Prática Clínica: o que os Enfermeiros Devem Saber	25
<i>J.M. Castro Lopes</i>		<i>R. Pacheco, F. Melo Bento, M.T. Flor de Lima</i>	
Editorial II	5	Cuidados Continuados de Saúde – Interligação entre os Profissionais	29
Abordagem ao Tratamento da Dor na Região Autónoma dos Açores	5	<i>I. Silva Melo</i>	
<i>M.T. Flor de Lima</i>		Projecto de Articulação entre os Cuidados de Enfermagem do Serviço de Medicina 3 do HDES e do Centro de Saúde de Ponta Delgada	32
Educação Médica Contínua	7	<i>A.J. Correia da Cruz, Z.F. Lima Martins</i>	
<i>M.T. Flor de Lima</i>		Síndrome da Dor Regional Complexa – Que Abordagem?	36
Tratamento da Dor na Ilha Terceira	8	<i>E. Cortêz Ordeña Neto, A. Raposo</i>	
<i>M.L. Gomes</i>		Ombro Doloroso em Doente em Hemodiálise Crónica (Dialysis Shoulder)	38
Tratamento da Dor no Hospital da Horta	8	<i>E. Cortêz Ordeña Neto, A. Raposo</i>	
<i>M.C. Nascimento</i>		A poesia com a dor	40
A Neurocirurgia e a Terapêutica da Dor	9	<i>M.T. Flor de Lima</i>	
<i>A. Cordeiro Abrantes</i>		A dor na poesia	40
O Uso da Toxina Botulínica	10	<i>J. Martins Tomé</i>	
<i>A. Raposo</i>			
Consumo de Opióides	11		
<i>I. França, M.T. Flor de Lima</i>			
A Dimensão Espiritual em Cuidados Paliativos	13		
<i>P. Duarte Melo</i>			
Implicações Éticas no Tratamento da Dor	14		
<i>L. Oliveira Andrade</i>			
Qualidade de Vida, no Morrer...	16		
<i>L. Oliveira Andrade</i>			
Dor Aguda Pós-operatória: a Importância das Unidades de Dor Aguda	19		
<i>M. Guinot</i>			



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.



© 2004 Permanyer Portugal
Av. Duque d'Ávila, 92, 7.º E - 1050-084 Lisboa
Tel.: 21 315 60 81 Fax: 21 330 42 96
E-mail: permanyer.portugal@permanyer.com

ISSN: 0872-4814
Dep. Legal: B-17.364/2000
Ref.: 398AP043



Impresso em papel totalmente livre de cloro
Impressão: Comgrafic



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

Reservados todos os direitos.

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

Editorial

Vamo-nos vendo!

José Manuel Caseiro

Foram 4 anos alucinantes. Quando, exactamente 16 exemplares atrás, aceitei, honrado, a incumbência da direcção executiva da Revista *DOR*, fi-lo na expectativa de a tornar um instrumento de utilidade indispensável para a APED, tanto do ponto de vista da qualidade científica, como da possibilidade de informação interna aos sócios, como até da autonomia financeira que permitisse a sua sobrevivência sem qualquer prejuízo para a tesouraria da Associação.

Necessariamente, os aspectos económicos tinham que ser garantidos de início e houve que partir para uma modalidade de parceria estratégica com os aliados de sempre – a indústria farmacêutica – tantas vezes atacados pela sua influência comercial, mas sempre eles a apoiar as iniciativas científicas de quem não pode aspirar a outro tipo de apoios.

Não posso deixar de referir aqui algo que, porventura muitos desconhecem: só foi possível a APED patrocinar o 1º Dia Nacional de Luta Contra a Dor, em 1999, pela desinteressada generosidade da Bristol-Myers Squibb, que, sem ter incluído um único logótipo ou feito qualquer menção ao laboratório, tudo suportou incognitadamente em nosso nome: cartazes, produção do logótipo da APED, organização e almoço do dia comemorativo, convites, etc. Nunca ouvi até hoje, da BMS, uma única referência, pública ou privada, a esse facto, para tirarem vantagem de qualquer tipo de negociação. São e continuarão a ser parceiros iguais aos outros. Eu, em hora de cessação de funções, não poderia deixar cair em esquecimento esse facto.

Essa parceria estratégica, de que fez parte integrante a única editora que a nossa revista conheceu até hoje, a Permanyer Portugal, permitiu delinear as bases de um entendimento que garantia independência, autonomia e instrumentos à APED para a produção de uma revista trimestral com tiragem de 1.000 exemplares, que continuava a ser distribuída gratuitamente a todos os sócios e, também, de forma aleatória, a muitos outros médicos e instituições.

A necessidade, em jeito de boletim, de garantir informações sobre a vida da Associação, das iniciativas da sua Direcção ou tão-somente a divulgação de aspectos que deveriam ser do conhecimento de todos, gerou a atribuição de uma página ao nosso presidente, que é, de resto, por inerência do seu cargo, o director da revista, para que toda a matéria informativa fosse originada ao mais alto nível.

Finalmente, havia a resolver a questão do conteúdo científico. Com a experiência que já trazia da coordenação e/ou direcção de outros projectos editoriais, sabia que era extremamente complicado angariar artigos em número e qualidade suficiente que permitissem fazer uma revista exclusivamente composta por artigos de autor originais.

Assumi, então, a organização de volumes monotemáticos, em torno das mais variadas questões que pudessem interessar os associados de uma organização que tem como objectivo o estudo da dor. Nasceu, nesse momento, “esta revista”.

O que até aqui se passou dava, no mínimo, para mais um volume temático. Quem me conhece, sabe bem da ligação directa que o meu cérebro, a minha alma e o meu coração têm à minha boca e à minha mão que escreve. Esse imaginário volume, se fosse feito, incluiria, seguramente, emoções, agradecimentos, acusações, manifestações de princípio e de culpa, justificações, reflexões, etc. Enfim, uma estupada!

Daí, a preocupação de não fazer deste editorial uma maçada igual. Daí, a vontade de me limitar a pedir desculpa aos que esperavam mais, deixando-lhes a promessa que, com a confiança que me merecem os que me vão substituir, a revista melhorará.

No entanto, seria incorrecto da minha parte não agradecer as inesquecíveis colaborações que tive, personalizando nalguns, que não posso deixar de citar, os imensos apoios que senti:

Aos dois presidentes da APED com quem trabalhei, agora meus Amigos, Dr. Nestor Rodrigues e Prof. Dr. José Manuel Castro Lopes, pela confiança manifestada e por sempre terem tentado obter, para a Associação e para a Revista, o reconhecimento e prestígio – nacional e internacional – que ambos detêm.

Aos editores convidados que fui aliciando a colaborar conosco e aos quais se deve a qualidade científica que a Revista *DOR* conseguiu manter.

Ao responsável pela edição, Sr. Ricardo Permanyer, que me mostrou como é fácil trabalhar com ele e que ficou a saber como é complicado trabalhar comigo. Permitam-me ainda que, em relação à Permanyer, invoque nesta hora a memória da Sra. D. Amélia Bouça e agradeça publicamente a alguém que provavelmente apenas eu conheço, por residir em Barcelona, mas que sempre foi o grande obreiro do grafismo da revista – o Sr. Nuno Soares.

Aos parceiros estratégicos que patrocinam a revista *DOR* (e continuarão a patrocinar – assim o desejo e transformo esta vontade num pedido público). A saber: Janssen Cilag, Bristol-Myers Squibb, Pfizer, Astra Zeneca, Grünenthal-Eurolabor e B. Braun.

A todos os que me souberam dar o ânimo que, nalguns momentos, precisei, mas também aos que me tentaram desmoralizar pois apenas conseguiram que eu levantasse a cabeça.

Deixo apenas dois alertas: o primeiro, para a necessidade de, os clínicos que se dedicam à dor, publicar mais (será garantidamente mais importante que se preocuparem em obter a competência em Dor pela Ordem dos Médicos); o segundo, para chamar a atenção de todos os que têm sabido crescer nas Unidades de Dor entretanto nascidas, que o apoio que APED lhes tem prestado, nomeadamente com o Plano Nacional de Luta Contra a Dor, merece ser retribuído com maior disponibilidade para as tarefas que cabem à Associação. Não podem ser sempre os mesmos a fazer tudo.

Recuso despedir-me. Não me passa sequer pela cabeça não continuar a colaborar com a revista e, quanto à APED, a minha família profissional, continuarei a fazer parte integrante.

Por isso, vamo-nos vendo!

Mensagem do Presidente da APED

José Manuel Castro Lopes

É já no próximo dia 11 de Outubro que se assinala o *Global Day Against Pain*, aquele que pode ser considerado o 1º dia mundial contra a dor. Trata-se de uma iniciativa conjunta da *International Association for the Study of Pain* (IASP) e da *European Federation of IASP Chapters* (EFIC), com o apoio da Organização Mundial de Saúde, que terá como mote “*A shared commitment between IASP and EFIC towards the relief of pain as a human right*”. O evento central deste dia será uma sessão televisonada e emitida ao vivo através da Internet a partir de Genebra, na qual diversos especialistas internacionais serão entrevistados sobre temas genéricos como a dor como doença epidémica, as últimas inovações no tratamento da dor, o impacto da dor na qualidade de vida das pessoas, etc.

Este dia assinala também o início da Semana Europeia Contra a Dor, que em Portugal ficará marcada pela realização, de 14 a 16 de Outubro, do 2º Congresso APED-CAR. Do aliciente programa científico, gostaria de salientar a vinda de alguns convidados da APED de renome internacional, sem querer de forma alguma menorizar os palestrantes nacionais, mas seria impossível mencionar aqui todo o programa do congresso. Assim, teremos no dia 15 o Dr. Stuart Derbyshire, da Universidade de Pittsburgh, que irá falar sobre “*Imaging the brain in pain*”, e logo a seguir o Prof. Chris Main, de Manchester, abordará o tema “*Pain management programmes*”. Trata-se de dois tópicos importantes em que estamos muito atrasados, pois tanto quanto é do meu conhecimento nada se faz neste âmbito em Portugal. No dia seguinte haverá duas sessões com convidados estrangeiros de maior aplicabilidade prática. Na primeira, o Prof. Per Hanssen, de Estocolmo, falará sobre a fibromialgia, um tópico que continua actual e controverso, sob a perspectiva de um neurologista que se dedica ao estudo e tratamento da dor: “*Fybromialgia, the view of a neurologist*”. Ainda na mesma sessão, o Dr. José de Andrés, de Valencia, “complementará” o tema com uma comunicação

sobre “*Myofascial pain syndrome and low back pain*”. Por fim, numa sessão dedicada à terapêutica farmacológica da dor o Prof. Guy Simonnet, de Bordéus, abordará o tema “*Opioid-Induce hyperalgesia*” e a Prof.ª Eija Kalso, de Helsínquia, falará sobre “*Opioids in non-cancer pain*”. Penso que estão assim reunidas as condições para assistirmos a um congresso de elevada qualidade científica, em que os participantes darão por bem empregar o tempo que irão dispendar na Casa do Artista em Lisboa. Saliento ainda que durante a cerimónia de abertura do congresso, no dia 14 pelas 14.30 h, terá lugar uma pequena cerimónia em que será atribuída ao Dr. Nestor Rodrigues a qualidade de 1º Sócio Honorário da APED, conforme decisão da última Assembleia Geral.

Não posso terminar esta página sem assinalar que este será o último número da revista *DOR* em que o Dr. José Manuel Caseiro desempenha as funções de director executivo da revista. Foi uma decisão pessoal do Dr. Caseiro, adiada a meu pedido até não ser mais possível, cujos motivos compreendo e aceito perfeitamente, mas que não posso deixar de lamentar enquanto director da revista e presidente da APED, face à elevadíssima qualidade do trabalho levado a cabo pelo Dr. Caseiro na condução da revista, tanto do ponto de vista editorial como de suporte financeiro. Diz-se que ninguém é insubstituível, mas não há dúvida que algumas pessoas são-no mais que outras, e será seguramente muito difícil encontrar alguém que tenha a inteligência, a disponibilidade, o empenho e o saber fazer demonstrados pelo Dr. José Manuel Caseiro ao longo dos anos em que desempenhou as funções que agora cessa. Felizmente, estou seguro que poderemos continuar a contar com a sua colaboração pontual, aumentando assim ainda mais a enorme dívida de gratidão que a APED já tem para com ele.

Em meu nome pessoal e em nome da APED, muito obrigado Dr. Caseiro!

Editorial II

Abordagem ao Tratamento da Dor na Região Autónoma dos Açores

Maria Teresa Flor de Lima

Constituem linhas orientadoras para o tratamento da dor, em Portugal e nos Açores, todas as directrizes emanadas pelas associações científicas, como a IASP, a EFIC e a APED, bem como as decisões dos governos da República e da Região Autónoma dos Açores.

O Plano Nacional de Luta Contra a Dor, publicado em 2001, estabeleceu metas fundamentais, até 2007, de tratamento da dor crónica, da dor aguda e analgesia de parto.

A obrigatoriedade da avaliação da dor como sinal vital, por força da circular normativa da Direcção Geral de Saúde, datada de 14 de Junho de 2003 e aplicada na Região, condicionou, indubitavelmente, uma mudança de atitudes e comportamentos, quanto à abordagem e tratamento do doente com dor.

Por outro lado, o Decreto-Lei nº 280/2003, de 8 de Novembro, estabeleceu uma rede nacional de cuidados continuados, o qual, em princípio, tem linhas orientadoras adaptáveis às nossas realidades.

Acresce, ainda, que o recentemente criado Curso de Pós-Graduação de Medicina da Dor, na Faculdade de Medicina do Hospital de S. João do Porto, já constitui, também, uma referência.

Por tudo isto, no momento actual, programar uma publicação sobre o que se faz, na Região Autónoma dos Açores, para uma melhor qualidade do tratamento dos doentes com dor, só pode ser dar voz aos que acreditam em projectos ou que têm objectivos, ou mesmo, ouvir alguns mais próximos da voz do "sofrimento". Deste modo, a compilação destes trabalhos tem uma certa orientação para o futuro, não deixando de salientar algumas das acções já desenvolvidas e que nos conduziram ao caminho traçado, quer da sensibilização, quer da formação ou da informação, acompanhando a evolução positiva que se tem desenvolvido, no nosso país e na Europa.

Os projectos não nos devem envergonhar, ou porque já estão em execução, ou porque mantêm viva a chama do entusiasmo e da motivação, ou, ainda, porque só agora é que começaram a ser entendidos/compreendidos.

A apreciação do que se verifica nos 3 hospitais e nos 17 centros de saúde da Região Autónoma dos Açores, quanto às limitações e constrangimentos para o melhor tratamento dos doentes com dor, nas 9 ilhas dos Açores, implica uma referência, ainda que breve, ao que já está feito e, acima de tudo, o estabelecimento de objectivos para nos mantermos no "Mapa da dor da Europa".

Em todas elas temos características e dimensões diversas, incluindo carências em meios humanos, meios técnicos ou meios económicos, culminando nas dificuldades de comunicação e de deslocação, quer de profissionais, quer de doentes.

Existe uma Unidade de Dor Crónica no Hospital de Ponta Delgada; o tratamento da dor pós-operatória está organizado,

pelos serviços de anestesiologia, em todos os hospitais do arquipélago; a analgesia de parto ainda está numa fase de organização em Ponta Delgada e Angra do Heroísmo, muito embora, ao invés, já seja uma realidade no Hospital da Horta.

Se é verdade que a falta de profissionais de saúde se regista em todas as áreas, certo é também que os problemas da sua formação e diferenciação nas especificidades do fenómeno complexo que é a dor assumem uma importância ainda maior.

Não obstante, se o ensino da dor já faz parte integrante do programa curricular das Escolas Superiores de Enfermagem, ainda faltam acções formativas para outros profissionais, onde o grande alvo é o da Medicina de Família.

Se é universal que o não tratar a dor acarreta custos mais elevados, os problemas económicos arrastados pelo excessivo consumismo dos serviços oficiais de saúde levam a uma atitude muito crítica e infundada por parte dos responsáveis, quer perante a criação de novas estruturas organizativas, quer perante a implementação de técnicas mais diferenciadas.

Nos Açores, dada a sua natureza arquipelágica, todas as distâncias são enormes, e isso condiciona, decerto, tanto as decisões políticas, como as próprias estratégias terapêuticas.

Como os optimistas sempre pensam ser capazes de ultrapassar todos os obstáculos que se lhes apresentam, o optimismo que, neste ensejo, deve ser transmitido é o de que o muito que já se fez, é, paradoxalmente, pouco perante o muito que se pode fazer. E foi assim, sempre animados com esse espírito positivo, que o PNLCD foi chegando aos Açores; a circular normativa do 5º sinal vital está aplicada; a realidade actual é irmos conseguindo uma melhor articulação entre os profissionais, de modo a que as equipas interdisciplinares comecem a proliferar, por todo o Atlântico; os domínios dos

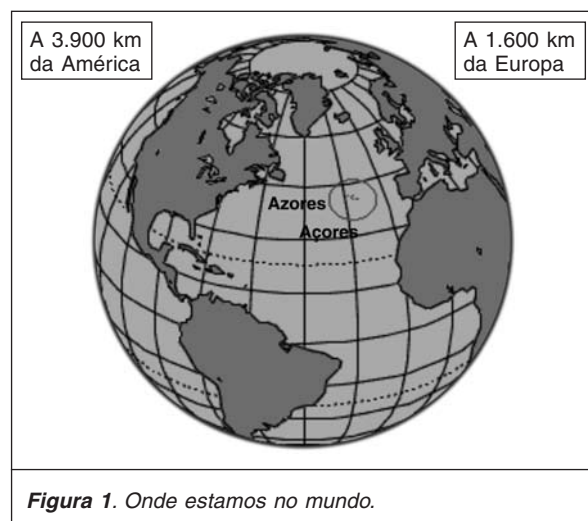


Figura 1. Onde estamos no mundo.

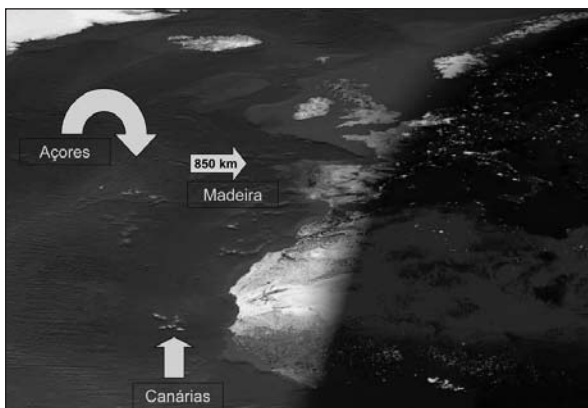


Figura 2. Onde estamos no Atlântico.

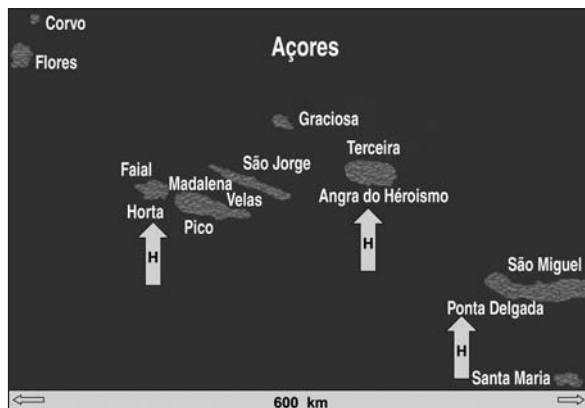


Figura 3. Somos 9 ilhas com 3 Hospitais.

que sofrem de dor crónica e do sofrimento dela resultante mais o que se lhe soma por terem nascido em cima da lendária Atlântida já foram desbravados; e, a pouco e pouco, o tratamento da dor, nos Açores, tem deixado de ser uma lenda, para se tornar uma realidade.

É importante ouvir o que nos dizem outros colegas, através, nomeadamente, de artigos de reflexão, onde a espontaneidade, os horizontes e as vivências de cada um são exemplo da continuidade.

