

Unidade de Tratamento da Dor do Hospital Distrital do Fundão

■ Organização, funcionamento e resultados (1993-1996)

1- A Unidade de Tratamento da Dor Com^a. Maria Eva Nunes Corrêa (UTD) do Hospital Distrital do Fundão é uma estrutura criada em 20 de Novembro de 1992, na sequência de eco público de um caso de doente com neoplasia incurável da cabeça, de evolução muito arrastada e dramática, residente no distrito de Castelo Branco, que esteve "abandonado" no domicílio, do ponto de vista médico e assistencial, durante a fase terminal da doença.

2- O objectivo demarcado na criação desta estrutura hospitalar foi a concretização das acções necessárias ao "estudo clínico, avaliação e tratamento de síndromas dolorosos crónicos, especialmente ligados à evolução de doenças malignas, até à sua fase terminal". Isto é, destina-se a actividade assistencial, mas também potencialmente formativa.

3- A UTD é constituída pelas seguintes áreas: uma enfermaria organizada em três espaços interdependentes - um, com duas camas, outro, com três e ainda uma área de enfermagem; um quarto individual; um gabinete de consulta, com biblioteca e arquivo; uma sala de espera. Os habitáculos dos doentes têm instalados televisores, vídeo e aparelhagem de som. As visitas dos familiares dos doentes são permitidas desde as 8 às 21 horas.

4- Esta estrutura está ligada ao Serviço de Anestesiologia, sendo a cobertura proporcionada por um médico anestesista, em tempo parcial, e pela enfermagem proveniente do serviço de Cirurgia Geral. Os doentes podem beneficiar das outras especialidades do Hospital, a Medicina Interna e a Cirurgia Geral. Existe também apoio psiquiátrico e colabora no serviço uma psicóloga clínica. Prestam cuidados o fisioterapeuta, a dietista e a assistente social. A colaboração do voluntariado e a assistência do capelão perfazem o conjunto de recursos humanos directamente implicados na cobertura profissional da UTD.

António Lourenço Marques Gonçalves, Assistente Hospitalar Graduado, com o grau de Consultor. Director do Serviço de Anestesiologia e da Unidade de Tratamento da Dor, do H.D.F. Doutorando na Faculdade de Ciência Sociais e Humanas da Universidade Pontifícia de Salamanca

Celina Isabel Monteiro Gonçalves, Psicóloga Clínica, Hospital Distrital do Fundão. Cursando o mestrado na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

A dor constitui o sintoma dominante na maioria dos doentes com neoplasias incuráveis. Existe em 30 por cento dos casos em que há metastização e atinge a cifra de 80 por cento nas fases avançadas. De facto, tal sintoma, quando não adequadamente tratado, representa um dos maiores óbices para atingir o objectivo da qualidade de vida destes doentes. Infelizmente, a pouca atenção pelo problema é um dado constante na maioria dos países de todo o mundo, tanto nos desenvolvidos como naqueles em vias de desenvolvimento. Várias razões estão subjacentes a esta realidade, de acordo naturalmente com os diferentes países. Entre nós, parece-nos que um dos motivos fundamentais tem por base uma deficiente formação sobre o problema. Em relação à dor dos outros, que como dizia René Leriche "é a única que é fácil de suportar", pensa-se habitualmente que sendo uma manifestação não é o objecto nobre da intervenção médica. É a doença que se deve abater e com ela a própria dor. Só que existe a dor crónica, isto é resultante de doenças incuráveis ou mesmo de causas desconhecidas e que por aquela lógica fica desprotegida dos cuidados médicos. É preciso considera-la então uma doença e não apenas um sintoma. Se esta mudança na mentalidade médica não se verificar, continuará a existir como consequência um fraco interesse pelo problema, tanto no campo formativo como no organizativo. É dramática a expressão perante a situação concreta dos doentes, objectivada pelo desânimo da equipa de cuidados ao assumir a posição de "não haver mais nada a fazer", portanto de abandono. "Os médicos devem esforçar-se por acalmar a dor destes doentes, não só porque ela é inútil, mas também porque assim eles aumentam as possibilidades de sobrevivência dos doentes: um doente que sofre muito corre o risco de parar o seu tratamento ou de não querer mais viver".

