

Unidade de Tratamento da Dor (UTD) (Medicina Paliativa) do Hospital do Fundão (1993-1997)

António Lourenço Marques*

1 - A Unidade de Tratamento da Dor Comendadora Maria Eva Nunes Corrêa, do Hospital Distrital do Fundão (H.D.F.), é uma estrutura criada em 1992, com o objectivo de prestar assistência, no âmbito da medicina paliativa, a doentes com patologia oncológica avançada e/ou próximos da morte, organizada a partir da realidade da quase omnipresença de dor crónica nestas situações (90% - Jacox et al. 1994)¹. Aguarda-se ainda o reconhecimento oficial desta estrutura dentro do serviço que lhe deu origem, o Serviço de Anestesiologia.

2 - Os médicos deste Serviço constituem a base médica da equipa, e conta com a colaboração das especialidades de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Psiquiatria e Psicologia Clínica. Usufrui também das acções de outros profissionais do Hospital: dietista, assistente social, capelão e voluntariado. A enfermagem e o pessoal auxiliar provêm do Serviço de Cirurgia Geral.

3 - A assistência desenvolve-se a partir da respectiva consulta, havendo capacidade de internamento para seis doentes, em duas enfermarias e num quarto individual. São os seguintes os critérios obrigatórios do acesso à primeira consulta. Ver quadro I.

4 - O recurso aos serviços da U.T.D. para os doentes que cumpram os critérios anteriores faz-se após contacto do médico assistente, se houver necessidade de estabelecer e/ou orientar o tratamento da dor crónica, e/ou para acompanhamento da situação terminal. Prevê-se o alargamento desta assistência aos doentes terminais com sida do mesmo distrito.

5 - O internamento é indicado basicamente para doentes com neoplasias terminais complexas, cujo tratamento é totalmente inviável no domicílio e/ou desajustado num serviço de doentes agudos, quando há necessidade de cuidados paliativos "agudos" ou quando há dificuldade no controlo da dor e/ou outros sintomas

no domicílio, incluindo desequilíbrios psicossociais graves pessoais ou na ligação familiar, e na situação terminal por vontade do doente ou quando o domicílio e/ou a envolvente social e económica não são adequados ao falecimento, com dignidade. As visitas dos familiares processam-se durante todo o dia, à excepção do período nocturno. Existe articulação com o serviço domiciliário do Hospital.

6 - Os doentes, após terem contacto com a U.T.D., passam a ser portadores de uma informação destinada ao médico de família e aos outros serviços de saúde potencialmente envolvidos, com o essencial do diagnóstico e a terapêutica paliativa instituída, de modo a facilitar a continuidade dos cuidados.

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.

7 - Todos os analgésicos estupefacientes estão centralizados na

farmácia do Hospital, abrangendo o ambulatório.

8 - No período dos cinco anos de funcionamento, foram assistidos 414 doentes, tendo sido directamente acompanhados na fase terminal 224, assim distribuídos (tendo em atenção as particularidades dos síndromas dolorosos). Ver quadro II.

Como indicador do progresso verificado na assistência destes doentes, refere-se a variação francamente positiva da quantidade de morfina utilizada, ou seja do medicamento de eleição que usamos para tratar a dor oncológica moderada e intensa da doença avançada. Do nosso ponto de vista, tal incremento significa uma maior atenção ao problema da dor e consequentemente um tratamento mais adequado. Este ganho reflectirá também a erosão do chamado mito da morfina.

9 - Embora se verifique o recurso crescente a este serviço, devemos realçar que vigora alguma indiferença sobre tal assistência, uma vez que

esta estrutura é única no distrito de Castelo Branco, onde morrem por ano cerca de 500 doentes, vítimas de cancro (502 em 1995, segundo a publicação "Risco de Morrer em 1995", da Direcção Geral de Saúde). Sabendo que a medicina paliativa não está desenvolvida entre nós, verificando-se habitualmente, na doença terminal, ou a medicina desproporcionada ou o abandono, é legítimo concluir que muitos destas pessoas continuam a não usufruir de tal benefício e alguns dos que já faleceram tiveram um fim de vida com maior sofrimento.

¹Richard Payne and Judith A. Paice, Cancer Pain Clinical Guidelines for Clinicians and Patients: Rationale, Barriers to Implementation, and Future Direction. In: Assessment and Treatment of Cancer Pain, IASP Press, 1998, p. 17.

* Chefe de serviço de Anestesiologia. Director do Serviço de Anestesiologia do Hospital Distrital do Fundão

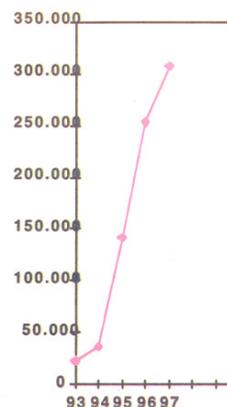
QUADRO I

- 1 Diagnóstico de neoplasia com confirmação histológica;
- 2 Documentação sobre a extensão da doença e informação sobre os tratamentos em curso e anteriores, bem como a indicação dos serviços envolvidos nesses tratamentos;
- 3 Indicação do médico de família;
- 4 Acompanhamento por familiar ou alguém que o substitua;
- 5 Ter residência no distrito de Castelo Branco.

QUADRO II

	1993	1994	1995	1996	1997
Cabeça e pescoço	6	5	13	8	8
Pulmão	1	3	4	4	2
Mama	1	5	4	4	4
Estômago	11	4	6	8	6
Pâncreas	1	1	6	5	3
Cólon/recto e ginecológico	7	9	3	12	15
Renal e bexiga	2	2	3	3	4
Próstata	3	1	2	3	4
Outros	4	4	7	5	9
TOTAIS	36	34	48	52	54

Consumo de MORFINA (em miligramas)



1993 - 22.810 mg
 1994 - 35.770 mg
 1995 - 141.430 mg
 1996 - 253.200 mg
 1997 - 307.010 mg

Evolução do consumo de morfina na U.T.D./H.D.F. (1993-1997)

Doentes falecidos por neoplasias na U.T.D./H.D.F. (1993-1997)