É de valorizar a participação de profissionais de diversas áreas, como demonstração da interdisciplinaridade desenvolvida e garante da qualidade das acções futuras.

Mesmo a adesão do público e dos utentes em tratamento é a demonstração do reconhecimento, do agradecimento, do estímulo e da satisfação que é o tratar a dor que só os outros sentem.

Ao agradecer o amável convite da direcção da revista *Dor*, formulo, desde já, o desejo de que os Açores se mantenham na rota da "Luta contra a Dor", sendo também minha obriga-

ção realçar a prestimosa colaboração de todos os colegas, instituições e daqueles anónimos, porque não devo salientar nenhum dos apoiantes, que nunca me deixaram desanimar, nem tão-pouco desistir.

Estava longe de imaginar a dimensão do problema e da responsabilidade que é dinamizar o tratamento dos doentes com dor. E a sensação de alívio que é, ao cabo de 10 anos de uma luta que se inicia "só", o "não estar só", constitui, sem sombra de dúvida, um grande motivo de orgulho e felicidade.

A todos os que têm colaborado com uma luta que chegou a ser intitulada de "sonho", agradeço em nome dos doentes que sofrem. Espero que todos sintam a realização e vivam as experiências e o enriquecimento interior que é ajudar os "outros", estes outros "com dor".

IASP: *International Association for the Study of Pain*; EFIC: *European Federation of IASP Chapters*; APED: Associação Portuguesa para o Estudo da Dor; PNLCD: Plano Nacional de Luta Contra a Dor



Logotipo da Unidade de Dor do HDES.

Artigo de opinião

Educação Médica Contínua

Maria Teresa Flor de Lima

Ao tentar fazer uma breve reflexão sobre a experiência pessoal do Curso de Pós-Graduação de Medicina da Dor, fui levada a aprofundar os conhecimentos sobre o conceito de educação médica contínua (EMC).

A EMC é uma necessidade imposta pela prática da medicina, de uma forma responsável e satisfatória. Os profissionais sentem-na e carregam-na como um fardo pesado, se a querem desenvolver. Os seus mais directos beneficiários, que são os doentes, pagam-na, directa ou directamente, e as instituições deviam preocupar-se mais, quando tem vindo a aumentar a aprovação de processos de acreditação de qualidade.

Estando em desenvolvimento a implementação de um sistema contínuo de garantia e melhoria da qualidade no nosso hospital, ao ter sido assinado o contrato para a acreditação com o *Health Quality Service-King's Fund*, em parceria com o Instituto de Qualidade, encontrei mais razões para justificar a minha pesquisa.

Não partilho da opinião daqueles que dizem que tudo o que está mal é da responsabilidade dos outros, ou do governo, ou dos políticos. No entanto, vezes sem fim, tenho visto os obstáculos que se apresentam àqueles que se aventuram a aprofundar conhecimentos na sua área, ou mesmo em outras áreas, isto é, melhorar o seu desenvolvimento profissional contínuo (DPC).

Na tentativa de melhor definir os dois conceitos referidos, fui levada até algumas leituras interessantes, cujos conteúdos me atrevo a aflorar nesta modesta reflexão.

O Plano de Formação Interna para 2004, da Direcção Geral de Saúde (<http://www.dgsaude.pt>), foi elaborado com base nos pressupostos “[...] a formação profissional, não sendo um fim em si mesmo, constitui um meio para alcançar determinadas finalidades e, por isso, possui um carácter estruturante, integrador e eminentemente estratégico”. [...] “Os objectivos daquele plano inscrevem-se nos objectivos gerais da formação profissional na Administração pública e nos objectivos específicos da modalidade formação contínua (Decreto-Lei nº 50/98, de 11 de Março):

- contribuir para a realização pessoal e profissional dos funcionários da DGS, preparando-os para o desempenho das diversas missões para que estão vocacionados;

- contribuir para a eficiência, eficácia e qualidade dos serviços;

- contribuir para a consecução dos objectivos organizacionais.”

No campo das organizações internacionais, o Comité Permanente dos Médicos Europeus (<http://www.cpme.be>) aprovou, em 22/09/2001, a *Policy Statement on Continuing Medical Education (CME) and Continuing Professional Development (CPD)*, onde se lê: “[...] a prática da medicina, de uma forma responsável e satisfatória, requer que os médicos tenham uma educação contínua ao longo da vida. Esta exigência merece, mesmo, mais ênfase nos tempos modernos, caracterizados pelo rápido desenvolvimento do conhecimento científico, a frequente divulgação de novos métodos de prevenção, diagnóstico e tratamento, para além das profundas alterações da tradicional relação médico-doente”.

Os fundamentos daquele documento estão resumidos nos seguintes pontos:

- Reconhecimento da necessidade de os médicos actualizarem os seus conhecimentos e aptidões, como condição para melhorar a qualidade dos Serviços de Saúde.

- A EMC/DPC constitui uma necessidade ao longo da vida de cada médico e é, em simultâneo, uma obrigação ética e um direito fundamental.

- A responsabilidade pela EMC/DPC é de cada médico, individualmente, mas as instituições têm a responsabilidade de criar as condições económicas e organizacionais para uma EMC/DPC de alta qualidade.

- Os custos da EMC/DPC constituem uma parte integrante dos custos totais da saúde, sendo que podem ser aceites outras fontes, de acordo com a independência e a deontologia profissionais.

- São recomendáveis planos individuais de desenvolvimento de competências.

- A relação inter-pares constitui um instrumento útil na revisão destes planos.

- A acreditação da formação é um processo básico para a sua validação, sendo essa atribuição das associações profissionais, nacionais e europeias; entre outras, a União Europeia dos Médicos Especialistas, *European Union of Medical Specialists (UEMS)*, aprovou os respectivos critérios, revistos em Julho de 1999, pelo *European Accreditation Council (EACCME)*.

Por sua vez, a UEMS (<http://www.uems.net>) elaborou um documento de consenso com as recomendações para ser atingida uma EMC/DPC de qualidade para todos os médicos especialistas da Europa. São discriminadas as diferentes acções atribuídas aos vários grupos de interesse – doentes, médicos, associações médicas, instituições, gestores, legisladores nacionais e europeus – de modo a ser atingido aquele objectivo.

Embora o propósito da minha reflexão tenha sido o de analisar o que se deve passar do lado do médico, é com agrado, pois, que, após a apreciação das motivações pessoais de frequentar um curso de pós-graduação, tenha encontrado tantos campos de suporte para a valorização dos conhecimentos, como base do desempenho profissional.

Já ficou claro na minha mente que a EMC tem, ao mesmo tempo, um fundamento ético – constituindo um dever, mas também um direito. Anote-se a responsabilidade das instituições em facilitar o acesso ao desenvolvimento da EMC, não faltando recomendações e legislação. Necessitamos de passar a fase do desalento e das dificuldades e deixar as lamúrias do “autodidatismo”.

Não enveredei por expor a minha opinião sobre o Curso de Medicina da Dor da Faculdade de Medicina do Porto, quando estão consolidadas as orientações europeias para o estudo da Medicina da Dor. Apenas o aconselho aos colegas que se interessam pela problemática dos doentes com dor... Encontrei nele muitas outras vantagens, ainda não referidas: foi o voltar à faculdade; o fazer amigos entre os colegas do curso; ter o privilégio de conviver com professores com grande craveira e elevado nível técnico-científico; foi, mesmo, a actualização em muitos outros campos da medicina... gostei de contactar, mais de perto, com a investigação básica.

Para o presidente da APED, deixo um grande agradecimento por esta grande oportunidade que encontrei.

Artigo de opinião

Tratamento da Dor na Ilha Terceira

Maria Luísa Gomes

Directora do Serviço de Anestesiologia, Hospital de Santo Espírito, Ilha Terceira. Açores

A circular normativa nº 9/DGCG de 14/06/2003 determinou a dor como 5º sinal vital e de avaliação obrigatória, ultrapassando, pois, a obrigatoriedade ética e moral até aí existente.

O Serviço de Anestesiologia do Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo (HSEAH) desenvolveu e instituiu, em Janeiro de 2004, uma folha de registo pós-operatório, contemplando a avaliação da dor pela escala numérica, a ser realizada, pelo menos, uma vez por cada turno. O projecto iniciou-se na enfermaria de ortopedia, estendendo-se, posteriormente, às enfermarias de cirurgia geral.

Neste hospital, este tipo de avaliação foi pioneiro, pelo que não existem termos de comparação fidedigna quer para os *scores* de dor, quer para a eficácia das prescrições analgésicas.

É imprescindível dinamizar e sensibilizar todos os profissionais de saúde para a importância deste tipo de registos, até

porque, só assim, conseguiremos obter um *feedback* da nossa actuação e evoluir na qualidade do tratamento e promoção do bem-estar dos que dependem dos nossos cuidados.

Uma das metas futuras será o desenvolvimento de protocolos de analgesia, de modo a facilitar e uniformizar as terapêuticas.

Actualmente, o Serviço de Anestesiologia do HSEAH é responsável pelo tratamento da dor aguda pós-operatória, mas tem como objectivo futuro desenvolver as outras áreas. Criar a consulta de dor crónica, onde a carência de meios humanos tem constituído um obstáculo, é um exemplo, sendo que todos devem acarinar acções que surjam, como é o recente projecto de articulação entre serviços de enfermagem dos cuidados de saúde diferenciados e os dos cuidados de saúde primários – Centros de Saúde da Praia da Vitória e de Angra do Heroísmo.

Artigo de opinião

Tratamento da Dor no Hospital da Horta

Maria da Conceição Nascimento

Directora do Serviço de Anestesiologia/Directora Clínica. Hospital da Horta, Ilha do Faial. Açores

A Ilha do Faial tem um hospital com 96 camas. A nossa unidade hospitalar serve uma população de 35.000 habitantes, provenientes das Ilhas do Faial, Pico, Flores e Corvo.

Temos as valências de Medicina, Pediatria, Cirurgia, Obstetrícia/Ginecologia, Ortopedia, Urologia, Anestesiologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Estomatologia, Patologia clínica, Radiologia, Psiquiatria, Cardiologia, Pneumologia, Cuidados intensivos e Hemodiálise.

Abordamos, sumariamente, o que se faz nas áreas de:

- Tratamento da dor aguda do pós-operatório.
- Controlo da dor no trabalho de parto.
- Controlo da dor oncológica.

Dor aguda do pós-operatório

A unidade de dor aguda do pós-operatório funciona desde Abril de 2001, em espaço contíguo ao bloco operatório, tem uma capacidade de 6 camas, com monitorização em todas elas. Está informatizada em rede com o bloco operatório e cuidados intensivos. Possui protocolos de actuação terapêutica. Nela trabalham um médico anestesiológista em presença física, 3 enfermeiros, um secretário administrativo e um auxiliar de acção médica.

A analgesia é realizada pelos anestesiológistas, controlando a dor nas primeiras 72 h.

Praticamos uma analgesia balanceada ou multimodal.

Controlo da dor no trabalho de parto

Iniciámos analgesia de parto, no Hospital da Horta, em 1998.

Ela é feita a pedido da grávida e/ou obstetra.

O esclarecimento acerca da técnica é feito na consulta externa ou sala de parto.

A média de partos é de 300/ano.

O bloqueio epidural representa 5,27% do total de partos.

Temos um protocolo único.

Temos apoio de enfermagem.

Tratamento da dor oncológica

Existe uma consulta que é realizada pelo médico oncologista, enfermeiro, psicólogo, técnico do serviço social.

Essa consulta é efectuada três vezes por semana. Tem, também, estreita colaboração com a fisioterapia, psiquiatria e anestesiologia, esta para a realização das técnicas invasivas (bloqueios epidurais com anestésico local e/ou opióide).

Pretendemos iniciar, no próximo ano, uma consulta de dor crónica.

Essa consulta será multidisciplinar e nela estarão envolvidas as seguintes especialidades, além da enfermagem: anestesiologia, médico de medicina geral e familiar, fisioterapeuta, psicólogo, psiquiatra e assistente social.

Pensámos incluir na nossa consulta um médico de medicina geral e familiar, pois estes médicos são o primeiro elo de ligação no tratamento da dor. Portanto, a sua acção na detecção precoce e tratamento das patologias dolorosas reveste-se de um carácter fundamental.

Artigo de opinião

A Neurocirurgia e a Terapêutica da Dor

Anabela Cordeiro Abrantes

O papel da neurocirurgia na terapêutica da dor intratável é uma evidência que remonta ao fim do séc. XIX. De 1873 a 1939, multiplicaram-se os procedimentos, desde as neurectomias às simpaticectomias, de Letievant a Leriche, para obter o alívio da dor em quadros clínicos tão díspares.

Até mesmo Egas Moniz reportou êxito no manuseamento da dor intratável, após a aplicação da técnica de lobotomia, em 1936.

A melhor compreensão dos mecanismos de geração e transmissão da dor conduziu ao desenvolvimento de técnicas que não representam procedimentos neuroablativos, mas sim neuroaumentativos, por actuação nos mecanismos de modulação algica.

O "estado da arte" que se pretende hoje em dia está dominado por noções que provêm não só do conhecimento da ciência neurológica básica, mas também do uso de investigação da inteligência e redes neurais artificiais, com toda a carga estendária que lhes são inerentes.

A participação da neurocirurgia nesse processo segue os princípios em que a especialidade sempre se fundamentou – salvaguardar a função e minorar a dor.

O conhecimento da existência de novas técnicas é, naturalmente, acompanhado da necessidade de apropriada selec-

ção de doentes e avaliação de prognósticos. As questões económicas também se revelam determinantes. Algumas não atingem o ponto de viragem em que se tornam parte das nossas vivências, mas outras cada vez mais parecem entrar no quotidiano, desde que sejam cumpridos os critérios que requerem, de modo rigoroso, condição essencial para maximizar as probabilidades de êxito.

Ponderar os papéis relativos dos procedimentos neuroablativos e neuroaumentativos, identificar e personalizar a missão de cada um dos elementos multidisciplinares da equipa que trata a dor, dissecar os princípios de racionalidade da aplicação das diversas técnicas e fundamentá-las, à justa medida das necessidades e requisitos de uma população limitada, polvilhada por ilhas dispersas, é também um exercício de bom senso.

Não se trata de discutir a implementação de métodos de estimulação cerebral, nem de executar estudos neurofisiológicos sobre a perfusão das estruturas encefálicas aquando dessa estimulação.

Trata-se, tão somente, de pôr em acção técnicas acessíveis do ponto de vista humano e material. Exequíveis num contexto específico. Da neuroestimulação à infusão de opióides, da desnervação à ozonoterapia. De face virada ao futuro da terapêutica da dor.

Artigo de opinião

O Uso da Toxina Botulínica

António Raposo

O Serviço de Medicina Física e de Reabilitação (SMFR) do Hospital do Divino Espírito Santo (HDES), de Ponta Delgada, iniciou a utilização terapêutica da toxina botulínica em Janeiro de 2003. Foi efectuado o pedido ao Ex.^{mo} Conselho de Administração, já que se trata de um produto extrafarmacêutico hospitalar, solicitando a sua utilização, essencialmente, para crianças com deficiência, na sua maioria com paralisia cerebral.

Face à nossa inexperiência em termos de administração da substância, convidamos, através do protocolo com a Direcção Geral de Recursos Humanos, duas médicas fisiatras do Hospital Garcia d'Orta (Dr.^a Teresa Gaia e Dr.^a Cristina Duarte) para efectuarem deslocações regulares ao HDES, de 4 em 4 meses cada uma. Deste modo, pudemos ir adquirindo a prática necessária para, no futuro, efectuar a técnica de forma autónoma.

Os doentes são previamente triados nas consultas do SMFR. Já efectuámos tratamentos a mais de 50 doentes, sendo que a sua maioria continua em consultas regulares.

A indicação para a qual a substância tem sido utilizada é no controle da espasticidade associada à paralisia cerebral. A maioria das administrações foram nos membros inferiores, com destaque para os gémeos (para permitir apoio plantígrafo) em pés equinos, nos adutores e nos isquio-tibiais (para melhoria do padrão de flexão/adução das ancas). Já efectuámos, também, tratamentos a alguns adultos jovens, com sequelas de AVC-hemiparesia e sequelas de TVM-tetraparesia.

A maioria das indicações tem tido como objectivo principal o ganho de funcionalidade quer da marcha quer do uso dos membros superiores. Em alguns casos, utilizámos a toxina botulínica nos adutores para permitir uma melhor higiene em doentes sem potencial de marcha. Noutros casos, com espasticidade grave, em que as mobilizações, efectuadas por fisioterapeuta ou por familiares dos doentes, se tornam praticamente impossíveis, tivemos um ganho de mobilidade significativo, que tem permitido um muito melhor posicionamento dos doentes.

Em alguns casos, associamos a aplicação de talas de repouso ou funcionais e muitos dos nossos doentes mantêm um programa regular de tratamentos de fisioterapia.

Outras das indicações, em crianças com paralisia cerebral, em que temos actuado é na prevenção da luxação das ancas por espasticidade dos adutores.

Sabemos que a toxina botulínica tem um campo de acção muito mais vasto, nomeadamente no blefaroespasm, estrabismo, distonia cervical, hemiespasm facial, torcicolo espasmódico e no controle da dor, em especial associada à espasticidade.

Inicialmente, pensava-se que a melhoria dos quadros dolorosos em doentes com espasticidade tratados com toxina botulínica se devia "apenas" à diminuição do tónus muscular. Hoje sabe-se que poderá haver um mecanismo de acção de bloqueio nociceptivo das fibras dos cornos posteriores da medula, razão pela qual a substância está a ser utilizada para o controle da dor, mesmo em doentes sem espasticidade.

Artigo de opinião

Consumo de Opióides

Isabel França¹, Maria Teresa Flor de Lima²

Ao contactar mais de perto com a problemática do tratamento da dor crónica com o recurso a opióides, nos últimos três anos, no âmbito da unidade de dor, temos encontrado dois aspectos que nos preocupam. Em primeiro lugar, alguns constrangimentos que condicionam o seu uso, como sejam os custos, quer para o doente, quer para as instituições, sejam os opióides fornecidos gratuitamente ou não. Por outro lado, a relação da qualidade do tratamento da dor com o consumo de opióides.

Se esta última condição está, mais ou menos aceite, a nível mundial, não vai ser questionada, no âmbito destas reflexões. Parece-nos, no entanto, que a maneira como deve ser avaliada a qualidade do tratamento da dor dos doentes, quer em internamento, quer em ambulatório, tem muitas outras vertentes no seu contexto bio-psico-social e no contexto profissional e cultural em que nos encontramos.