No entanto, a dor não é o único problema dos doentes com neoplasias incuráveis. Mas sendo o que mais prevalece, pode polarizar a assistência complexa exigida para que a vida continue efectivamente com qualidade e dignidade. A experiência da Unidade de Tratamento da Dor do Hospital Distrital do Fundão desenha os contornos da organização de uma assistência possível entre nós

5- A UTD destina-se a prestar assistência especializada a doentes do foro oncológico que cumpram obrigatoriamente os seguintes critérios de admissibilidade: 1. Diagnóstico de neoplasia com confirmação histológica; 2. Documentação sobre a extensão da doença e informação pormenorizada sobre os tratamentos em curso e anteriores, bem como a indicação dos serviços envolvidos nesses tratamentos; 3. O recurso à UTD para os doentes que cumpram os critérios anteriores faz-se para estabelecimento e orientação do tratamento da dor crónica; 4. Indicação do médico de família; 5. Ser acompanhado por familiar ou alguém que o substitua; 6. Ter residência no distrito de Castelo Branco. O recurso

à UTD abrange ainda as fases terminais da doença oncológica e dos doentes com SIDA, residentes neste mesmo distrito. Responde também às solicitações para terapêutica da dor em doentes internados nos outros serviços do Hospital.

6- Os doentes são assistidos em consulta externa e no internamento. Este, destina-se basicamente a doentes com situações neoplásicas complexas, quando há necessidade de cuidados paliativos "agudos" ou quando há dificuldade no controle da dor e/ou outros sintomas no domicílio, incluindo desequilíbrios psicossociais graves pessoais ou na ligação familiar e na situação terminal, quando o domicílio e/ou a envolvente social e económica não são adequados ao

falecimento, com dignidade. Existe ainda articulação com o serviço domiciliário do Hospital.

7- Os doentes sempre que têm contacto com a UTD passam a ser portadores de uma informação destinada ao médico de família e aos outros serviços de saúde, com o essencial do diagnóstico e a terapêutica paliativa instituída. Existem cartas tipo para pedido de informação clínica essencial ou complementar e para comunicação do óbito a todos os serviços envolvidos no tratamento dos doentes.

8- Todos os analgésicos estupefacientes estão centralizados na farmácia do Hospital, quer para internamento quer para ambulatório.

9- Relativamente ao tratamento da

dor neoplásica, a nossa orientação básica é a es cada analgésica da OMS, modificada. Aos três patamares clássicos, associamos um quarto quando há intolerância na administração por via oral e é necessário encontrar outras vias, e só num quinto degrau, quando há falta de controle da dor pelos meios habituais, encaramos a possibilidade de intervir com técnicas anestésicas. No 3º escalão, usamos preferentemente a morfina, em doses sem limite. A via oral, quando praticável é a que utilizamos e a base da administração é a regularidade horária. Noutros casos usamos a buprenorfina por via sublingual. Quando qualquer uma das vias anteriores não é exequível e em especial na fase terminal, a morfina é administrada por via subcutânea, através de agulha butterfly implantada na parede anterior do tórax ou na parede abdominal, quer com regularidade horária quer por meio de bomba infusora de administração contínua, tipo DIB, com suplementos S.O.S., pela mesma via. Também por esta via, administramos outras substâncias, podendo uma delas ser misturada com a morfina: midazolam, butilscopolamina, haloperidol, clorpromazina, metoclopramida, hidroxizina, methotrimetrazina e dexametasona. Temos ainda duas bombas infusoras tipo PCA, uma fixa, e outra portátil para utilização em ambulatório. Em alguns casos, na nossa experiência na dor relacionada com neoplasia do pâncreas e das vias biliares, fizemos a administração de opiáceos por via sub-dural, com catéter permanente (5 ou mais mg de morfina em 10 cc de DW5%, em intervalos de 10-12 horas, com ou sem associação de bupivacaína). A associação com medicamentos adjuvantes faz-se desde o primeiro patamar da escada, de acordo com a etiologia e a natureza da dor. Na dor associada a metastização óssea, ponderamos o uso de bifosfonatos por via I.V.. Pode ser considerada também a utilização de

quimioterapia com intenção co-analgésica. Em algumas situações, solicitámos ao serviço de fisioterapia emprego de TENS (estimulação eléctrica nervosa transcutânea).