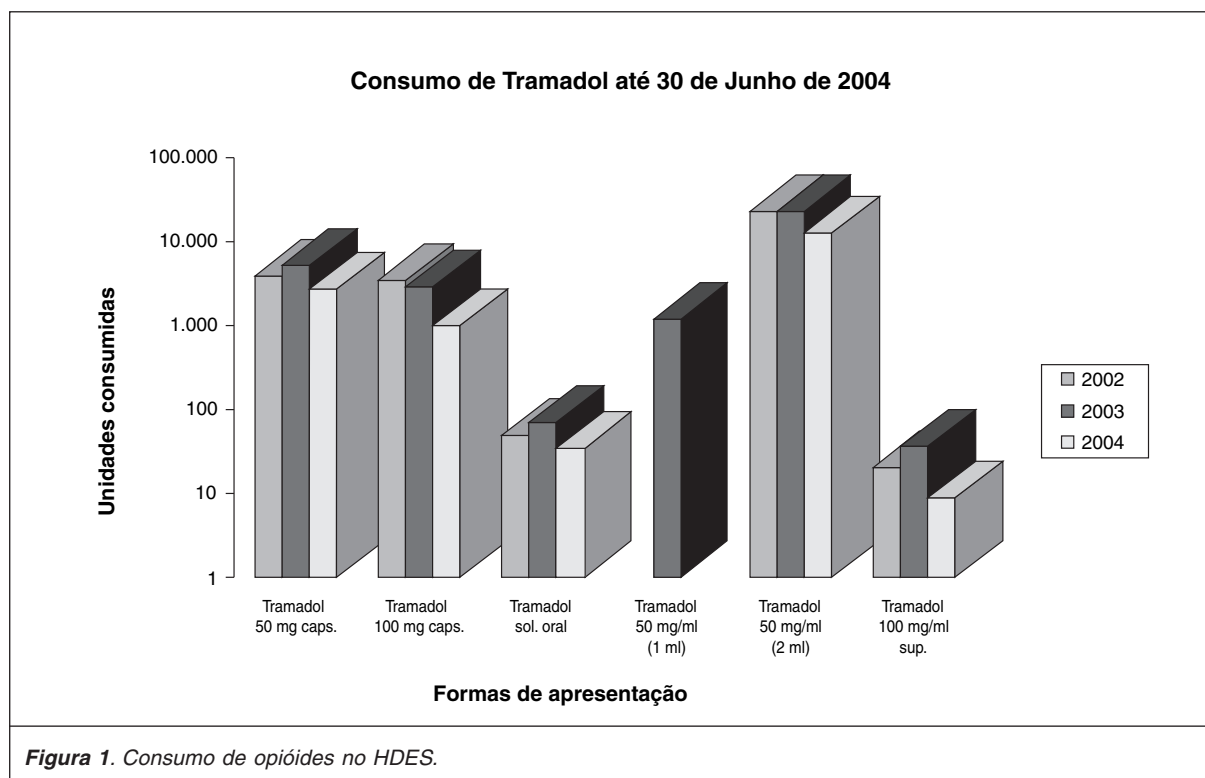
Quando, em 2002, na revista *DOR*, nº 10:45-7, fizemos a apreciação do consumo de opióides, tentando explicar as razões do seu aumento ou diminuição, comparativamente, em vários serviços, associámos ao aumento no consumo de algu-

mas apresentações de alguns opióides a aplicação dos protocolos da unidade de dor aguda e as prescrições da consulta de dor.

Mantendo-se uniformizada a orientação na forma como são efectuados os registos dos serviços farmacêuticos, estes vão permitir-nos, futuramente, fazer um estudo sobre os efeitos da instalação da unidade de dor, desde 2001, sobre o consumo de opióides, no hospital.

No âmbito desta reflexão, apresentamos as primeiras 2 figuras, onde é evidente o aumento do consumo de alguns opióides no primeiro semestre de 2004, sendo que o consumo da morfina injectável (Fig. 3) tem vindo a diminuir, ligeiramente, nos últimos três anos, em virtude das dificuldades na implementação de algumas técnicas onde são factores limitativos a articulação dos recursos de enfermagem.

Sabemos que, nos primeiros meses deste ano, duplicou o número de doentes admitidos para primeiras consultas na unidade de dor, bem como o número de atendimentos, em relação ao ano completo de 2003.



¹Farmacêutica dos Serviços Farmacêuticos do HDES
Ponta Delgada, Ilha de S. Miguel. Açores
Colaboradora da Equipa Multidisciplinar da Unidade de Dor

²Chefe de Serviço de Anestesiologia
Coordenadora da Unidade de Dor do HDES
(Directora do Serviço de Anestesiologia: Dr.ª Maria Rosa Leite)
Aluna do 2º Curso de Pós-Graduação de Medicina
da Dor da Faculdade de Medicina do Porto

(Directora do Serviço de Anestesiologia: Dr.ª Maria Rosa Leite)

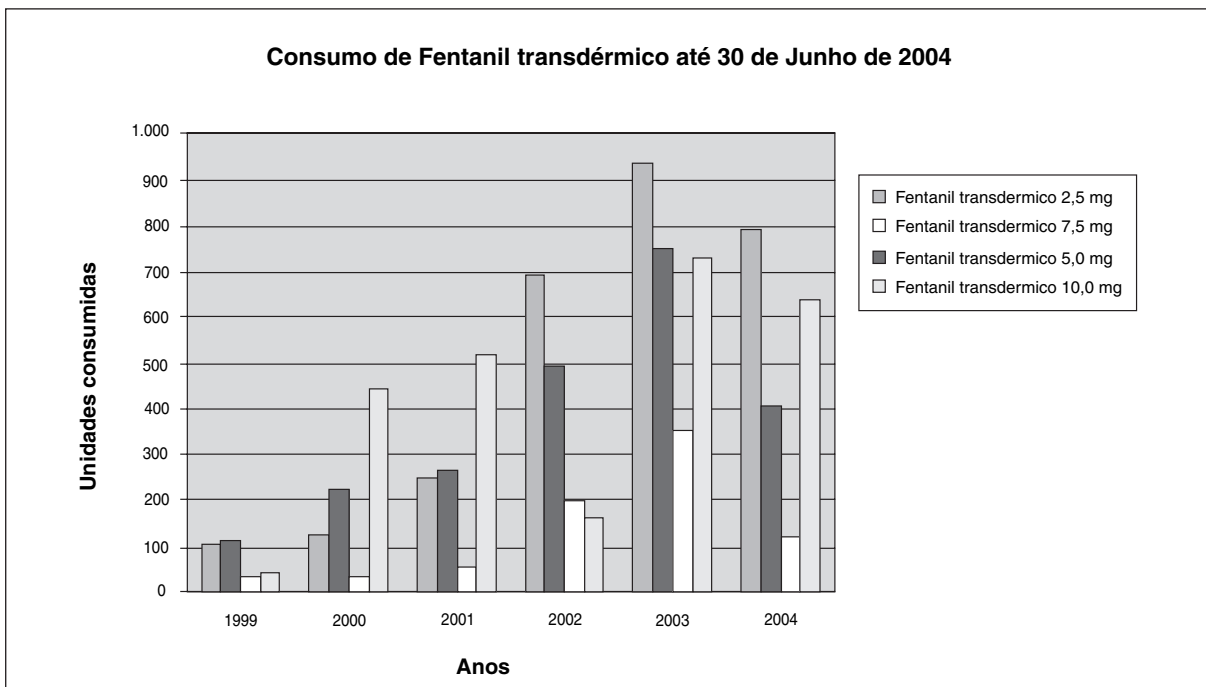


Figura 2. Consumo de opióides no HDES.

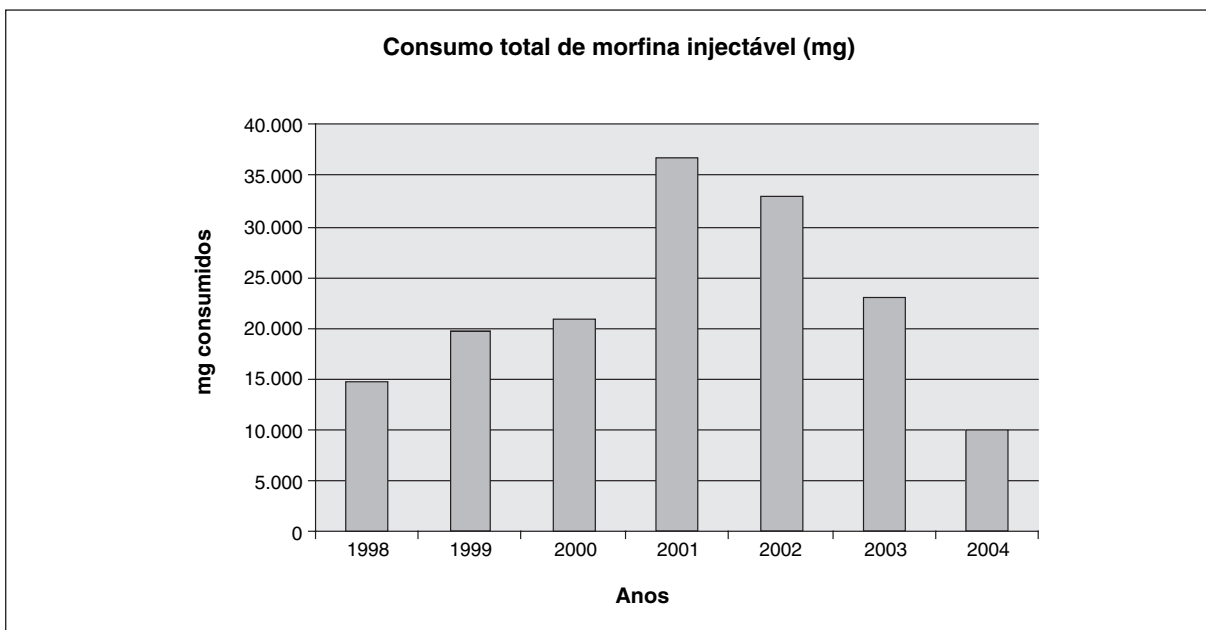


Figura 3. Consumo de opióides no HDES.

A questão que se nos apresenta é a de saber se estamos a tratar melhor os doentes com dor crónica, se forem analisados outros parâmetros, através do impacto que a dor tem na sua actividade, na independência e na qualidade de vida. Sentimos que este é um grande desafio para o futuro...

Quanto aos custos dos tratamentos com opióides, achamos que devem ser analisados em consonância com a avaliação dos gastos com os doentes com dor crónica, se não tratada. Também, aqui, a nível geral, na comunidade científica, se afirma que os gastos são menores se a dor for tratada.

Artigo de opinião

A Dimensão Espiritual em Cuidados Paliativos

Padre Duarte Melo

Para a Organização Mundial de Saúde, a dimensão espiritual refere-se a todos os aspectos da vida humana que dizem respeito às experiências que transcendem os fenómenos sensoriais. Por conseguinte, os aspectos da vida humana na sua dimensão espiritual são parte integrante do ser pessoa. É pela vivência espiritual que a pessoa transcende o material, valorizando o sentido da sua existência na circunstância do limite infinito.

A pessoa doente, durante a sua hospitalização, põe a nu a verdade do seu limite e fragilidade, assumindo o transitório da sua existência.

A doença acontece sempre na surpresa dos dias, provocando espanto, medo e insegurança, quebrando a integridade e unidade ontológica.

O tempo de doença e da hospitalização mergulha a pessoa em situação de crise e de desequilíbrio perante o mistério do sofrimento onde o sentido da vida se faz razão de existir. É pela vulnerabilidade, condição da existência humana, que a pessoa assume a verdade do ser próximo do nada, onde o finito se abre ao infinito.

O doente em situação terminal impõe a urgência de ser cuidado com diálogo ou palavras feitas de verdade, autenticidade e de sentido de vida, daí que ele sente a necessidade de olhar para a sua vida passada, de dizer da sua biografia como lugar de identidade.

“O campo do sofrimento é muito mais vasto, muito mais diversificado e mais pluridimensional. O homem sofre de diversas maneiras, as quais nem sempre são consideradas pela medicina, nem sequer pelos seus ramos mais avançados. O

sofrimento é mais amplo e complexo que a doença, ao mesmo tempo, algo mais enraizado na própria humanidade.” (Carta Apostólica *Salvifici Doloris*, de João Paulo II, nº 5.)

O sofrimento do limite na sua profundidade e complexidade apresenta-se como crise existencial do ser pessoa. Daí refira-se que as perguntas que o doente faz sobre o sentido da sua vida surgem como necessidade de libertação, dando lugar à paz e ao perdão.

“O doente em situação terminal necessita de se reconciliar com toda a sua vida e manifesta tal desejo de forma implícita e explícita. Por conseguinte, o profissional de saúde na sua prestação de cuidados deve colocar-se numa atitude de vigilância.” “O sofrimento humano suscita compaixão, inspira respeito e, a seu modo, intimidade. Nele, efectivamente, está contida a grandeza de um mistério específico.” (Carta Apostólica *Salvifici Doloris*, de João Paulo II, nº 4.)

Sendo o homem um ser social que precisa de se relacionar e comunicar com os outros para o tornar pessoa, as suas necessidades físicas e espirituais só podem ser satisfeitas por outros seres humanos.

As necessidades de afecto, de respeito, de reconciliação, de estima, nunca poderão ser satisfeitas por máquinas ou sistemas, mas sim por pessoas em relação de alteridade e solidariedade.

Embora o sofrimento seja intrínseco à condição humana, este pode ser aliviado e minimizado pelo profissional de saúde quando as necessidades do doente que constituem o ser pessoa são satisfeitas.

Artigo de opinião

Implicações Éticas no Tratamento da Dor

Lina Oliveira Andrade

Resumo

O presente artigo aspira ser um artigo de opinião sobre o tratamento da dor física crónica e implicações éticas, que considero estarem subjacentes.

Começo por associar o aumento da dor física crónica ao desenvolvimento da ciência e da técnica, que permite um aumento da esperança de vida, mas acarreta, como consequências, o prolongamento de vidas em situações de doença crónica, degenerativa e em fases terminais.

Chamo à dor crónica uma doença, uma vez que rompe com a completa harmonia que caracteriza a saúde. Realço a importância de se dar informação sobre o que a pessoa tem ao seu dispor como investidas terapêuticas, mas também do respeito pela autonomia da pessoa.

Faço uma breve abordagem pessoal do tema à luz dos princípios éticos, uma vez que considero serem cada vez mais necessários na área da saúde, pois o espantoso avanço da medicina pode também trazer riscos relativamente ao respeito pela dignidade humana.

Palavras chave: Dor física crónica. Investimento terapêutico. Doença. Pessoa. Dignidade. Informação. Autonomia.

Abstract

The present article pretends to be an article of opinion. I intend to write about chronic pain treatment and also call attention to ethic aspects that support new action of doctors in people with chronic, degenerative and terminal illnesses.

As I write it, I call pain an illness, because I think of it as it is, once it breaks the total harmony that characterizes health. Also I emphasise the important aspect of giving honest information about the choices all people have on starting, going on or interrupt a pain treatment, once the secondary effects, are too difficult for same. True is the fact of being able to choose. We must respect the autonomy and dignity of others.

As I go on, I stand on ethical principals to call attention to the rights people have in what concerns to their bodies and lives.

Key words: Physical chronic pain. Illness. Therapy. Person. Dignity. Information. Autonomy.

O aumento do número de doenças crónicas, degenerativas e incuráveis, que acompanha o espantoso desenvolvimento da biomedicina e da técnica, tem associado o aumento do número de pessoas que sofrem de dor física crónica. Esta é uma incrível contradição, dado que a ciência também já dotou os técnicos de saúde de investimentos terapêuticos que controlam esta "doença". Atrevo-me a chamar-lhe doença, como outros autores, pois considero que o sofrimento causado pela

dor física é um dos elementos que contribui para a ruptura da harmonia integral da pessoa.

A dor é um sintoma, um alerta e uma manifestação, por vezes, demasiado pesada para que se viva dignamente. É considerada, mais recentemente, o quinto sinal vital, tal a importância que se atribui à sua avaliação.

Será, no entanto, legítimo concluir que a dor crónica seja um factor limitante da qualidade de vida, em todas as pessoas que dela sofrem? Será lícito insistir com as mesmas, no seu tratamento? Que sabemos nós do que é mais significativo para o outro, no contexto em que vive? Estarão as pessoas devidamente informadas sobre as possibilidades de tratamento a que podem aceder e escolher?

Reporto-me à minha experiência de vida pessoal e profissional como enfermeira. Tenho acompanhado pessoas com patologias que as colocam em situação de dor crónica. Já vi pessoas informadas e assistidas pelas consultas de dor, mas também já vi aquelas a quem nunca foi dito que existe um serviço público onde se trata e avalia a dor. Já vi pessoas

Enfermeira Licenciada

Pós-graduação em Bioética

Aluna do I Mestrado em Bioética na Universidade Católica Portuguesa

– Em fase de Dissertação de Tese

Enfermeira do Centro de Saúde de Ponta Delgada

Canada da Manguinha, 2

9500-615 Ponta Delgada, Ilha de S. Miguel. Açores

morrerem com a dor física controlada e outras que morreram em grande sofrimento físico. Inclusive, também já convivi com aquelas que, a determinada altura, optaram por desistir da terapia da dor, por incompatibilidade com alguns dos efeitos secundários.

Existem pessoas doentes nos seus domicílios que vivem com dor crónica não avaliada nem tratada, por nunca lhes ter sido proposto uma consulta de avaliação e possível investimento terapêutico na dor. Sofrimento gerado por repetidos períodos de dor física crónica. Questiono-me, então, se o princípio da beneficência, ao induzir-nos a agir no sentido do bem do doente, não terá implícito informar, dar escolhas e, possivelmente, encaminhar estes casos para os técnicos de saúde especificamente qualificados para o tratamento da dor.

Não podemos esquecer o direito de escolha consciente que a pessoa tem. O direito de ser informada da possibilidade de ser seguida por especialistas no tratamento da dor e o direito de escolher se vai iniciar, manter ou interromper este tipo de cuidados.

Penso que o tratamento da dor tem implicações éticas, uma vez que, quando se age no que se pensa ser o melhor para o doente, o médico actua segundo o princípio da beneficência. Pelo contrário, quando há falha de informação sobre as possibilidades existentes, não há um igual acesso de todos à possibilidade de tratamento. Neste caso, está comprometido o respeito pelo princípio da justiça.

A informação sobre as possibilidades existentes e o respeito pela decisão da pessoa doente consciente evidenciam o cumprimento do princípio da autonomia.

Na minha humilde opinião, o princípio do “duplo-efeito” aplica-se à questão do tratamento da dor crónica. Se, por uma das vertentes, é inegável que o espantoso avanço da biomedicina permite aos médicos actuar no tratamento da dor tão eficazmente como nunca antes foi possível, não podemos ignorar os efeitos secundários da maioria das investidas terapêuticas utilizadas no tratamento e no controle da dor crónica. Desta forma, é necessário respeitar a decisão de quem não adere ou interrompe o tratamento mas que aspira também a uma vida digna.

Nós profissionais, que desejamos o bem do doente, somos tentados a pensar que viver e morrer sem dor é o que de melhor podemos proporcionar a uma pessoa doente com dor física. Mas, o que sabemos nós, da forma como estas pessoas querem viver a sua doença ou noutros casos o seu fim de vida? Ajudar o outro não será em primeiro lugar conhecê-lo, saber o que deseja, para depois lhe dar informação sincera e possibilidade de opção? E, inclusive, informar de como compensar alguns dos efeitos secundários? E mostrar-lhe que tem o nosso respeito e a nossa disponibilidade, independentemente das suas opções?

O respeito pela dignidade da pessoa que sofre de dor crónica passa por atender à sua singularidade, ao respeito pela sua autonomia, pelo direito que tem de informação, pela possibilidade de acesso a tratamento e pela possibilidade de escolha.

Artigo de opinião

Qualidade de Vida, no Morrer...

Lina Oliveira Andrade

Resumo

O presente artigo pretende chamar a atenção para a manutenção da qualidade de vida no morrer por doença oncológica.

Desenvolvo-o em 4 partes: Introdução, Qualidade de vida no morrer, Reflexão ética e Conclusão. Ao longo das mesmas, falo de qualidade de vida, de qualidade de vida na fase terminal por doença oncológica e da elevada representação que esta tem na sociedade actual, dos investimentos terapêuticos e do perigo da sua utilização incondicional. Facto que pode concorrer para o desrespeito pela dignidade humana. Para além da consulta de bibliografia que suporte as minhas ideias, faço uma reflexão ética do tema baseada em princípios éticos.

Palavras chave: Qualidade. Vida. Morte. Doença oncológica. Sofrimento. Sacralidade da vida. Autonomia.

Abstract

This present article is about quality of life in terminal people, specifically those who have cancer. It is a scientific article where I write about my ideas on the subject adding bibliography consulted.

It is composed in 4 parts, which are: Introduction, Quality of life in dying, Ethic reflection and Conclusion. As I go on writing, I try to transmit my ideas about the dangers actual society can produce, when in order to recover ill people, invest in therapeutic procedures that can arm them instead help. So I support my ideas not only with bibliography but also making an ethic approach based on the principal as described by the authors consulted.

Key words: Quality. Life. Death. Illness. Cancer. Suffer. Sacral. Autonomy.

Introdução

Numa sociedade que já não tem como necessidade fundamental procurar formas de sobrevivência e perpetuação da espécie, surge a necessidade de se viver com qualidade. No entanto, embora as condições de vida das populações tivessem melhorado, deu-se um aumento do número de doenças crónicas e incuráveis. Consequentemente, aumenta o número de casos terminais e de fins de vida prolongados.

A qualidade de vida aparenta ser um dos paradigmas dominantes da sociedade actual. Por seu lado, a doença oncológica tem nela uma representação impossível de ser ignorada ou esquecida.

O cancro atingiu na nossa sociedade uma representação elevada e significativa. E, embora a ciência tenha resposta para muitas situações, a verdade é que, entre nós, esta doença ainda constitui uma das principais causas de morte.

Penso que esta problemática tem um carácter social, merecendo, assim, uma atenção ética constante, baseada em princípios, (Beauchamp e Childress 2001:18-23) consideraram os princípios da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça como princípios a ter em conta na abordagem de dilemas éticos e problemas bioéticos.

A utilização dos princípios é uma forma de consciencialização de atitudes face ao problema bioético, que julgo ser a manutenção da qualidade de vida das pessoas em fase terminal da doença, até à morte.

Qualidade de vida no morrer

A fase terminal da doença oncológica é uma altura da vida de uma pessoa que se reveste, na maioria dos casos, de grande sofrimento, quer para a pessoa doente, quer para a sua família e amigos, influenciando também fortemente o ambiente social e incrementando os medos pessoais face à morte e ao sofrimento físico.

Numa época em que a preocupação com a pessoa humana, e com o homem como um fim em si mesmo, elevam os sentidos para os valores éticos e chamam a atenção para a dignidade humana, urge chamar a atenção para a problemática da qualidade inerente aos últimos tempos de vida de uma pessoa com doença oncológica.

Sinto a necessidade de dissociar as palavras da expressão e acrescentar outra, sobre a qual nesta reflexão é impossível não falar. O inevitável desfecho da situação, ou seja a morte. O que pretendo, de certa forma, é chamar a atenção para a

Enfermeira Licenciada

Pós-graduação em Bioética

Aluna do I Mestrado em Bioética na Universidade Católica Portuguesa

– Em fase de Dissertação de Tese

Enfermeira do Centro de Saúde de Ponta Delgada

Canada da Manguinha, 2

9500-615 Ponta Delgada, Ilha de S. Miguel. Açores

necessidade de se manter a qualidade no morrer, para o impacto social causado pela morte por doença oncológica, e para os princípios que deveriam regular a acção de quem cuida daqueles que, com este tipo de morte sofrida, deixam esta vida.

A palavra qualidade sugere bem-estar, algo de bom. No entanto, que sabemos nós do que é o “bom” para quem sofre?

Vida humana leva-nos a pensar em dinamismo interior, trocas com o meio, equilíbrio de fluxos, metabolismo. E, para os crentes, a vida humana é também o resultado da “acção da alma na matéria” (Leone e Privitera 1127).

No entanto, toda a vida e, como tal, também, a humana tem um fim, a morte. Mas, o homem actual não convive naturalmente com a morte. Habitado que está a ser capaz de quase tudo dominar na natureza, não consegue dominar a morte!

Ao juntar novamente as palavras “qualidade” e “vida”, obtenho “qualidade de vida”. Esta expressão representará, então, todo este dinamismo que caracteriza a vida. Ocorrendo num bem-estar... vamos de encontro ao que Aristóteles interpretou como uma boa vida. Uma vida em felicidade.

Mas, o que é de facto a qualidade de vida? Para a OMS (Couvreur 1999:42) “Trata-se da percepção, por parte de indivíduos ou grupos, da satisfação das suas necessidades e daquilo que não lhes é recusado nas ocasiões propícias à sua realização e à sua felicidade”.

É de realçar o carácter subjectivo e particular desta expressão, (Leone e Privitera 2001:947-9) consideram que se toma consciência da “qualidade” quando a “quantidade” já não é de preocupação inerente à sobrevivência.

Após o fim da II Grande Guerra, a economia começa a ascender, a ciência e a técnica desenvolvem-se e trazem novas descobertas para combater e prevenir doenças. A esperança média de vida aumenta. As ciências humanas dão a conhecer os aspectos psicológicos do homem e chamam a atenção para a relação dos homens em sociedade. O homem torna-se mais atento e, para os mesmos autores (p. 947), apercebe-se que a maravilhosa evolução que a técnica, a ciência e a medicina alcançaram, para além de maravilhosas e úteis podem ser-lhe também prejudiciais. O progresso da biomedicina e as intervenções cada vez mais invasivas na vida humana induziram as várias tomadas de posição relativamente à importância da “qualidade”.

Assim, em 1964, é introduzida a expressão “qualidade de vida” no vocabulário corrente por Lyndon B. Johnson (Hottois e Parizeau 1998), defendendo, no entanto, que a quantidade não é só por si suficiente para existir qualidade. Segundo os mesmos, “A noção de qualidade de vida exige que se tome em consideração a experiência humana na multiplicidade dos seus aspectos, sem a limitar à sua dimensão estritamente biológica” (Hottois e Parizeau 1998:314).

A consciência ética desperta então para a qualidade de vida. No entanto, abordar o assunto não é fácil, dada a subjectividade de que se reveste e dados os problemas éticos que levanta, particularmente, no campo da medicina.

Que investimentos terapêuticos prosseguir e quais os que se devem interromper em cada caso específico? Como se pode proporcionar qualidade de vida a um doente terminal, que nem foi informado do prognóstico da sua doença? A nossa noção de qualidade vai ao encontro da do outro? Determinadas investidas terapêuticas podem abreviar a morte, mas irão manter o doente sem dor física. Optar pelas que diminuem a dor física, mas encurtam a vida, será violar o carácter sagrado da vida? Outros investimentos vão prolongar a vida, por pouco tempo mas, vão também prolongar o sofrimento. É lícito? O que fazer em cada caso?

A qualidade de vida no morrer de hoje por doença oncológica é um problema bioético da vida em sociedade. É necessário reflectir, conhecer o outro, respeitá-lo e assumir atitudes empáticas.

A “sacralidade da vida” levanta outro problema ético na questão da qualidade de vida.

[...] é muitas vezes apresentado em oposição com o do carácter sagrado da vida. [...] os defensores deste último preconizam a protecção “quase absoluta” da vida humana [...] a sua principal objecção reside nesta questão: com que direito se decreta que uma vida vale ou não a pena ser vivida? Que uma tem menos qualidade ou importância que outra?”. (Hottois e Parizeau 1998:315). O conceito de qualidade de vida.

Numa sociedade em que a morte passou a ser assunto inconveniente e quase proibido, o fim de vida por doença oncológica é muitas vezes mascarado com falsas respostas relativamente ao verdadeiro estado do doente, pela rejeição por parte dos técnicos de saúde em aceitar a derrota de uma batalha contra o cancro, mantendo as terapias invasivas em detrimento de preparar o doente para uma morte digna, e por mortes solitárias resguardadas nos quartos do fundo do corredor de um hospital.

Sem desejar generalizar o problema, pois cada caso é único, tal como a pessoa que o vive, levanto aqui a questão “não será tão importante morrer com qualidade, como viver com ela?”.

Urge, assim, falar de dignidade, a qual, segundo Kant (Pacheco 2002) traduz o direito que cada homem tem de ser reconhecido como um ser que é um fim, e nunca um meio ao serviço dos fins dos outros. “Quando uma coisa tem um preço, pode pôr-se em vez dela qualquer outra como equivalente; mas, quando uma coisa está acima de todo o preço, e, portanto, não permite equivalente, então tem ela dignidade” (Kant 1995:71-2).

Segundo o professor Dr. António Sarmento, nas XVI Jornadas da Pastoral da Saúde, em Fátima, em Novembro de 2002, “a pessoa que está a morrer tem toda a dignidade de qualquer ser humano, em qualquer fase da vida, e é em função dessa dignidade que tem que ser tratada”.

Reflexão ética

Na vida social torna-se necessário distinguir o que é bom ou mau para as pessoas, sem esquecer a singularidade que caracteriza cada uma. Para que a socialização de seres únicos seja possível, torna-se indispensável orientar a conduta individual por valores.

Na sociedade actual, “procura-se o juízo moral sobre qualquer comportamento da vida da pessoa ou da comunidade, nos princípios da bioética” (Leone e Privitera 2001:87). Desta forma, Tom Beauchamp e James Childress, no seu livro *Principles of Biomedical Ethics* (2001), consagram a utilização dos princípios na abordagem de dilemas e problemas éticos. Será efectuada aqui uma reflexão à luz dos princípios da beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia como descritos por Leone e Privitera no *Dicionário de Bioética* (2001:874-9).

O princípio da beneficência, para os mesmos autores, consiste na obrigação de promover o bem, o que implica a ponderação entre benefícios e prejuízos. É a obrigação moral de agir no interesse do doente.

Esconder a verdade a alguém que interiormente sabe que vai morrer, para lhe poupar o sofrimento, é agir pensando ser essa a melhor atitude para o doente, poupar-lhe a dolorosa verdade. No entanto, que sabemos nós da verdade que o doente quer saber, da sua real necessidade? Não será a “qualidade de vida” afectada por esta acção? Muitas vezes os doentes chegam por si a esta verdade, só precisam que lha confirmem!

Que sabem os outros do que é o bem para o que está a morrer?

No sentido de se proporcionar “qualidade de vida”, pode ser decidido pelos técnicos de saúde investir em determina-

das técnicas, e o princípio da beneficência aqui se encontra patente. O facto é comunicado ao doente, mas, por vezes, corre-se o risco de esquecer que é a decisão autónoma do doente que é necessário ter em conta. Se este investimento é conscientemente rejeitado, há que respeitar a decisão tomada. Cumpre-se o princípio da autonomia e mantém-se o respeito pela pessoa doente.

As acções no sentido de promover o melhor para o doente revestem-se, por vezes, de uma carga subjectiva. Efectivamente, muitas vezes, caminha-se em sentido oposto aos desejos do doente, enquanto pessoa dona de uma vontade consciente.

Ao agir no sentido de proteger o doente dos potenciais efeitos negativos que a verdade ou a satisfação das suas vontades, eventualmente, poderia ter, somos reportados para o princípio da não-maleficência, o qual tem como máxima, segundo (Leone e Privitera 2001), não infligir dano a uma pessoa intencionalmente. Mas nunca podemos esquecer que é o doente quem tem o direito de decidir.

O princípio da justiça preconiza que cada pessoa tenha tudo a que tem direito e seja tratada com equidade. A pessoa doente necessita que se lhe avalie a verdade que quer conhecer, precisa de se sentir dona das suas decisões e do seu corpo.

“Quando o doente tem capacidade de escolha consciente, não é correcto tratá-lo como ‘coisa’, em vez de pessoa. [...] A dignidade do sujeito dá-lhe o direito de decidir autonomamente” (Leone e Privitera 2001:875).

Conclusão

É de ressaltar que, para além do médico e da pessoa doente, é necessário ter em conta a sociedade em que ambos estão inseridos. É das vivências que cada um interioriza e dos valores reinantes na sociedade que resultam as acções humanas e as decisões.

A qualidade de vida de um doente oncológico em fase terminal passa por se agir para bem do doente, mas segundo o que o doente consciente pensa ser o seu bem. Passa por não lhe causar dano. Por atender à sua singularidade, mas tratá-lo com aquilo a que todos têm direito, equitativamente.

E por respeitar a sua vontade consciente, a sua autonomia, logo a sua dignidade de sujeito.

Quando os membros de uma sociedade conseguirem dar ao doente oncológico que vive os seus últimos dias, não aquilo que pensam ser o melhor para eles, mas aquilo que esta pessoa consciente sabe ser o melhor para ela, penso que se poderá falar de qualidade no morrer. Não incluo neste crescimento das pessoas de uma sociedade a opção da eutanásia, pois defendo tratar-se não de uma decisão perfeitamente consciente, mas de uma fuga a um sofrimento gerado por um mau acompanhamento no fim de vida.

Assim, penso que inculir qualidade de vida, no fim da vida, apesar do risco de abreviar a morte, não é violar o carácter sagrado da vida, mas dar a esses últimos dias de vida a dignidade e o respeito que a pessoa merece, como ser de direitos que é.

A evolução do agir social, no sentido de melhorar a qualidade no morrer, passa pela educação da população no sentido de aceitar a morte como o fim de um ciclo, que é a vida, o que não é tarefa fácil, pois ainda somos socialmente educados para o triunfo da ciência e da técnica, esquecendo que afinal somos apenas um outro elemento da natureza que, como tal, passa pelo ciclo da vida, iniciando-o com o nascimento e terminando-o com a morte.

Bibliografia

- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5ª ed. Nova Iorque: Oxford University Press 2001. ISBN 0-19-514331-0; ISBN 0-19-514332-9.
- Cadernos de Bioética: Cuidar em fim de vida: aspectos éticos. Nº 25. Coimbra: Centro de Estudos de Bioética 2001.
- Couvreux C. A qualidade de vida. Loures: Lusociência 2001. ISBN 972-8383-21-5.
- Hottois G, Parizeau MH. Dicionário de Bioética. Lisboa: Instituto Piaget, DL 1998:314-5. ISBN 972840-772-6.
- Kant E. Fundamentação da metafísica dos costumes. Porto Editora Lda. 1995:71-2.
- Leone S, Privitera S. Dicionário de Bioética. Vila Nova de Gaia: Editorial Perpétuo Socorro, DL 2001:87-179-207-471-947-948-949-950-951. ISBN 972-563-266-4.
- Pacheco S. Cuidar a pessoa em fase terminal. Loures: Lusociência 2002. ISBN 972-8383-30-4.
- Pinto VF. Humanização e qualidade de vida. Servir. Lisboa 1994;44(1):12-20. ISSN 0871-2370.

Artigo de opinião

Dor Aguda Pós-operatória: a Importância das Unidades de Dor Aguda

Marta Guinot

Introdução

O alívio da dor, fundamento da medicina, tem repercussões humanísticas, sociais e económicas. O tratamento da dor é indispensável, complexo e expande-se continuamente representando, por isso, uma grande possibilidade de acção para o anestesista moderno e informado.

A *International Association for the Study of Pain* (IASP) define dor como "experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão".

Trata-se de um processo complexo influenciado por vários factores de ordem fisiológica e psicológica. A dor aguda tem aparecimento recente e duração provável limitada à resolução da lesão que a desencadeou.

A optimização dos cuidados prestados aos doentes cirúrgicos inclui um controle eficaz da dor incisional. Apesar da evolução nos conhecimentos de fisiopatologia, de farmacologia dos analgésicos e do desenvolvimento de técnicas cada vez mais eficazes, muitos doentes ainda não recebem analgesia adequada.

A dor aguda pós-operatória é geralmente subavaliada e subtratada, resultando em sofrimento e agravamento do estado geral dos doentes, bem como em internamentos mais prolongados, o que posteriormente se traduz num aumento desnecessário dos custos. As razões para um tratamento inadequado são múltiplas e incluem deficiências nos conhecimentos dos profissionais de saúde, e também dos responsáveis pela administração dos sistemas de saúde, incluindo as instituições governamentais.

O Plano Nacional de Luta Contra a Dor estabeleceu algumas prioridades, sendo uma delas a criação de unidades de dor aguda em 75% dos hospitais cirúrgicos.

Um estudo europeu de 1993 revelou que, apesar de a maioria dos anestesistas europeus se encontrar insatisfeita com o tratamento da dor nas enfermarias cirúrgicas, apenas um terço dos 105 hospitais dos 17 países envolvidos possuiam uma unidade de dor aguda organizada!

Implicações multissistémicas da dor pós-operatória

A dor aguda pós-operatória refere-se à "dor presente no doente cirúrgico, de qualquer idade, em regime de internamento ou ambulatorio, causada por doença preexistente, devida à intervenção cirúrgica ou à conjugação de ambas" (Plano Nacional de Luta Contra a Dor). Não se limita ao desconforto e sofrimento infligidos no doente, sendo também responsável por múltiplas alterações fisiopatológicas:

- Respiratórias: respiração superficial, supressão da tosse, retenção de secreções, atelectasias, hipoxemia.
- Cardiovasculares: aumento do consumo de oxigénio pelo miocárdio, isquemia.
- Gastrointestinais: atraso no esvaziamento gástrico, diminuição da motilidade intestinal, obstipação.
- Geniturinários: retenção urinária.
- Neuroendócrinas: hiperglicemia, catabolismo proteico, retenção de sódio.
- Musculoesqueléticas: diminuição da mobilidade, escaras de pressão, maior risco de trombose venosa profunda.

Avaliação da dor

Como experiência subjectiva que é, a dor torna-se difícil de avaliar e, especialmente, de quantificar. A variabilidade interpersoal é um dos factores responsáveis pela sua deficiência de abordagem terapêutica. No entanto, a mera observação do comportamento do doente pode ser insuficiente e pouco fiável. Existem métodos de avaliação por escalas que se destinam a uniformizar critérios, quantificar e avaliar a resposta à terapêutica analgésica. As escalas mais conhecidas e usadas são:

- Escala visual analógica.
- Escala verbal.
- Escala numérica.

O Serviço de Anestesiologia do Hospital de Santo Espírito, em Angra do Heroísmo, desenvolveu um registo de avaliação de parâmetros vitais incluindo a dor como o 5º sinal vital. A avaliação baseia-se na escala numérica e tem início na sala de recobro, continuando nos serviços de internamento, até à data da alta. A avaliação da dor, no pós-operatório, é feita em intervalos regulares, sempre que o doente refere dor e em intervalos adequados após a intervenção analgésica.

Métodos farmacológicos de tratamento da dor

A existência, no mercado, de uma panóplia variada de fármacos analgésicos não conseguiu, ainda, evitar o tratamento insuficiente da dor. Para que a analgesia seja satisfatória deverá ser feita uma avaliação e tratamento individual dos doentes. A formação adequada dos profissionais de saúde e a existência de protocolos são essenciais, uma vez que promovem a segurança e facilitam uma posterior abordagem individualizada dos doentes.

São cada vez mais os defensores da analgesia multimodal, a qual consiste na combinação de diferentes fármacos ou métodos não farmacológicos para o tratamento da dor. Permite a utilização de doses mais reduzidas de cada analgésico

e, devido a efeitos sinérgicos ou aditivos, melhora a antinocicepção e diminui a gravidade dos efeitos laterais de cada fármaco.

Analgésicos simples

- Paracetamol é um analgésico com fracas propriedades anti-inflamatórias que modula a produção de prostaglandinas no SNC. Actualmente encontra-se em estudo a possibilidade de actuação a nível de uma enzima presente no SNC, a COX-3.
- Pode ser administrado por via e.v., oral e rectal.
- Deve ser administrado com intervalos regulares e nunca em SOS, como analgésico isolado.
- A sobredosagem pode provocar necrose hepática.
- Existe em compostos associado a opióides fracos (p. ex. com a codeína).

Anti-inflamatórios não esteróides

- Provocam inibição da enzima ciclo-oxigenase.
- Reduzem a produção de prostaglandinas, prostaciclina e tromboxano.
- Possuem efeito analgésico central, embora fraco, e diminuem as necessidades de opióides.
- Têm efeito tecto, ou seja, a partir de uma determinada dose, incrementos só produzem efeitos laterais sem repercussão analgésica.
- Efeitos laterais: irritação da mucosa gástrica e ulceração, precipitação de broncoespasmo em asmáticos, alteração da função renal, disfunção plaquetária e hemorragia.

Opióides

- Os mais usados são a morfina e a meperidina.
- A meperidina tem cerca de 10% da potência analgésica da morfina.
- Os opióides actuam nos receptores μ da medula e do cérebro.
- Os receptores $\mu 1$ são responsáveis pela analgesia e os $\mu 2$ pela depressão respiratória.
- Efeitos laterais: sedação, náuseas e vômitos, prurido, atraso no esvaziamento gástrico, obstipação, retenção urinária.