10- Os síndromas dolorosos mais importantes que tratámos estiveram associados às neoplasias dos seguintes órgãos, aparelhos e regiões: pâncreas, pulmão, mama, próstata, cólon, ginecológico, cabeça e pescoço.

11- A palição de outros sintomas é uma preocupação permanente na assistência aos nossos doentes. Determinamos tratamento adequado perante os seguintes sintomas e problemas: dispneia, tosse, náuseas, vômitos, anorexia, disfagia, halitose, lesões orais (candidíase, etc.), obstipação, diarreia, prurido, edemas, ascite, derrame pleural, ansiedade, depressão, insónia, confusão, agitação, infecções, anemia e hipercalemia. As situações de emergência são cuidadas de acordo com a sua natureza, nomeadamente: as hemorragias, as convulsões e a retenção urinária. Como regra, nos doentes terminais não praticamos reanimação cardíaco-pulmonar.

12- O apoio psicológico à UTD desenvolve-se com base no pressuposto que o 1º e 3º critérios de admissibilidade são condições altamente geradoras de stress psicológico. Em primeiro lugar, padecem de uma doença profundamente estigmatizada socialmente, associada sempre a altos níveis de sofrimento e ao desfecho da morte. Em segundo lugar, são doentes que sofrem de dor crónica, aqui considerada como um fenómeno complexo e total, com uma estruturação que implica para além para além dos componentes físicos, também outros de ordem psíquica, mental, social e espiritual. Embora sendo secundária à patologia oncológica, a dor crónica, em particular os comportamentos de dor ganham importância primária na adaptação à doença. Não menos importantes são as limitações de natureza funcional, impostas pela progressão da neoplasia, tais como a dificuldade de locomoção ou a perda de visão. O apoio dado a estes doentes tem como objectivos o alívio

da ansiedade e da depressão, a promoção de um estilo mais positivo de adaptação mental ao cancro, o favorecimento da utilização de estratégias de coping mais eficazes e a promoção de um locus de controle interno, factor altamente associado ao chamado espírito de luta. Os procedimentos e estratégias utilizados inserem-se não só numa perspectiva de medicina paliativa, isto é de alívio de sintomas, com o máximo apoio emocional e promoção de bem-estar, mas também no enquadramento da Psicologia da Saúde, que considera que o comportamento relativo à saúde, à doença e aos cuidados de saúde, nomeadamente o chamado comportamento de doença e estilo de adaptação psicológica ao cancro, são factores que podem influenciar o próprio prognóstico e percurso da doença. O nosso trabalho apoia-se na utilização de um conjunto de escalas de avaliação em Psicologia da Saúde, recentemente adquiridas, que permitem uma delimitação mais concreta e segura das variáveis psicológicas relevantes em cada doente.**

13- No período dos quatro anos de funcionamento em análise, houve doentes provenientes de todos os concelhos do distrito de Castelo Branco, sendo o maior número do concelho do Fundão. Nota-se um crescimento progressivo da utilização. No entanto, o ano de 1996 esteve condicionado por carência de recursos humanos (médico), com o acesso à UTD limitado, durante três meses (Abril, Maio e Junho). No censo de 1991, o concelho do Fundão tinha 31.687 habitantes, sendo a população total do distrito de Castelo Branco de 214.854

peçoas. A UTD é a única estrutura do género na região.

14- O número de consultas efectuadas mostra também crescimento neste período, na dependência de muitas variáveis, sendo as mais importantes a complexidade da doença oncológica e a dor rebelde. Para além destas consultas, instituiu-se o contacto telefónico ao 3º dia após a primeira consulta e efectuaram-se alguns domicílios em casos que tiveram um enquadramento excepcional. Houve mesmo oportunidade de executar transfusões sanguíneas no domicílio.