Vias de administração dos opióides

- Oral: disponíveis as formas orais de tramadol, codeína, dihidrocodeína e morfina.
- Intramuscular: o alívio da dor surge por picos e depressões.
- Endovenoso: é fiável mas pode resultar em sedação e depressão respiratória.
- *Patient-controlled analgesia* (PCA): o doente determina as suas necessidades analgésicas.
 - O período *lock-out* evita sobredosagens acidentais.
 - É seguro uma vez que a sedação surge antes da depressão respiratória.
- Neuroeixo (via intratecal ou epidural).
 - São geralmente usados opióides lipossolúveis.
 - Boa analgesia com risco diminuído de efeitos laterais.

Anestésicos locais

- Bloqueiam os canais de sódio das fibras nervosas e, portanto, a transmissão dos impulsos nervosos.
- Também bloqueiam as fibras simpáticas e as motoras.
- Podem ser usados na infiltração das feridas operatórias, por via epidural ou intratecal ou ainda no bloqueio de nervos periféricos ou de plexos.

Patient controlled analgesia (PCA)

A *patient controlled analgesia* representa um grande avanço na analgesia pós-operatória, relativamente ao uso de opióides por via intramuscular. O custo das bombas de PCA e os receios relativamente à segurança são talvez as principais razões para a sua menor utilização. A adequada formação de médicos e enfermeiros e o desenvolvimento de protocolos, bem como a existência de uma unidade de dor aguda são requisitos importantes e que poderão contribuir para alargar o uso de PCA.

A PCA deve ser encarada como complemento de outras formas de analgesia e só em situações particulares será a única ou a mais importante forma de analgesia. A sua particularidade mais importante é a de ser o doente que controla, no pós-operatório, as suas próprias administrações, após prévia explicação.

Há vários fármacos que podem ser utilizados na analgesia por PCA, mas o mais comum é a morfina na concentração de 0,1%.

Pârametros a programar na seringa de PCA

- Concentração: 1 mg/ml.
- *Bolus*: dose que o doente recebe quando pressiona o botão de pedido do fármaco. Geralmente dose de 1 mg a 1,5 mg. Esta dose pode ser aumentada ou diminuída 25 a 30% em função da ineficácia ou de eventuais efeitos secundários.
- *Lockout* ou período de interdição: é o tempo durante o qual não é administrada nenhuma dose do fármaco mesmo que o doente efectue pedidos. Entre 5 a 10 min.
- Dose limite horária: dose limite horária ou de 4 h, constitui uma forma de vigilância mais do que um limite ao consumo do fármaco. A sua fixação exige vigilância regular de forma a adaptá-la às necessidades reais do doente. A sua fixação não é obrigatória. Quando é utilizada deve ser ajustada em função da idade do doente e do tipo de cirurgia. Geralmente, para um adulto médio, varia entre 4-5 mg/h, ou seja, 16-20 mg/4 h.
- *Bolus* inicial: corresponde à fase de tratamento pós-operatório em que é administrada morfina e.v., um *bolus* de 2-5 mg de forma a atingir uma concentração plasmática que permita ao doente estar confortável em termos de dor (dor ligeira ou EVA < 3). Posteriormente, a técnica de PCA irá permitir ao doente manter esta concentração plasmática eficaz.

Exemplo de um protocolo de PCA

- Fármaco: morfina.
- Concentração: 1 mg/ml (0,1%).
- Dose PCA: 1 mg (1 ml).
- *Lockout*: 7 min.
- *Loading*: 0 mg.
- Limite máximo: 50 mg.
- Limite 4 h.

Duração do tratamento

Caso não sejam dadas orientações específicas, a PCA deve ser retirada às 48 h, no máximo às 72 h, dependendo da avaliação da dor e das necessidades de fármaco analgésico demonstradas pelo doente. Em situações excepcionais, poderá permanecer para além deste período.

Analgesia epidural

Uma das modalidades analgésicas mais importantes e eficazes no controle da dor aguda pós-operatória é a analgesia

epidural com opióides e/ou anestésicos locais. Infelizmente, várias questões têm limitado a sua aplicação de uma forma mais abrangente, como por exemplo:

- Tempo necessário para iniciar e supervisionar o tratamento.
- Falta de programas e protocolos interdisciplinares.
- Medo da depressão respiratória.

Tendo em conta estas questões, qualquer programa em que a analgesia epidural seja incluída deve apresentar *guidelines* para que a segurança seja primordial. Alguns dos aspectos a seguir são:

- Seleção cuidadosa dos doentes, adaptando as doses de opióides à idade e estado físico do doente.
- *Follow-up* regular por um médico da unidade de dor aguda.
- Formação do *staff* de enfermagem quanto à utilização e riscos dos opióides, incluindo técnicas de monitorização que permitam a detecção precoce da depressão respiratória.
- Elaboração de protocolos para a prescrição de opióides epidurais e para medidas imediatas a serem tomadas pela enfermagem, se surgirem complicações.

Métodos não farmacológicos

Existem opções não farmacológicas que podem ser utilizadas como métodos coadjuvantes no tratamento da dor. Os agentes físicos, como o calor ou frio, superficiais, as massagens, o exercício ou, por vezes, a imobilização são bons exemplos, bem como os métodos cognitivo-comportamentais, que incluem a acupuntura, as técnicas de relaxamento e, não menos importante, a informação pré-operatória.

Unidade de dor aguda

A unidade de dor aguda tem como objectivo accionar técnicas e protocolos de alívio dos quadros álgicos no sentido de garantir o bem-estar dos doentes no pós-operatório. Deve

organizar um programa de acção que envolva todo o departamento de anestesia, deve ter uma dinâmica multidisciplinar e deve promover actividades formativas.

A unidade de dor aguda deve responsabilizar-se pela visita regular dos doentes sob os seus cuidados. Em cada doente, devem ser avaliadas a qualidade da analgesia, a dose analgésica eficaz e efeitos laterais. Um dos elementos da unidade de dor aguda deve estar sempre contactável para observar doentes com dor de difícil controlo, tratar complicações e, ainda, responder a dúvidas dos enfermeiros ou dos cirurgiões.

O grau de satisfação dos doentes é, também, um parâmetro a ter em conta e reconhecido como válido na avaliação do *outcome*, em múltiplos estudos.

De modo a evitar complicações ou acidentes é estritamente necessário que, relativamente aos doentes sob PCA ou analgesia epidural, todas as prescrições de analgésicos, sedativos, hipnóticos ou outros depressores do SNC sejam feitas pela unidade de dor aguda.

Protocolos

A existência de protocolos ou *guidelines* facilita a intervenção analgésica e promove a segurança. Podem ser apenas recomendações passíveis de serem aceites ou não, ou até modificadas mediante o contexto clínico, mantendo a liberdade de prescrição do médico.

Bibliografia

- American Society of Anesthesiologists Task Force on Pain Management, Acute Pain Services. Practice Guidelines for Acute Pain Management in the Peri-operative Setting. *Anesthesiology* 1995;82:1071-108.
- Miaskowski C, Crews J, Ready LB, Paul SM, Ginsberg B. Anesthesia-based pain services improve the quality of postoperative pain management. Clinical trial multicenter study. *Pain* 1999;80:23-9.
- Rawal N, Allvin R. Acute pain services in Europe: a 17-nation survey of 105 hospitals. The EuroPain Acute Pain Working Party. *Eur J Anaesthesiol* 1998;354-63.
- Postoperative pain guidelines. *Reg Anest Pain Med* 2003;28(4):279-88.

Artigo de revisão

Os Inibidores Específicos da COX-2 e a Problemática da Dor no Pós-operatório

Teresa Arruda Eloi¹, Francisco Melo Bento², Maria Teresa Flor de Lima³, Victor Santos⁴

Resumo

A dor é um problema de proporções globais e com muitas repercussões. A dor no pós-operatório é uma das mais frequentes mas, muitas vezes, é inadequadamente tratada e poderá evoluir para dor crónica. O seu tratamento é de extrema importância, através da administração correcta de fármacos eficazes, geralmente em associação. Apesar do comprovado efeito analgésico, os fármacos mais usados relacionam-se com efeitos adversos importantes, limitando, por vezes, a sua administração. Com a intenção de manter o efeito analgésico e anti-inflamatório mas sem os efeitos adversos dos AINE não específicos, tem aumentado o uso dos inibidores selectivos da COX-2. Pretende-se, neste trabalho, efectuar uma reflexão sobre a importância do tratamento adequado da dor e uma breve revisão dos inconvenientes dos fármacos habitualmente usados e dos estudos efectuados com os inibidores selectivos da COX-2, a fim de se tentar concluir acerca dos benefícios da sua administração no controlo da dor no pós-operatório.

Palavras chave: Dor no pós-operatório. Abordagem da dor. Opióides. AINE. Inibidores específicos da COX-2.

Abstract

The pain is a problem of global proportions and associated with many consequences. The postoperative pain is one of the most common acute pain but it is often mistreated and it can progress to chronic pain. The treatment of this pain is of extreme importance through the correct administration of efficient drugs often in a multimodal association. The most usable drugs provide good analgesic effects but are associated with significant side effects that can limit their administration. That's why COX-2-specific inhibitors are more and more used, maintaining the non-specific NSAIDs efficacy but without their adverse effects. The authors intend to reflect about the importance of the correct treatment of the postoperative pain and a revision of the problems of the common drugs administrated and of the studies made with the COX-2-specific inhibitors in order to conclude about their benefit in the treatment of the post operative pain.

Key words: Postoperative pain. Pain management. Opioid. NSAIDs. COX-2-specific inhibitors.

Introdução

A dor constitui um problema de proporções globais, segundo a Organização Mundial de Saúde, com inúmeras repercussões a nível pessoal, clínico, económico e social, para além de ser considerada o 5º sinal vital. A dor pós-operatória é uma das mais comuns e apesar da sua potencial prevenção ou tratamento é, frequentemente, subtratada e pode evoluir para dor crónica. Desta forma, é muito importante o controlo da dor, através do uso adequado de fármacos eficazes, numa abor-

dagem tendencialmente de associação de vários fármacos, aproveitando os efeitos sinérgicos e aditivos para a obtenção de analgesia mais eficaz e com menores efeitos adversos. Os fármacos habitualmente administrados têm reconhecido e comprovado efeito analgésico mas podem provocar inúmeros efeitos adversos que podem condicionar a sua utilização ou uma intolerância por parte do doente. Os inibidores selectivos da COX-2 são cada vez mais usados, mantendo a eficácia dos AINE não selectivos mas sem os efeitos adversos destes. Neste trabalho, pretende-se efectuar uma revisão da proble-

¹Interna do Internato Complementar de Cirurgia Geral

²Assistente Hospitalar de Cirurgia Geral, destacado na Equipa Multidisciplinar da Unidade de Dor

³Chefe de Serviço de Anestesiologia, Coordenadora da Unidade de Dor

⁴Director do Serviço de Cirurgia Geral do HDES Ponta Delgada, Ilha de S. Miguel. Açores

Correspondência:

Teresa Arruda Eloi
Serviço de Cirurgia Geral do HDES
Av. D. Manuel I

9500-370 Ponta Delgada, S. Miguel. Açores
E-mail: teresaeloi@hotmail.com

mática da dor, dos fármacos habitualmente usados e suas implicações e dos estudos efectuados com os inibidores selectivos da COX-2 a fim de se tentar concluir acerca dos benefícios da sua administração no período peri-operatório.

A problemática da dor subtratada

Estima-se que cerca de 5-10% da população seja submetida a intervenções cirúrgicas, anualmente. A dor pós-operatória é causa de grande ansiedade pré-operatória. Inquéritos efectuados a populações submetidas a intervenções cirúrgicas demonstram que a maioria dos doentes admite ter recebido analgesia insuficiente para a dor manifestada, apesar da panóplia de analgésicos existentes. Isto deve-se a vários factores, nomeadamente à dificuldade de os doentes expressarem o seu descontentamento, pela ideia culturalmente aceite de que a tolerância à dor constitui uma mais valia para o fortalecimento do carácter de cada indivíduo ou de que a medicação para a dor é mais deletéria que a própria dor, por não ser prescrita a dose ou a associação de analgésicos suficiente para o controlo da dor ou mesmo porque não foi administrada a dose total de analgesia prescrita pelo médico.

A resposta fisiológica neuro-endócrino-metabólica ao trauma, entendida neste contexto como *stress* cirúrgico, é exacerbada pela dor. Assim, a dor pode promover ou potenciar complicações, nomeadamente as de disfunção cardíaca (aumento da frequência cardíaca, da resistência vascular coronária, do consumo de oxigénio), pulmonar (hipoventilação, atelectasia, hipoxemia), endócrina (descompensação metabólica, hormonal), e contribuir para outras complicações como a trombose venosa profunda, as infecções, a sépsis, o íleo paralítico ou a insuficiência renal aguda.

O controlo eficaz da dor não é isento de riscos: para além do risco associado a cada analgésico, existem os riscos associados às técnicas de administração e as infecções.

Quando se concentra o problema da dor em termos económicos, há a considerar os custos directos e indirectos. Os directos relacionam-se com todos os recursos de saúde usados para o tratamento, procedimento ou intervenção (medicamentos, hospitalização, técnicos de saúde, exames complementares, tratamento de complicações, consultas). Os indirectos relacionam-se com a perda de produtividade do doente e do custo do tempo dispendido por outros para o acompanhamento dos doentes.

A dor aguda e a dor crónica

A dor aguda consiste numa resposta fisiológica dos tecidos à agressão/*stress*. Tem valor adaptativo na medida em que permite avisar do perigo de lesão. Na sua grande maioria, a dor aguda pode ser evitada ou tratada, principalmente se ocorre no ambiente clínico. A dor pós-operatória é uma das mais frequentes formas de dor aguda e o seu controlo inadequado constitui um problema com enormes repercussões a vários níveis: económico, clínico (tempo de hospitalização, morbidade e mortalidade), social, físico e psicológico, com tradução, para o doente, em termos de qualidade de vida.

A dor aguda mal controlada pode exacerbar ou agudizar diversas patologias prévias.

Enquanto que a dor aguda é temporária e se relaciona com um acontecimento precipitante, é considerada crónica se não se resolve ou se perdura 3 meses após a etiologia (no caso da dor pós-operatória, são cerca de 2 meses). A dor crónica geralmente é o resultado de alterações neuroplásticas físicas e químicas, derivadas da hiperexcitabilidade do SNC: se a dor se prolonga por mais do que 24 h, iniciam-se os processos neuroplásticos, que alteram a estrutura e função do sistema nervoso, e são responsáveis pelo aumento da intensidade, duração e distribuição da dor, culminando na evolução para

os mecanismos subjacentes da dor crónica. Esta é possível ser prevenida se for administrada analgesia eficaz para debelar a dor aguda e impedir a sensibilização do SNC. Desta forma, a dor no pós-operatório tem primordial importância na resposta fisiológica e reflecte-se na evolução e prognóstico no pós-operatório do doente e o seu tratamento é uma prioridade para prevenção da dor crónica.

O controlo da dor – Técnicas e fármacos

A analgesia pós-operatória baseada na combinação de vários fármacos e técnicas é reconhecida como a mais eficaz, especialmente se iniciada antes da intervenção cirúrgica e continuada no pós-operatório. As diversas associações dependem de vários factores, institucionais, do paciente, do anestesista e económicos.

Os opióides, morfina e seus derivados, constituem a base da analgesia na dor moderada a grave. Bloqueiam a transmissão da dor no SNC ligando-se a receptores opióides específicos. Permitem anestesia/analgesia endovenosa, epidural ou raquidiana. A dor ligeira pode ser controlada com opióides administrados por via oral, em monoterapia ou em associação com outros fármacos. Mais recentemente, surgiram as administrações transdérmicas e transmucosas com bons resultados analgésicos, principalmente, no controlo da dor crónica. Os opióides são geralmente eficazes no alívio da dor. Contudo, muitas vezes, são mal administrados, dado o medo de dependência, de adição ou dos efeitos adversos: doses subterapêuticas, vias de administração menos adequadas, frequência inadequada, má selecção ou associações menos favoráveis. A sua eficácia está limitada pelos efeitos adversos que provocam no SNC e no aparelho digestivo: náuseas, vômitos, obstipação, íleo paralítico, prurido, retenção urinária, hipotensão, sedação, alterações psicomotoras, tonturas e depressão respiratória. Infelizmente pouco valorizado e descrito na bibliografia está a sobreposição dos efeitos adversos com os sinais clínicos: para o cirurgião, o aparecimento de náuseas, vômitos ou ausência de trânsito intestinal constituem sinais de alerta para o despiste de eventuais complicações no pós-operatório. A administração de opióides pode provocar estes mesmos sinais, o que torna difícil o discernimento clínico correcto. Desta forma, apesar dos reconhecidos efeitos analgésicos dos opióides, é importante conhecer fármacos alternativos, em certas situações.

Os AINE não específicos são os mais indicados para o controlo da dor no pós-operatório ligeira a moderada, desde que não contra-indicados. Inibem a ciclo-oxigenase (interviente na formação de prostaglandinas) nas suas isoformas 1 e 2 (COX). A COX-1 é, de uma forma simplista, expressa constitutivamente em todos os tecidos e tem função homeostática na agregação plaquetária, na integridade da mucosa gastrointestinal e na função renal. A COX-2 é indutível e expressa principalmente nos locais de lesão/inflamação (e rim e cérebro) e medeia a dor e a inflamação. Assim, os AINE não específicos provocam efeitos anti-inflamatórios e analgésicos desejados mas igualmente efeitos secundários não desejados. A eficácia analgésica é obtida a nível dos tecidos lesados, inibindo mediadores locais da dor e da inflamação e previnem a sensibilização periférica e central (inibem a COX na espinal medula).

Originam excelente analgesia e, ao serem associados a opióides, na dor grave, podem provocar diminuição dos efeitos dos opióides, dado que têm efeito sinérgico. As vantagens do uso dos AINE são a ausência de sedação e de depressão respiratória, o baixo potencial de abuso e ausência de interferência no funcionamento intestinal ou vesical.

Os seus efeitos adversos relacionam-se com a inibição da COX-1 e incluem toxicidade renal, disfunção plaquetária (agregação) com implicação hemorrágica, toxicidade gastrin-

testinal independentemente da via de administração e através de efeitos locais e sistêmicos (úlceras pépticas, perfuração e hemorragias) e são os grandes responsáveis pela limitação do seu uso. A ausência de várias fórmulas endovenosas, também, tem contribuído para a limitação do seu uso, no pós-operatório.

Com os inibidores selectivos da COX-2 obtêm-se os mesmos efeitos dos AINE não específicos mas sem os efeitos adversos que limitam o seu uso, decorrentes da inibição da COX-1. Inibem apenas a isoforma pró-inflamatória COX-2 com interferência mínima na COX-1.

Segundo os estudos actuais, apresentam uma eficácia analgésica e anti-inflamatória similar, têm melhor tolerabilidade e segurança do que os AINE não específicos e sugere-se que os inibidores da COX-2 diminuem a dor no pós-operatório, diminuem as necessidades de opióides em 20-50% no peri-operatório, mas sem redução significativa dos efeitos adversos dos opióides e permitem maior satisfação e melhor qualidade de vida para o doente.

Provocam efeitos secundários ligeiros a moderados, nomeadamente náuseas, vômitos, cefaleias e tonturas. Existem alguns casos descritos nos quais parece haver uma implicação dos inibidores selectivos da COX-2 em acidentes vasculares trombóticos (principalmente cardíacos e no SNC) (em especial do rofecoxib), de insuficiência renal ligeira, de atraso na consolidação óssea pós-fractura ou uma potencial interacção com a varfarina, com aumento do INR, vários meses após o início da terapêutica com inibidores da COX-2. Contudo, estes casos são em número pouco significativo e existem resultados contraditórios, pelo que não é possível estabelecer, ainda, uma relação inequívoca. Os inibidores da COX-2, praticamente, não têm efeito na função plaquetária, não aumentam o tempo de hemorragia e demonstram escassa interferência gastrointestinal, o que facilita a sua administração peri-operatória, em relação aos AINE não específicos.

Estes fármacos estão disponíveis para administração oral e parentérica. Todas as fórmulas orais existentes mostraram ser eficazes no controlo da dor no pós-operatório. O parecoxib é o inibidor selectivo da COX-2 actualmente disponível para administração parentérica (endovenosa e intramuscular), é um pró-fármaco, rapidamente hidrolisado no fígado para a forma activa, o valdecoxib, e igualmente eficaz como analgésico. Caracterizam-se, no global, por rápido início de acção e longa duração de acção, variável para cada um dos fármacos.

Não existem muitos estudos baseados na evolução clínica e no prognóstico. Dos estudos económicos existentes, em número restrito, pode concluir-se não haver, até ao momento, diferença significativa com o uso dos inibidores da COX-2.

Apesar da necessidade em continuarem os estudos com os inibidores selectivos da COX-2, com os dados que dispomos, até ao momento, parece ser uma mais valia a administração destes fármacos no peri-operatório, em associação com outros analgésicos, adequada caso a caso, com um bom perfil de segurança e de tolerabilidade desde que respeitadas as doses recomendadas.

Conclusão

O tratamento inadequado da dor pós-operatória é um problema muito mais grave e frequente do que o esperado, apesar da panóplia de analgésicos e técnicas analgésicas disponíveis actualmente, o que se reflecte na evolução clínica dos doentes, em termos económicos e psicossociais. A solução é complexa mas, necessariamente, será pautada pela escolha da associação de fármacos/técnicas mais adequadas em cada caso. Existem limitações importantes relacionadas com os efeitos adversos dos vários fármacos. A eficácia e a segurança, com uma grande diminuição no número e na frequência de efeitos adversos, demonstrados pelos inibidores selectivos da COX-2, fazem destes fármacos uma alternativa muito promissora à analgesia convencional ou, pelo menos, uma alternativa nas associações farmacológicas. Porém, são ainda necessários estudos para a demonstração do impacto económico, no prognóstico e na qualidade de vida dos doentes e para testar as associações mais eficazes e seguras.

Bibliografia

- Nd A, Smith G, Davidson A. Analgesic effects of parecoxib following total abdominal hysterectomy. *Br J Anaesth* 2003;90(6):746-9.
- Burian M, Geisslinger G. Clinical pharmacology of the selective COX-2 inhibitors. *Orthopaed* 2003;32(12)[abstract].
- Katz W. Cyclooxygenase-2-selective inhibitors in the management of acute and perioperative pain. *Cleve Clin J Med* 2002;69(Suppl 1)[abstract].
- Brown K, Saunders M, Kirsch T, Donahue H, Reid J. Effect of COX-2-specific inhibition on fracture-healing in the rat femur. *J Bone Joint Surg* 2004;86:1.
- Crews J. Multimodal pain management strategies for office-based and ambulatory procedures. *JAMA* 2002;288:5.
- Arnstein P. Optimizing perioperative pain management; association of operating room nurses. *AORN Journal* 2002;76:5.
- Hubbard R, Naumamnn T, Traylor L, Dhadda S. Parecoxib sodium has opioid-sparing effects in patients undergoing total knee arthroplasty under spinal anaesthesia. *Br J Anaesth* 2003;90(2):166-72.
- Kharasch E. Perioperative COX-2 inhibitors: knowledge and challenges. *Anesth Analg* 2004;98:1-3.
- Puntillo K, Rietman L, Morris A, Stanik-Hutt J. Practices and predictors of analgesic interventions for adults undergoing painful procedures. *Am J Crit Care* 2002;11:5.
- Barden J, Edwards J, McQuay H, Moore R. Single dose oral celecoxib for postoperative pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;2:CD004233[abstract].
- Barden J, Edwards J, Moore R, McQuay H. Single dose oral rofecoxib for postoperative pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;1:CD004604[abstract].
- Ruoff G, Lema M. Strategies in pain management: new and potential indications for COX-2 specific inhibitors. *J Pain Symptom Manage* 2003;25(Suppl 2)[abstract].
- Stephens J, Laskin B, Pashos C, Penã B, Wong J. The burden of acute postoperative pain and the potential role of the COX-2-specific inhibitors. *Rheumatology* 2003;42(Suppl 3).
- Desjardins P, Grossman E, Kum M, et al. The injectable cyclooxygenase-2-specific inhibitor parecoxib sodium has analgesic efficacy when administered preoperatively. *Anesth Analg* 2001;93:721-7.
- Chavez M, Dekorte C. Valdecoxib: a review. *Clin Ther* 2003;25(3)[abstract].
- Ochroch E, Mardini I, Gottschalk A. What is the role of NSAIDs in pre-emptive analgesia? *Drugs* 2003;63(24)[abstract].

Artigo de opinião

Analgesia Controlada pelo Doente (PCA) na Prática Clínica: o que os Enfermeiros Devem Saber

Ricardo Pacheco¹, Francisco Melo Bento², Maria Teresa Flor de Lima³

Resumo

Procuramos abordar a temática da PCA, interligando-a com a prática diária dos enfermeiros, sendo este trabalho de cariz bibliográfico.

A orientação adoptada no trabalho consiste na definição do que é a PCA, como técnica que permite ao doente auto-administrar doses fracas de opióides, por via e.v., s.c. ou epidural, através de uma bomba perfusora computadorizada, realçando o mecanismo terapêutico que esta técnica faculta ao conseguir manter a concentração analgésica mínima eficaz com segurança e comodidade para todos os envolvidos no processo.

Referimos, ainda, as vantagens mais documentadas desta técnica, salientando-se um menor tempo de demora entre a percepção da dor e o seu alívio, situação que culmina num maior grau de satisfação por parte do doente, com uma diminuição da ansiedade, e, mais tarde, uma melhor mobilidade e aceleração da recuperação, mas também na satisfação dos profissionais pela redução do tempo dispendido pelos enfermeiros na administração e monitorização da analgesia.

Não se limitando apenas às vantagens, entendemos ser pertinente, de forma breve, referir em que situações este método se encontra indicado ou contra-indicado, sublinhando-se que é o doente o protagonista central do tratamento da dor. Procurando fechar o assunto de forma consistente, são descritos os parâmetros da bomba da PCA, com vista a formar uma ideia global da mesma: dose de carga; dose de *bolus*; intervalo de segurança; dose máxima por hora ou por quatro horas; perfusão contínua.

Visto que este trabalho visa a formação de enfermeiros, a segunda parte do mesmo consiste nos cuidados/intervenções de enfermagem ao doente com PCA, no período de pré- e pós-operatório. No primeiro, valoriza-se o ensino ao doente sobre o manuseio da PCA, procurando otimizar os resultados no pós-operatório. O ensino abrange situações desde o exibir ao doente a máquina, dando ênfase ao manípulo, instruções de uso (verbais ou escritas), o dissipar de preocupações e medos que possam vir a ter, até ao ensino de como utilizar os instrumentos de avaliação da dor com os quais será confrontado para a monitorização da dor e, conseqüentemente, da qualidade analgésica instituída.

As intervenções de enfermagem durante o pós-operatório resumem-se, principalmente, na prevenção/despiste de efeitos secundários dos opióides, na monitorização da eficácia da analgesia, bem como o despiste das complicações associadas à PCA (problemas mecânicos com a bomba, erro do operador).

As linhas orientadoras deste trabalho serviram de suporte para a já iniciada formação sobre PCA aos enfermeiros do HDES, que cuidam doentes com dor aguda e/ou crónica, visando a formação de um grupo de trabalho com intervenção directa nessa área.

Palavras chave: Analgesia controlada pelo doente. PCA. Formação de enfermeiros. Ensino pré-operatório.

Abstract

The authors organized a Nurse Group to teach about patient controlled analgesia. The aim of this work is to review the technical definition, indications and contra-indications, the machine supervision and how to inform the patient before surgery.

At the same time, are discussed the information to the patients and the rules for nurses in order to ensure the safety and monitoring of the technique. The teaching, training and practice of these rules started between groups of nurses of surgical departments, oriented by pain nurses and supervised by the Pain Unit's staff.

Key words: Patient controlled analgesia. PCA. Nurses teaching. Patient information.

¹Enfermeiro do Serviço de Cirurgia Geral

²Assistente Hospitalar de Cirurgia Geral, destacado na Equipa Multidisciplinar da Unidade de Dor. Coordenador do projecto

³Chefe de Serviço de Anestesiologia

Coordenadora da Unidade de Dor. Coordenador do projecto

Correspondência:

Ricardo Pacheco

Unidade de Dor do HDES

Av. D. Manuel I

9500-370 Ponta Delgada, S. Miguel, Açores

E-mail: unidor_hdes@hotmail.com

Introdução

A analgesia controlada pelo doente (*Patient Controlled Analgesia* – PCA) é uma técnica analgésica que permite ao doente auto-administrar doses fracas de opióides, via e.v., s.c. e epidural sempre que necessite, pressionando um manípulo de um dispositivo computadorizado que incorpora uma bomba perfusora, sob condicionalismos programados pelo médico e que são assegurados pela máquina.

A PCA, para além de conseguir manter a concentração sanguínea de analgesia dentro do “corredor analgésico”, possui outras características que lhe são muito genuínas. A primeira prende-se ao facto de ser o próprio doente aquele que avalia o nível de dor suportável, facultando-lhe a possibilidade de requerer *bolus* de analgesia para além da perfusão contínua de base, podendo esta mesma ser reajustável, reduzindo, desta forma, o tempo necessário ao alívio da dor, controlando a qualidade da analgesia.

Comparativamente a injeção e.v. de doses baixas de opióides, a PCA permite ao doente controlar o consumo de fármaco, em função da sua sensibilidade dolorosa, reduzindo substancialmente os efeitos adversos dos opióides.

Outro pilar específico da PCA é o facto de este procedimento fornecer mais um critério de avaliação da dor através da verificação da dose total do fármaco administrado, número de *bolus* efectuados e o número de *bolus* pedidos pelo doente.

Vantagens da PCA

As vantagens da PCA em relação a outros métodos convencionais são reconhecidos e confirmados e, para além do alívio físico, interfere de forma positiva em aspectos psicológicos e emocionais do doente, com consequências benéficas no desenrolar do seu quadro clínico, verificando-se uma optimização da analgesia. Tal deve-se ao facto de se verificar um menor tempo de demora entre a percepção da dor e o seu alívio, mantendo-se, desta forma, as concentrações plasmáticas com eficácia analgésica, dentro da margem de segurança e de forma constante.

Com um bom controlo da dor, assim como evidenciaram vários estudos realizados, dá-se um rápida recuperação de ventilação normal, temperatura corporal e mobilização, acelerando a recuperação do doente.

Também se demonstrou que a utilização da PCA revelou uma poupança de tempo considerável por parte dos elementos da equipa de enfermagem, facultando espaço de manobra para os mesmos poderem aplicar outras técnicas não farmacológicas no tratamento da dor.

Indicações para o uso da PCA

As indicações para o uso da PCA são determinadas pela necessidade de se administrar opióides por via e.v. ou epidural no pós-operatório, sendo as cirurgias mais dolorosas, tais como cirurgia ortopédica, torácica, digestiva e pélvica, os cenários de eleição para a implementação deste tipo de analgesia.

A utilização da PCA não só aumenta o conforto e satisfação do doente, diminuindo-lhe a ansiedade (medo de sofrer, de só receber analgésicos após pedidos insistentes, muitas vezes com grande atraso), como aumenta a satisfação por parte da equipa de enfermagem. Envolver o doente no tratamento da sua dor, optimizando a sua intervenção no pós-operatório, integra-o na equipa de cuidados.

Embora não seja uma indicação em si para o uso da PCA, é importante apontar pontos-chave como, por exemplo, equipamento adequado, recursos humanos treinados e a existência de organização/dinâmica institucional (Unidade de Dor Aguda), para que o sucesso da PCA seja um dado adquirido.

Contra-indicações para o uso da PCA

Para além das contra-indicações associadas ao uso da morfina ou outros opióides, podem-se resumir:

- Recusa do doente.
- Dificuldade em compreender a técnica (extremos de idade, doentes com limitações psicomotoras).
- Impossibilidade de assegurar uma vigilância adequada por parte da equipa de enfermagem.
- Doentes com insuficiência renal, respiratória, hepática e coronária é necessário garantir uma vigilância mais frequente e recorrer a técnicas instrumentais de monitorização.

Parâmetros da bomba

A PCA permite a administração de opióides feita sob controlo médico. Os parâmetros a fixar na bomba são:

- **Dose de carga:** O início da PCA deve ser precedido de uma dose de impregnação endovenosa que faça com que a concentração sérica do fármaco se situe dentro do corredor analgésico.
- **Dose de bolus:** Corresponde à dose que o doente recebe quando pressiona o manípulo. Tal dose não deve ser muito alta, de modo a prevenir o aparecimento de efeitos secundários, todavia deve ser suficiente para que o doente sinta os seus efeitos benéficos.
- **Intervalo de segurança:** Corresponde ao período durante o qual o doente não pode receber qualquer *bolus* de analgésico, mesmo que pressione o botão. Este período de tempo é determinado em função da demora na obtenção do pico de analgesia do fármaco utilizado, não devendo ser nem demasiado longo, para evitar o desagrado do doente, nem demasiado curto, para evitar a sobredosagem.
- **Dose máxima por hora ou por períodos de 4 h:** Facilita mais a vigilância, do que a limitação de consumo de analgésico no tempo.
- **Perfusão contínua:** A implementação da perfusão associada ao regime de PCA é uma questão que dá azo a alguma controversa. No entanto, os defensores dessa modalidade preconizam o seu uso, no sentido de conferir maior estabilidade analgésica, não permitindo, desta forma, que as concentrações desçam abaixo do corredor analgésico, situação esta que podia acontecer em momentos como períodos de sono do doente.

Cuidados de enfermagem no pré-operatório

Como se encontra documentado em diversa bibliografia, no período de pré-operatório, as prescrições de enfermagem devem, essencialmente, centrar-se num correcto e capaz ensino ao doente ao qual se programa a implementação de uma PCA. Um correcto ensino ao doente, no período do pré-operatório, pode optimizar o melhor uso da PCA e, por consequência, melhorar o alívio da dor no pós-operatório, evitando, desta forma, problemas que os doentes possam vivenciar quando pouco preparados para a técnica da PCA.

O dispositivo da PCA deve ser exibido ao doente, especialmente o botão de accionar o *bolus*, exibição esta que deve ser acompanhada pelo informar, por parte dos enfermeiros, das instruções de uso do equipamento de forma segura e eficaz. Com a familiarização do doente com o método, procura-se fazer com que o desconhecido se dissipe junto do doente, tornando-o, desta forma, um membro activo do tratamento da sua provável dor no pós-operatório, diminuindo-lhe a ansiedade. Os enfermeiros, ao fornecerem informações no pré-operatório, devem procurar eliminar as preocupações dos doentes, que passam pela sobredosagem e adição, devendo estes medos ser devidamente esclarecidos. Qualquer instru-

ção facultada ao doente durante o período de pré-operatório deve ser reafirmada durante o pós-operatório, imediatamente ao iniciarem o uso do aparelho e durante a recuperação.

Posto isto, existem algumas estratégias que podem ser úteis durante o ensino realizado junto ao doente, com vista a utilização da PCA no pré-operatório:

- Adoptar um método expositivo simples, com linguagem acessível.
Muitas vezes, é útil para alguns doentes reforçar a informação verbal com informação escrita (brochuras com informação prática sobre a PCA).
- Encorajar o doente na utilização do dispositivo, incentivando-o ao explicar “ao pressionar este botão, obterá apenas uma pequena quantidade de fármaco, por isso precisa de utilizar esta dose de cada vez que sinta dor”.
- Dissipar mitos do doente. Um dos maiores medos, particularmente verbalizados pelos idosos, associado ao uso da PCA, é a dependência. Quando o enfermeiro diz ao doente “esteja descansado que não ficará dependente”, a palavra “dependente” pode ser a única que o doente memoriza. Por tal, preconiza-se evitar o uso desta palavra, procurando adoptar uma postura onde se indague o doente sobre as suas preocupações, fazendo com que as verbalize, recorrendo-se a frases como “não se preocupe pois a máquina encontra-se programada para que não haja sobredosagem” ou “os enfermeiros estarão por perto a monitorizá-lo caso surja algum problema”.

Outra área de intervenção da equipa de enfermagem, face ao doente que irá utilizar a PCA como método de analgesia, consiste em realizar o ensino ao doente de como ele próprio, juntamente com a equipa de enfermagem, deverá avaliar a dor.

O enfermeiro deve explicar ao doente as várias possibilidades de o fazer e mostrar-lhe o instrumento que irá utilizar na avaliação da dor no pós-operatório – escala visual analógica (EVA), escala verbal simples (EVS), escala numérica (EN) – devendo o mesmo ser adaptado às capacidades cognitivas do doente.

Esse mesmo instrumento de avaliação deve obedecer a vários critérios que lhe confirmam validade, tais como:

- Pertinência, facilidade e coerência.
- Fiabilidade, rigor e objectividade.
- Simplicidade, facilidade e clareza.
- Compreensível e utilizável por todos.

A recolha de dados, a análise e a síntese de informação permitem ajustar ou pôr em prática uma estratégia antiálgica, facilitando a circulação de informação entre os doentes e os prestadores de cuidados, dando, desta forma, espaço para uma argumentação mais racional na tomada de decisão terapêutica.

Cuidados de enfermagem no pós-operatório

A utilização de PCA, na prática clínica diária, requer uma equipa de enfermagem com formação adequada e regularmente actualizada, devendo ser estabelecidos protocolos rigorosos para garantir, não só uma boa qualidade analgésica, bem como segurança na sua utilização. É, pois, fundamental estabelecer instruções pormenorizadas sobre os critérios, o ritmo da perfusão e o local da punção a vigiar, em função dos antecedentes do doente e do tipo de cirurgia. Por tal, é importante instituir protocolos escritos de prescrição e de actuação a seguir, quando surgirem complicações e/ou efeitos indesejáveis.

As intervenções de enfermagem requeridas durante o pós-operatório, nos doentes utilizadores de PCA, centram-se na prevenção e tratamento dos efeitos secundários dos opióides e na monitorização da eficácia do sistema de analgesia.

As complicações associadas à PCA podem ser agrupadas da seguinte forma:

- Efeitos secundários dos opióides.
- Problemas mecânicos com a bomba.
- Erro do operador.

Todas essas complicações devem ser verificadas frequentemente, e formam a base das intervenções de enfermagem no período de pós-operatório.

Efeitos secundários dos opióides

Náuseas e vómitos

É um dos efeitos secundários mais frequentes e evidentes na administração e.v. dos opióides. Apesar desses efeitos secundários não terem um carácter dramático, podem, todavia, comprometer a qualidade da analgesia, devendo estar instituído um tratamento curativo para tal (antieméticos).

Depressão respiratória

A depressão respiratória é o efeito secundário mais perigoso associado ao uso de opióides e um doente utilizador de PCA deve ser avaliado frequentemente para a possibilidade dessa ocorrência. Na maioria dos casos, existem factores desencadeantes (erro de diluição, injeção complementar de opióides, administração de benzodiazepinas).

A depressão respiratória reverte mais ou menos rapidamente se se tratar de um erro de diluição, de programação ou acumulação progressiva de produto, manifestando-se sobretudo a nível da frequência respiratória. A correcta vigilância dos doentes, mais intensa na altura da substituição do saco onde se encontra o fármaco, através da monitorização cardiorrespiratória com recurso a oximetria de pulso, realizando-se em simultâneo um metódico registo de sinais vitais e outras informações em impressos protocolados (sedação, grau de dor, náuseas e vómitos, estado hemodinâmico), permite um diagnóstico rápido e o tratamento com a administração de naloxona.