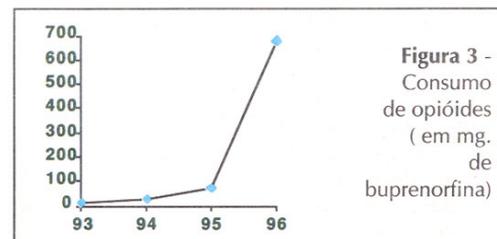
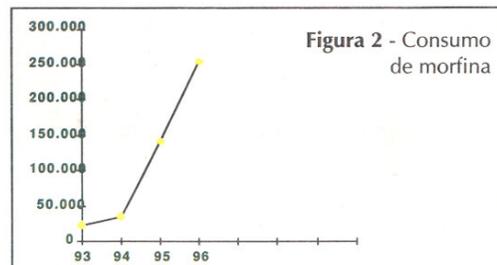
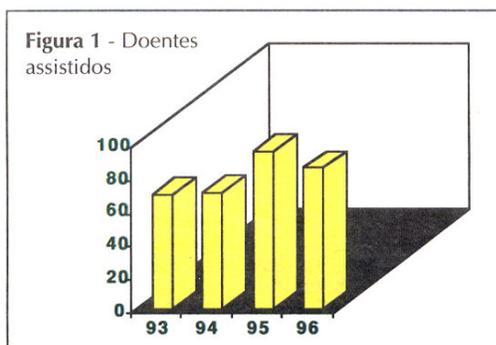
15- O aumento progressivo da quantidade de opiáceos e opióides fortes utilizados é um dado objectivo com muito interesse, pois significa, do nosso ponto de vista, uma maior atenção ao problema da dor e consequentemente um tratamento mais adequado. No fundo, reflecte também o esbatimento do chamado mito da morfina. No entanto, continua em curso a implementação da correcta avaliação da intensidade da dor, através da utilização regular de escalas apropriadas (em particular a escala visual analógica).

CONSULTAS

1993-429
1994-134
1995-244
1996-262

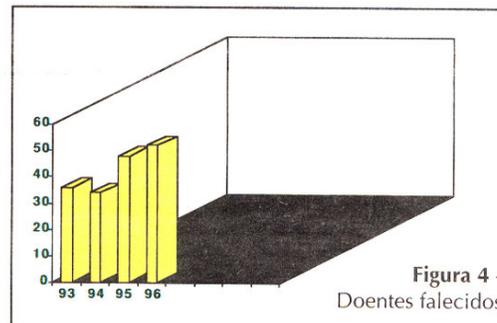
Consumo de opiáceos
(em miligramas de morfina)

1993	22.810 mg
1994	35.770 mg
1995	141.430 mg
1996	253.200 mg



Doentes falecidos por neoplasias na UTD

	1993	1994	1995	1996	Totais
Cabeça e pescoço	6	5	13	8	22
Pâncreas	1	1	6	5	13
Pulmão	1	3	4	4	12
Mama	1	5	4	4	14
Próstata	3	1	2	3	9
Cólon/recto e ginecológico	7	9	3	12	31
Renal e bexiga	2	2	3	3	10
Estômago	11	4	6	8	29
Outros	4	4	7	5	20
TOTAIS	36	34	48	52	



- Caraceni, Augusto, Evaluation of Cancer Pain: Multidimensional and Pain Syndromes. In: Pain 1996 - An Updated Review, IASP Press, p. 219.
- Cleeland, Charles S., Cancer Pain Programs: A global Perspective on Improving Pain Management. In: Pain Treatment Centers at a Crossroads: A Practical and Conceptual Reappraisal, IASP Press, 1996, p. 239
- Foley, Kathleen, La Maitrise da la Douleur. In: Pour la Science, Novembro, 1996, p. 136.
- Hospital Distrital do Fundão, Unidade de tratamento da Dor, 20 de Novembro de 1992, p. 4.
- Barón, M. González, et al., Tratado de Medicina Paliativa y Tratamento de Soporte en el Enfermo con Cáncer, Editorial Medica Panamericana, 1996, p. 524.
- Quartilho, Manuel J., Dor Crónica: alguns aspectos sociais e culturais. In: Psiquiatria Clínica, 1996, 17 (3), p.p. 171-180.
- Bayés, Ramon, Psicología Oncológica, Martinez Roca S.A., Barcelona, 1991, p.p. 186-191.
- Wall, P.D., Melzak R., Handbook of Pain, Churchill Livingstone, London, 1994, p.p. 261-274; 1337-1348; 1367-1380.
- Santos, Mª João H., et al., Adaptação psicológica e qualidade de vida com doentes oncológicos - Escalas de avaliação. In: Psiquiatria Clínica, 1994, 15 (1), p.p. 25-36.