Erro do operador

Encontra-se descrito que muitos efeitos adversos ocorridos durante o uso da PCA têm por elemento o erro do operador. Por tal, torna-se necessário que a equipa de enfermagem esteja treinada e formada para lidar com esse tipo de dispositivo e regimes de analgesia. Como parte integrada das rotinas de pós-operatório, é crucial que a equipa de enfermagem verifique regularmente os dispositivos.

Qualidade da analgesia

Torna-se importante a avaliação do doente, relativamente à dor, com vista a determinar a eficácia da analgesia, sendo esta uma das intervenções de enfermagem no período de pós-operatório.

A escala da dor é um indicador da eficácia do dispositivo de analgesia, tendo presente que se realizou um prévio ensino ao doente de como manusear os instrumentos de avaliação da dor. Nos casos em que se verifique dificuldades na utilização da EVA, pode-se recorrer à EN ou a EVS, devendo a qualidade da analgesia ser avaliada em repouso e em esforço (esforço de tosse, levante).

Quando o valor da escala da dor é elevado, então o enfermeiro precisa de rever o dispositivo de PCA, considerar um eventual uso de analgesia adicional prescrita, ou, então, reeducar o doente na utilização da PCA. Assim que o doente recupere o estado de consciência, que lhe permita assimilar um novo ensino, este deve ser realizado, sublinhando que pode pressionar o botão para realizar os pedidos que entender com o propósito de aliviar a dor.

É indispensável o acompanhamento da evolução clínica, sobretudo em casos de dores violentas. Nesses casos, ou o tratamento se mostra insuficiente ou o doente, ao pedir insistentemente mais analgésicos, se encontra a desenvolver alguma complicação (globo vesical, deiscência precoce da anastomose). O aparecimento destas complicações não será mascarado pela utilização da PCA se se proceder a uma avaliação correcta, várias vezes ao dia, e se os resultados forem registados em folha própria.

Conclusão

Com o avanço tecnológico e a sua implementação no quotidiano dos cuidados a prestar aos doentes, bem como o conhecimento alargado da dinâmica farmacológica dos analgésicos existentes nos dias de hoje, o fenómeno que é a dor deixou de ser um espectro que assombra todo aquele que enfrenta um pós-operatório.

Neste contexto, a PCA surge como uma alternativa credível e segura, enfatizando o papel central do doente, responsabilizando-o no seu processo de luta contra a dor, advindo daí importantes benefícios físió-psico-emocionais para quem a utiliza.

Para que tal aconteça, a informação adequada ao doente, antes do acto cirúrgico, e a existência de pessoal de cuidados

com formação e regularmente actualizada, são pilares determinantes onde se deve assentar o uso da PCA, para que esta seja uma técnica simples, fiável e aceite por todos.

Projecto

Os enfermeiros constituem o *pivot* da equipa multidisciplinar da unidade de dor aguda – modelo europeu. Este projecto de formação, para a aquisição de conhecimentos sobre PCA, para todos os enfermeiros que contactam com doentes com dor pós-operatória e dor crónica, tem em vista a constituição de uma equipa de enfermeiros coordenadores e selecção dos enfermeiros de referência de cada serviço.

Bibliografia

- Cambitzi J, Harries M, Van Raders E. O controlo da dor pós-operatória. Em: Manley K, Bellman L. Enfermagem cirúrgica: prática avançada. Loures: Lusociências 2003:471-507. ISBN 972-8383-54-1.
- Dumeny E. Modalidades técnicas no tratamento da dor: PCA no período pós-operatório. Em: Muller A (dir). Cuidados de enfermagem e dor. Loures: Lusociências 2002:71-9. ISBN 972-8383-32-0.
- Watt-Watson JH. Dor e controlo da dor. Em: Phipps WJ, Sands JK, Marek JF. Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica. Loures: Lusociências 2003:363-89. ISBN 972-8383-65-7.

1.º prémio de fotografia das comemorações da Semana Europeia de Luta Contra a Dor. (S. Miguel, 12 a 19 de Outubro de 2003)

Autor: Dr. António Manuel Gomes Miguel (Assistente Hospitalar de Pneumologia)



Dor Angústia Agonia Pena Escuridão Raiva Sofrimento **Solidão** Infelicidade Mágoa
Ciúme Egoísmo Doença Prisão Morte Esperança Luz Amor Solidariedade Saúde
Ressurreição Amizade Vida Alegria

Artigo de opinião

Cuidados Continuados de Saúde – Interligação entre os Profissionais

Isabel Silva Melo

Resumo

Ponta Delgada é a cidade principal da ilha de S. Miguel, no arquipélago dos Açores. Este concelho tem uma população de 79.980 habitantes, da qual, aproximadamente, 10.000 vive na cidade mencionada. A restante vive em pequenas comunidades, que ficam um pouco distantes e, por isso, existem várias unidades com médicos e enfermeiros, o que facilita o acesso aos cuidados de saúde.

Este trabalho surgiu a partir do convite feito pela Unidade de Dor do Hospital desta cidade para a apresentação, no V Fórum de Dor das Ilhas Atlânticas, em Las Palmas de Gran Canária, em Julho de 2004, de uma reflexão acerca da prestação dos cuidados continuados em todo o Centro de Saúde de Ponta Delgada, entre os anos de 2001 a 2003, principalmente o trabalho efectuado nas unidades de saúde onde trabalho.

Em primeiro lugar, fui consultar as estatísticas do centro de saúde e constatei que tem vindo a aumentar a prestação daqueles cuidados, embora só com 36 médicos de família e, aproximadamente, o dobro de enfermeiros. Como nos próximos anos não é previsível que aumente o número de profissionais, o objectivo principal deste trabalho é melhorar a interligação entre os profissionais, de modo a que os cuidados referidos sejam prestados no domicílio, aos doentes que estão, realmente, incapacitados de se deslocarem ao centro de saúde. Para este efeito, será necessária a colaboração dos profissionais interessados na elaboração de orientações sobre a resolução dos problemas mais comuns, e dum livro de registo que permita a identificação do doente, a avaliação da incapacidade e notas sobre os problemas de saúde mais relevantes (veja-se o trabalho de articulação dos cuidados de enfermagem).

Com este trabalho, espero ser possível contribuir para a melhoria da prestação, pelos médicos e enfermeiros, dos cuidados mencionados, principalmente nos locais onde trabalho.

Palavras chave: Cuidados continuados. Interligação de profissionais.

Abstract

Ponta Delgada is a central town of S. Miguel Island in Azores Archipelago. In this council lives a population of 79,980 people from which around 10,000 people live in town. The remaining, live in small communities, that are a little distant and because of that there are small health centres with general practitioners and nurses to make much more easy the access to health care.

This work appears because I received an invitation from the Hospital Pain Unity, and because I need to reflect about the work of Home Care in all Ponta Delgada Health Centre, between 2001 and 2003, and especially in the places I work.

In the first place I looked for Health Centre data and I can see that even with only 36 General Practitioners and around the double of nurses, we are improving medical and nurse home care.

As I think that, in the next years, we will have a similar number of professionals, my mean purpose is to improve professional relations in a way that each practitioner and nurse will do home care only for the people that are really unable to come to the Health Centre.

For that, it will be necessary the collaboration of the professionals that are interested and that are already working in home care. With this collaboration it will be done guidelines for the resolution of the most common problems and a registration book for identifying the patient, evaluating incapacity degree and taking notes of the most relevant health problems.

With this work I hope I can contribute to a medical and nurse improvement, especially in the places I work.

Key words: Home care. Professional relations.

Correspondência:

Isabel Silva Melo
Centro de Saúde de Ponta Delgada
Rua Marquês da Praia Monforte, 31
9500-089 Ponta Delgada, S. Miguel. Açores

Trabalho apresentado no V Foro del Dolor de las Islas Atlánticas, integrado na mesa "Presente y futuro en el tratamiento del dolor crónico", onde pretendemos divulgar o trabalho desenvolvido e a desenvolver na Região Autónoma dos Açores, em consonância com o Plano Regional de Saúde, através de projectos já em curso, entre os quais e, além de outros, a articulação da Medicina de Família com a Unidade de Dor, na Ilha de S. Miguel, é um exemplo.

Maria Teresa Flor de Lima

Introdução

Este trabalho surgiu pela necessidade de reflexão sobre a actividade profissional, de 2001 a 2003, em relação aos cuidados continuados, no Centro de Saúde de Ponta Delgada.

Após consultar os dados sobre a actividade domiciliária praticada, verifiquei que esta actividade tem aumentado nos anos mencionados. Partindo da análise da minha experiência profissional, procurei descobrir como melhorar a interligação entre os profissionais e como sensibilizar os restantes para iniciarem essa prestação de cuidados.

Objectivos

Caracterizar

- Visitas domiciliária médica e de enfermagem, de 2001 a 2003, relativamente à população do centro de saúde e à população que considerei abrangida.
- Problemas de saúde detectados nessa população, que necessitaram de apoio médico e de enfermagem.
- Recursos materiais e humanos existentes.

Escolher

- Instrumentos de registo e de avaliação da necessidade de cuidados continuados, de acordo com a incapacidade e os problemas de saúde.

Identificar

- Necessidades formativas dos profissionais envolvidos na prestação destes cuidados.

Criar

- Ligação entre os cuidados primários e os secundários, aplicando, de início, um projecto de articulação com a unidade da dor, que permita a elaboração de critérios terapêuticos, atendendo aos recursos existentes.

Cronograma de actividades

2004

De Junho a Agosto irá ser feita a recolha de dados, para a caracterização do trabalho domiciliário, nos locais e nos períodos de tempo referidos.

Em Setembro, os profissionais envolvidos nesta prestação de cuidados irão frequentar um curso de cuidados continuados, que será realizado na cidade da Horta. Com esta formação, procurarei que sejam adquiridos os conhecimentos suficientes para a escolha dos instrumentos mais fiáveis para o registo e a caracterização da incapacidade, referidos anteriormente, assim como a definição dos critérios para a avaliação do trabalho que irá ser desenvolvido.

De Outubro a Novembro, irá ser feita a validação do registo e do inquérito escolhido e iniciada a elaboração das orientações terapêuticas para os problemas mais frequentes, principiando pelos relacionados com a dor.

Em simultâneo, haverá formação específica na área da "Monitorização da dor como 5º sinal vital" e na "Abordagem da fisiologia e terapêutica da dor".

Em Dezembro, haverá a avaliação conjunta do trabalho efectuado com introdução das alterações consideradas necessárias.

2005

De Janeiro a Novembro irá ser feita a aplicação do que tiver sido acordado para a melhor caracterização e prestação dos cuidados continuados.

Trimestralmente, haverá uma reunião que permita a reflexão conjunta sobre os problemas mais relevantes detectados.

Em Dezembro, haverá a avaliação do trabalho efectuado e a programação das actividades para 2006.

Dados já recolhidos

População de todas as comunidades do Centro de Saúde de Ponta Delgada (censo 2001) – 79.980 (Tabela 1).

População das comunidades onde trabalho – 2.367 (Tabela 2).

Problemas de saúde que necessitaram de apoio médico

- Hipertensão com complicações
- Insuficiência cardíaca
- Diabetes não insulino-dependente
- Osteoartroses
- Neoplasias
- Infecções – cutâneas, respiratórias e urinárias
- Úlceras de decúbito
- Doença vascular periférica

Recursos

Humanos

- 1 médica de cuidados primários
- 2 ou 3 enfermeiras
- 2 administrativas
- 5 funcionárias de apoio social e familiar

Anos ⇒ Dados Profissionais ↓	2001	2002	2003
Médicos	35	36	37
Domicílios Médicos	118	209	352
Enfermeiros	68	75	74
Domicílios Enfermeiros	23.957	24.154	26.487

Anos ⇒ Dados Profissionais ↓	2001	2002	2003	Média
Domicílios Médicos	21	32	15	22,6
Domicílios Enfermeiros	1.769	1.717	1.440	1.642

Materiais

- Veículo de apoio
- Tratamentos domiciliários

Conclusões

Disponibilizar

Tempo e veículo de apoio, no horário habitual dos profissionais, para a prestação destes cuidados.

Elaborar

Critérios de avaliação da necessidade de cuidados continuados.

Orientações de actuação, com a colaboração dos profissionais hospitalares, relativamente aos problemas de saúde mais frequentes, que necessitam de visita domiciliária, de modo a rentabilizar os recursos.

Sensibilizar

Criação de equipas interdisciplinares que permitam a interligação entre os cuidados primários e secundários, nas várias unidades de saúde, com base no trabalho que já é efectuado.

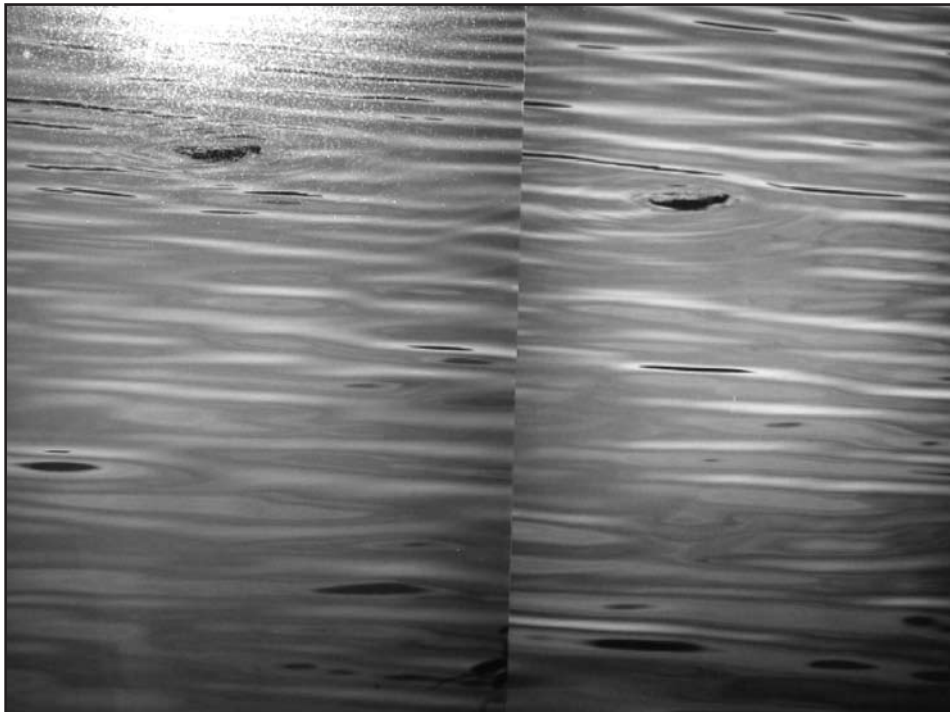
Criar

Projecto de trabalho que possa concorrer a eventuais apoios económicos para melhoria das carências detectadas.

Bibliografia

- Charlton R. Primary Palliative Care 2002.
Portela J, Neto I. Dor e Cuidados Paliativos 1999.
Sampaio D, Resina T. Família: Saúde e Doença 1994.
Serviço Regional de Estatística – Censur 1991 e 2001.
Twycross R. Cuidados Paliativos 2001.

2.º prémio de fotografia das comemorações da Semana Europeia de Luta Contra a Dor. (S. Miguel, 12 a 19 de Outubro de 2003)
Autor: Maria Luísa Machado Borges (Enfermeira Graduada do Serviço de Cirurgia IV)



Aquela **Luz** ... doce olhar ...

Artigo de opinião sobre cuidados continuados

Projecto de Articulação entre os Cuidados de Enfermagem do Serviço de Medicina 3 do HDES e do Centro de Saúde de Ponta Delgada

António José Correia da Cruz¹, Zélia de Fátima Lima Martins²

Resumo

Pretende-se sublinhar a importância da articulação entre os serviços de enfermagem dos cuidados de saúde diferenciados e dos cuidados de saúde primários. Faz-se uma síntese da problemática relativa às dificuldades na obtenção de informações acerca do estado de saúde dos doentes. Define-se os cuidados de enfermagem continuados. Justifica-se a importância de um instrumento, o “Boletim de cuidados de enfermagem continuados”, que permita aos enfermeiros destes serviços obter a informação necessária sobre o estado de saúde dos doentes para melhorarem a qualidade da assistência de enfermagem prestada.

Delimitação do problema

Ausência de comunicação entre os profissionais destas duas instituições sobre os doentes idosos e/ou dependentes nas suas actividades de vida diária que necessitam de cuidados de enfermagem continuados.

Palavras chave: Cuidados continuados. Parcerias em enfermagem. Registos.

Definição de cuidados de enfermagem continuados

Os cuidados continuados são definidos por André (2002), citando Urbanic, et al., como “[...] a coordenação de um processo de actividades que envolve o doente/família e os prestadores de cuidados hospitalares e comunitários que, trabalhando em conjunto, permitem a transição entre dois níveis de saúde sem sobressaltos”.

Os enfermeiros são os prestadores de cuidados responsáveis pelas intervenções autónomas de enfermagem inerentes a esses cuidados continuados que abrangem a tomada de decisão e a resolução de problemas em enfermagem.

Pertinência do projecto

Ao longo dos tempos, verificamos o aumento do número de doentes cada vez mais dependentes e idosos. E foi a partir da reflexão das práticas que se despertou, nas equipas de enfermagem do Serviço de Medicina 3 do Hospital do Divino Espírito Santo e do Centro de Saúde de Ponta Delgada, a

necessidade de elaborar um instrumento, o “Boletim de cuidados de enfermagem continuados” (em anexo), que permita o acesso permanente das informações mais importantes do doente sobre o seu estado de saúde e sobre o seu nível de dependência na realização das suas actividades de vida diária.

População alvo

Todos os doentes residentes nos concelhos de Ponta Delgada e da Lagoa que necessitam de cuidados de enfermagem continuados.

Horizonte temporal

A partir de Janeiro de 2005, prevendo-se a sua continuidade e consequente aperfeiçoamento.

Objectivo geral do projecto

Promover a qualidade da continuidade de cuidados de enfermagem.

¹Enfermeiro Chefe do Serviço de Medicina 3 do HDES

²Enfermeira do Centro de Saúde de Ponta Delgada

Entidades promotoras: Equipas de Enfermagem do Serviço de Medicina 3 do HDES e do Centro de Saúde de Ponta Delgada, Ponta Delgada, S. Miguel. Açores

Correspondência:

António José Correia da Cruz
Serviço de Medicina 3 do HDES
Ponta Delgada, S. Miguel. Açores

Zélia de Fátima Lima Martins
Centro de Saúde de Ponta Delgada
Ponta Delgada, S. Miguel. Açores

Objectivos operacionais do projecto

- Identificar as necessidades do doente internado no Serviço de Medicina 3 e provável nível de dependência após a alta hospitalar, e as necessidades do doente e provável nível de dependência aquando da sua permanência no seu meio.
- Envolver a família no uso devido do "Boletim de cuidados de enfermagem continuados".
- Promover a articulação entre os cuidados de saúde diferenciados e os cuidados de saúde primários.

Actividades planeadas

Actividade 1

Identificação das necessidades do doente internado no Serviço de Medicina 3 e provável nível de dependência após a alta hospitalar, e as necessidades do doente e provável nível de dependência aquando da sua permanência no seu meio.

Estratégias

- Entrevista com o doente/família para obter informações sobre as necessidades do doente e provável nível de dependência.
- Avaliação dos problemas actuais do doente, consequentemente o seu nível de dependência.
- Registo contínuo das informações obtidas, no "Boletim de cuidados de enfermagem continuados".

Actividade 2

Envolvimento da família no uso devido do "Boletim de cuidados de enfermagem continuados".

Estratégias

Sensibilização dos familiares para o uso devido do "Boletim de cuidados de enfermagem continuados", nomeadamente informá-los das vantagens do bom uso.

Actividade 3

Promoção da articulação entre os cuidados de saúde diferenciados e os cuidados de saúde primários.

Estratégias

- Elaboração do "Boletim de cuidados de enfermagem continuados".
- Divulgação e acompanhamento na implementação do "Boletim de cuidados de enfermagem continuados".
- Avaliação e revisão do "Boletim de cuidados de enfermagem continuados".

Procedimentos formais

O projecto só será implementado após prévia aprovação por escrito dos pedidos, para a sua implementação, dirigidos aos conselhos de administração do Hospital do Divino Espírito Santo e do Centro de Saúde de Ponta Delgada.

Bibliografia

- André C. Cuidados continuados – Um modelo de intervenção na comunidade. Revista Sinais Vitais (Coimbra) 2002;44:40-4.
- Augusto, Berta M.J. et al. Cuidados continuados – Família, centro de saúde e hospital como parceiros no cuidar. Coimbra: Formasau 2002. ISBN: 972-8485-29-8.
- Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde – Boletim de cuidados no domicílio, Pessoas em situação de dependência.

Cronograma das Actividades do Projecto															
Limitação Temporal	2004			2005											
Actividades	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Pedido de autorização aos Conselhos de Administração das respectivas Instituições															
Actividade 1															
Actividade 2															
Actividade 3															

ANEXO – BOLETIM DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM CONTINUADOS
O Boletim de Cuidados de Enfermagem Continuados proposto é composto por oito Quadros

Quadro 1. Identificação

Nome: _____ Morada: _____ Localidade: _____ Código Postal : _____ Telefone/Telemóvel: _____ Data de nascimento: _____ Estado civil: _____ Escolaridade: _____ Profissão: _____ Situação profissional: _____
Sistema de Saúde: _____ N.º beneficiário: _____ Centro de Saúde/Unidade: _____ Enfermeiro(a) de cuidados na comunidade: _____ Telefone/Telemóvel: _____ Horário de atendimento: _____ N.º de processo de família: _____ Médico de Família: _____ N.º de processo hospitalar (P.U.): _____ Intercorrências relevantes: _____

Quadro 2. Rede sócio-familiar de apoio

Familiar de referência: _____ Grau de parentesco: _____ Morada: _____ Localidade: _____ Código Postal : _____ Telefone/Telemóvel: _____ Amigos/vizinhos: _____ Morada: _____ Localidade: _____ Código Postal : _____ Telefone/Telemóvel: _____ Instituição: _____ Morada: _____ Localidade: _____ Código Postal : _____ Telefone/Telemóvel: _____ Assistente social da área : _____ Telefone/Telemóvel: _____ Horário de atendimento: _____ Diagnóstico social: _____

Quadro 3. Evolução da autonomia funcional

Actividades	Data						
Higiene e arranjo	Higiene corporal						
	Vestir e calçar-se						
Mobilidade	Deslocar-se com ou sem meios						
	Mobilidade no leito						
Eliminação	Controlo vesical						
	Controlo intestinal						
Alimentação	Ingestão						
	Preparação das refeições						
Expressão e comunicação							
Total.....							

Pontuação:

- Autónomo (não necessita de ajuda)..... Registrar “0”
- Com autonomia parcial (necessita de alguma ajuda).... Registrar “1”
- Dependente (Necessita de ajuda total) Registrar “2”

Quadro 5. Registo das alterações laboratoriais

Data							
Hemograma							
Urémia							
Creatinémia							

Quadro 7. Registos

Data	Observação/Orientação	Rúbrica

Quadro 4. Registo das alterações dos parâmetros

Sinais vitais	Data						
	Hora						
Pressão arterial							
Frequência cardíaca							
Temperatura corporal							
Frequência respiratória							
Dor (escala: _____)							
Glicémia capilar							
Combur teste							
Oximetria							
Peso corporal							

Quadro 6. Medicação

MEDICAMENTOS	Horário/Dose				
	Jejum	Pequeno Almoço	Almoço	Jantar	Deitar

Quadro 8. História dos internamentos anteriores

Admissão	Alta	Serviço	Motivo	Médico

Caso clínico

Síndrome da Dor Regional Complexa – Que Abordagem?

Elmira Cortêz Ordeña Neto¹, António Raposo²

Resumo

Apresentação do caso clínico de uma doente com a síndrome da dor regional complexa.

Palavras chave: Dor regional complexa. Impotência funcional do membro superior. Abordagem multidisciplinar.

Abstract

Presentation of clinical case: a patient suffering from complex regional pain syndrome.

Key words: Complex regional pain. Functional impotency of the upper limb. Interdisciplinary approach.

Introdução

A síndrome da dor regional complexa (SDRC), assim denominada desde 1994 de acordo com a classificação de dor crónica da IASP (Associação Internacional para o Estudo da Dor), refere-se a um conjunto de síndromes dolorosas, caracterizadas pela evidência de disfunção do sistema nervoso simpático, dor desproporcional, recuperação funcional tardia e alterações tróficas.

Duas entidades clínicas:

1. SDRC tipo I – Não se verifica lesão de um nervo específico, mas o quadro clínico caracteriza-se por sintomas sensoriais, motores e disautonómicos acompanhados de processo inflamatório – distrofia simpático reflexa.
2. SDRC tipo II – Há lesão do nervo – causalgia.

Caso clínico

Identificação

P.S.G.P.F., 27 anos de idade, sexo feminino, raça caucasiana, empregada de restaurante e natural de Ponta Delgada

História clínica

A doente foi observada, pela primeira vez, na consulta de medicina física e de reabilitação, em Abril de 2003, apresentando dor do tipo neuropático, no membro superior direito.

Referia dor intensa na mão direita, tipo queimor com irradiação para o antebraço (EVA de 6-7), associada a edema e difi-

culdade em mobilizar os dedos, cianose e extremidades frias. Apresentava hiperhidrose, alodínia e limitação funcional de todo o membro superior direito. Sem parestesias. Ansiedade.

Marcou o início da sintomatologia em finais de Janeiro de 2003, altura que recorreu ao Serviço de Urgência por dor torácica atípica, localizada no hemitórax esquerdo, e atribuindo-a à dificuldade de colocação de cateter, em veia periférica (para soroterapia) na região dorsal da mão direita. Por diversas vezes, recorreu ao Serviço de Urgência por dor, edema e impotência funcional da mão, tendo sido sempre medicada com AINE e analgésicos.

Em Fevereiro de 2003, foi observada por cirurgia vascular, tendo sido referenciada às consultas da dor e de psiquiatria com o diagnóstico de causalgia (SRDC-II) associada a uma síndrome depressiva.

Teve apoio da assistente social e da psicóloga.

Encontrava-se medicada com os seguintes fármacos: pentoxifilina (Trental[®] 400), Biloban[®], tiocolquicosido (Relmus[®]), codeína + paracetamol (Dol-u-ron[®] Forte), metamizol magnésico (Nolotil[®]), gabapentina (Neurontin[®] 400) e amitriptilina (ADT-ZIMAIA[®]).

Sem antecedentes patológicos relevantes, mas com hábitos tabágicos (10 c/d) presentes.

Situação social: separada, 1 filho menor de 11 meses e coabitando com a mãe, com quem mantinha um relacionamento difícil.

Iniciou o tratamento de reabilitação, visando o controlo da dor e o ganho das amplitudes articulares para melhor funcionalidade (crioterapia, banhos de contraste, electroterapia,

¹Interna do 4º ano do Internato Complementar de Medicina Física e de Reabilitação

²Assistente Hospitalar Graduado, Director do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação

Correspondência:

Elmira Cortêz Ordeña Neto

Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do HDES

Av. D. Manuel I

9500-370 Ponta Delgada, S. Miguel, Açores

E-mail: elmiraordena@hotmail.com

técnicas cinesiológicas activas e de facilitação neuromuscular). Foi medicada com calcitonina, mantendo a medicação analgésica instituída na consulta da dor.

Concomitantemente, na consulta da dor a doente era submetida a bloqueios anestésicos (axilar e radial), tolerando desta forma o tratamento de reabilitação.

Os EAD realizados (análises e Rx da mão) foram normais.

Em Maio de 2003, por não apresentar melhoras significativas com o tratamento, por recusar manter medicação ou outras terapêuticas invasivas, por manter quadro algíco exuberante (EVA de 7-8), foi submetida a simpatectomia torácica superior programada, pela cirurgia vascular, desde o início da sintomatologia.

Após esta, manteve-se em tratamento de reabilitação até à total recuperação dos défices embora mantendo dor residual suportável (EVA de 4-5), pelo que continuou na consulta de dor.

Discussão e conclusão

O SDRC é uma síndrome complexa que, ao longo dos anos, recebeu diversas denominações tais como algoneurodistrofia, atrofia de Sudeck, síndrome ombro-mão... não estando completamente esclarecida a sua etiologia, nem tão-pouco os mecanismos da exacerbação sintomática, apesar de várias teorias terem sido propostas.

O desenvolvimento de dor intensa regional, a hiperalgia associada a mobilidade e a estímulos mecânicos, as alterações do sistema vegetativo (edema distal, alterações da cor e temperatura da pele e hiperhidrose), deverá alertar o clínico para esta patologia.

Na nossa doente, o mecanismo lesional poderia estar ou não em relação com a punção venosa, com a dor torácica atípica (que teria levado a doente a recorrer várias vezes ao SU) ou ao seu estado psicológico, tal como se encontra descrito na literatura.

Os exames radiológicos, num estágio inicial, podem ser normais.

O diagnóstico de SDRC-II foi estabelecido na anamnese, sinais e sintomas e na resposta ao bloqueio simpático.

O tratamento é complexo e por vezes difícil. Deve ser multidisciplinar, tendo como objectivo principal o alívio da



Figura 1. Síndrome doloroso regional complexo.

dor e o restabelecimento da função normal ou o máximo possível do potencial funcional remanescente do membro acometido.

Também se encontra descrito que, na falha do tratamento médico, está indicado o tratamento cirúrgico (simpatectomia torácica) precoce, de forma a prevenir a ocorrência de lesões tróficas irreversíveis.

Bibliografia

- Fleischmann KH, Lubin E. Complex Regional Pain Syndrome. Em: Ballantyne J, Fishman SM, Abadi S. The Massachusetts General Hospital Handbook of Pain Management. 2ª ed. Boston 2002;26:360-72.
- Matoses MS. Síndrome del dolor regional complejo. Dolor neuropático periférico. Dolor 2002;17:78-86.
- Wittink HM, Michel TH. Physical Therapy. Em: Ballantyne J, Fishman SM, Abadi S. The Massachusetts General Hospital Handbook of Pain Management. 2ª ed. Boston 2002;16:237-44.
- Audett JF. Physical Medicine in the Treatment of Pain. Em: Ballantyne J, Fishman SM, Abadi S. The Massachusetts General Hospital Handbook of Pain Management. 2ª ed. Boston 2002;17:245-54.
- Álvarez LB, Aretxabala AI, Alegre LJ, Alonso-Valdivielso JL. Acceptance of the different denominations for reflex sympathetic dystrophy. Ann Rheum Dis 2001;60(1):77-9.

Caso clínico

Ombro Doloroso em Doente em Hemodiálise Crónica (*Dialysis Shoulder*)

Elmira Cortêz Ordeña Neto¹, António Raposo²

Resumo

Apresentação do caso clínico de uma doente com insuficiência renal crónica em hemodiálise e dor grave localizada no ombro.

Palavras chave: Hemodiálise. Dor no ombro.

Abstract

Presentation of a clinical case of a patient on long-term haemodialysis and severe shoulder pain.

Key words: Haemodialysis. Shoulder pain.

Doente de 62 anos, sexo feminino, caucasiana.

Antecedentes patológicos de:

- Insuficiência renal crónica por nefropatia diabética, em hemodiálise.
- Diabetes *mellitus* tipo II.
- Cirurgia ao intestino por perfuração intestinal.
- Obesidade.

Enviada à consulta de MFR por dor intensa e incapacitante, localizada no ombro direito. Esta dor aumentava de intensidade durante as sessões de hemodiálise e durante a noite, principalmente na posição de decúbito dorsal. Apresentava limitação das amplitudes articulares do ombro nos movimentos passivos de flexão anterior, abdução, rotação interna e externa. Os movimentos activos dessa articulação eram nulos e apresentava sinais de derrame articular.

Em relação às actividades da vida diária, nomeadamente, o vestir, a alimentação e a higiene, necessitava de ajuda total de uma 3ª pessoa.

Foi-lhe proposto tratamento de reabilitação, visando o controlo da dor, o ganho das amplitudes articulares e da função. A doente era também seguida na consulta da dor, onde era submetida, previamente, a bloqueios anestésicos supraescapulares com a finalidade de tolerar os tratamentos.

Por apresentar derrame articular foi submetida a artrocentese.

Realizou os seguintes exames auxiliares de diagnóstico:

Rx do ombro: lesão de osteonecrose ao nível da cavidade glenóide e cabeça umeral. Sinais indirectos de rotura da coifa dos rotadores.

RM: derrame articular extenso, membrana sinovial espessada, destruição óssea da cabeça umeral e da glenóide, corpos livres intra-articulares e rotura da coifa dos rotadores, nomeadamente do supra-espinoso.

Imagens da RM do ombro (Figs. 1 e 2).

O exame analítico do líquido sinovial obtido por punção foi negativo para infecção.

Infelizmente, por apresentar agravamento do estado geral (internamento por hemorragia digestiva alta) e por apresentar intolerância aos tratamentos, os mesmos foram suspensos.

A incidência de lesões ósseas e articulares em doentes hemodializados aumenta com a duração do tratamento. Em estudos recentes, foi demonstrado que essas lesões seriam devidas a deposição de substância amilóide.

As articulações mais frequentemente atingidas são: ombro, joelho, anca e punho.

No ombro, esta dor seria devida a fenómenos de sinovite ou de *impingement* subacromial de depósitos amilóide.

Dialysis shoulder é definida como dor grave, localizada no ombro de doentes em hemodiálise crónica, ocorrendo

¹Interna do 4º ano do Internato Complementar de Medicina Física e de Reabilitação

²Assistente Hospitalar Graduado, Director do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação

Correspondência:

Elmira Cortêz Ordeña Neto

Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do HDES

Av. D. Manuel I

9500-370 Ponta Delgada, S. Miguel. Açores

E-mail: elmiraordena@hotmail.com



Figura 1. Imagens da RM do ombro. Ombro doloroso.



Figura 2. Imagens da RM do ombro. Ombro doloroso.

esta dor na fase final da hemodiálise e durante a noite, aliviando temporariamente com a posição de sentado ou em pé.

O tratamento da artropatia amilóide do ombro é problemática. Inicialmente, a dor pode ser aliviada com medidas conservadoras tais como AINE, injeções intra-articulares de esteróides ou de ácido hialurônico e com a fisioterapia. Entretanto, tais medidas são de curta duração. Tem sido descrito que o tratamento cirúrgico, nas suas variadas abordagens, tem sido efectivo nestes doentes, permanecendo o doente assintomático por longos períodos.

Bibliografia

- Kachel HG, Altmeyer P, Baldamus CA, Koch KM. Deposition of an amyloid like substance as possible complication of regular dialysis treatment. *Contr Nephrol* 1983;36:127-32.
- Kurer MHJ, Baillod RA, Madgwick JCA. Musculoskeletal manifestations of amyloidosis: a review of 83 patients on haemodialysis for at last 10 years. *J Bone Surg (Br)* 1991;73-B:271-6.
- Konishiike T, Hashizume H, Nishida K, Inoue H, Nagoshi M. Shoulder pain in long-term haemodialysis patients: a clinical study of 166 patients. *J Bone Joint Surg* 78-B(4):601-5.
- Shiota E, Matsumoto Y, Nakamoto M. Open surgical treatment for dialysis - related arthropathy in the shoulder. *J Shoulder Elbow Surg* 2000;9:89-92.

Artigo de reflexão

A poesia com a dor

Maria Teresa Flor de Lima

Ao terminar a difícil tarefa de compilar propostas, ideias, textos e imagens, em toda a sua diversidade e expressão da individualidade dos autores, ou simples manifestação de vivências, experiências e actividades, há uma que nos tocou, especialmente, o fundo – se é que existe – da nossa sensibilidade.

É a ideia da “Dor na poesia”, sentida e pesquisada ou, porque não, a “Poesia da dor”?

Quando algum profissional pretende estudar e entender a dor, em primeiro lugar, tem que conhecer/perceber o “Doente com dor”. Pode ler muitos textos sobre os efeitos psicológicos da dor, personalidade e dor, efeitos da dor na personalidade, tratamento psicológico da dor, entre outros aspectos.

E posso mesmo dizer que li muitos. Nenhum me ensinou tanto como o que o dia a dia do convívio com os doentes. Quão difícil é exprimir o que um especial doente nos tem ensinado! Habitou-se a viver a sua dor durante décadas, em poucos meses experimentou um alívio significativo, juntou-se a nós voluntariamente em todas as campanhas públicas, desde o primeiro Dia Nacional de Luta contra a Dor e a primeira Semana Europeia de Luta contra a Dor, aprendeu a ser amigo da sua dor, compreendeu a avaliação da dor, ensinou os seus alunos de português a pesquisar, a ler, a pensar, a escrever sobre a dor – as crianças da escola também sentem dor ou dores –, numa palavra, a fazer poesia com a dor. Gosta, quer, pede-nos para continuar a ensinar os outros que sofrem de dor. Foi um dos poucos doentes que se fez amigo da dor, que não a hostilizou e, inclusivamente, até a trata com carinho – ela tem sido sua “companheira inseparável”, nos bons e maus momentos da outra face da vida.

Enfim, ensinou, aos profissionais da consulta, a compreender melhor a dor que já sentimos ou vamos sentir, certamente, um dia. É assim a dor crónica, na nossa vida todos a sentimos ou vamos sentir.

Mas, de que maneira suportá-la? Da forma como, durante séculos, foi entregue a Deus, ou fazendo poesia com ela. Esta também é uma forma de terapia.

A Dor arde, a Dor queima
A Dor é de quem a sente
De ligeira a moderada e intensa,
Ou insuportável, se apresenta
Se o seu dono mente
Ou em não se tratar, teima

Chefe de Serviço de Anestesiologia,
Coordenadora da Unidade de Dor do HDES
Ponta Delgada, Ilha de S. Miguel. Açores
Aluna do 2º Curso de Pós-Graduação de Medicina
da Dor da Faculdade de Medicina do Porto

Artigo de reflexão

A dor na poesia

Joaquim Martins Tomé

A dor é um sentimento
É uma sensação que magoa e provoca sofrimento
É comunicada por palavras, gestos e expressões
Será uma fatalidade ou um castigo divino?
Ou o resultado de várias e incorrectas interacções?

A dor está em todo o lado
Recitada, cantada, pintada,
escrita e sobretudo gravada nos corações
Por todos é conhecida e indefinida
Carecendo de mais investigações

Aqui, existir é sinónimo de sentir
Dois verbos que importa avaliar
Revelam grande ansiedade e depressão
Naqueles que deles não se conseguem libertar.

Da constatação de um choro, agitação ou mal-estar
São indícios de que algo há para avaliar

Dos mais fortes aos mais fracos
A ideia de dor tem tendência a variar
Um mostra-se confiante na sua gestão
O outro, mais experiente, a dor prolongada consegue baixar

Ao fim de alguns meses e tal
Já se conhece a evolução da dor
Sabe-se o nome e a dose do remédio
como um experiente doutor
Mas, muitos ainda não sabem que a dor é o 5º Sinal Vital

Tolerância e intensidade são sinais distintos a avaliar
Eu não sou tu e tu não és eu
Mas em todos há que acreditar

Promover a qualidade de vida
São objectivos que a Unidade da Dor pretende alcançar
Fornecendo todo o seu apoio
Para a dor aliviar

Dos registos, nesta revista espalhados,
Mais não são do que a sua atenção chamar
Para um ou mais sintomas
Que a todos, em qualquer idade, podem tocar.

Professor do Ensino Secundário
Doente da Unidade da Dor do HDES
Ponta Delgada, Ilha de S. Miguel. Açores