



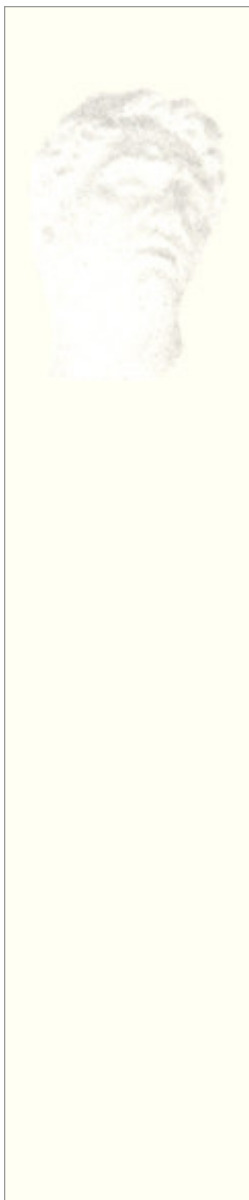
DOR ONCOLÓGICA E UNIDADES DE DOR



PREVENÇÃO E CUIDADOS
UNIDADE DE TRATAMENTO
DA DOR DO FUNDÃO

FUNDÃO 1999

**DOR ONCOLÓGICA
E UNIDADES DE DOR**



Patrocínio de:



Capa:

Imagem da Serra da Estrela e Cova da Beira

Edição:

Unidade de Tratamento da Dor do Hospital Distrital do Fundão

Direcção:

A. Lourenço Marques

Editor:

Daniel Cartucho

Grafismo:

Ilustrações: Ribeiro Farinha

Grafismo do Encontro: Teresa Carracho

Tipografia:

Gráfica do Tortosendo, Lda.

Rua dos Loureiros, nº 8 - Tortosendo - Tel. 275 195 14 54

Paginação:

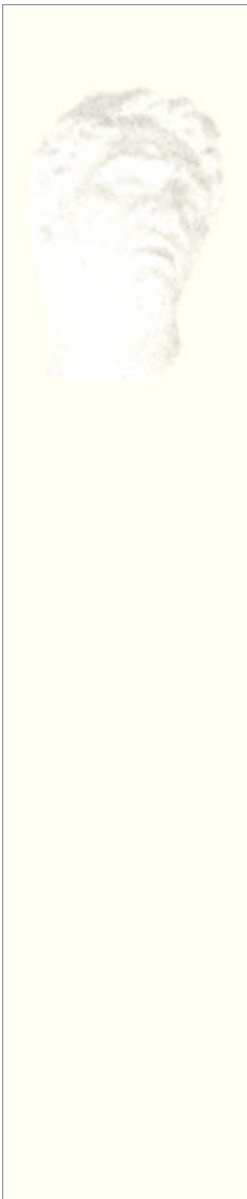
Paulo - Comunicação & Imagem

Castelo Branco - Tel. 272/ 34 29 11

Depósito Legal

Publicação:

Novembro de 1999



De maneira que nos ocupemos só da Dor. Admito, e com facilidade, que esta represente o pior acidente do nosso ser; sou o homem que menos a deseja neste mundo, por isso fujo dela e até agora - graças a Deus - não tive muita intimidade com ela. Mas cabe-nos, se não a aniquilarmos, pelo menos atenuá-la com paciência e, se o corpo se alterar por sua causa, manter a alma e a razão firmes ante o poder da sua negação.

Montaigne, *Ensaíos*, I, 14

Índice



I - Confluências

Dor Indizível 8
Ribeiro Farinha

“A Dor não é uma Flor é uma Raiz” 9
António Salvado

Da Génese de um Símbolo 10
Daniel Cartucho

Nos Limites da Dor 11
A. Lourenço Marques

«Chorar de Raiva pelo meu País» 13
Maria Augusta Silva

À Face da Dor 15
A. Lourenço Marques

Visita à Unidade de Tratamento da Dor 18
de Sua Ex.^a o Presidente da República

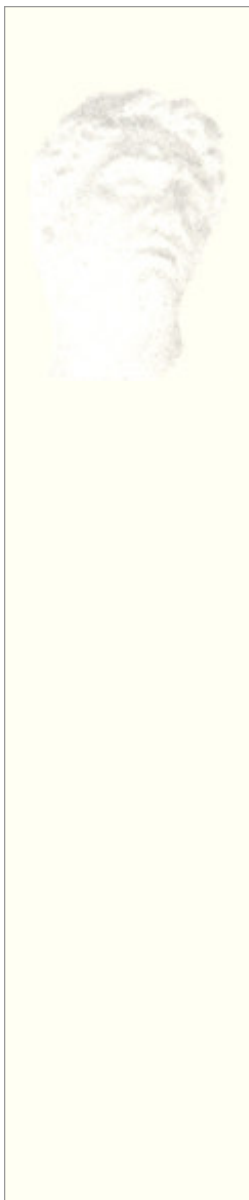
II - I Encontro sobre o Estudo e o Tratamento da Dor

Programa do I Encontro sobre o Estudo e o Tratamento da Dor 21

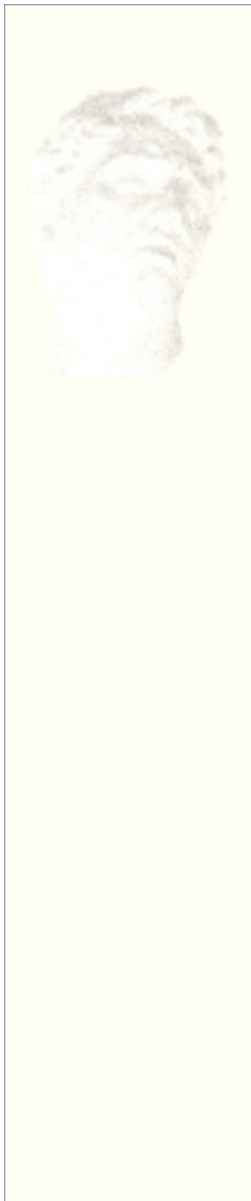
O Problema da Dor Oncológica e as Razões do Evento 25
Comissão Organizadora



Objectivos	28
<i>A. Lourenço Marques, Daniel Cartucho, Lurdes Borges, Eugénia André, Odete Miranda, Isabel Marques, Nelson Seabra</i>	
Um Bem para a População	29
<i>J. Reis Nunes</i>	
Depositária de um Património	30
<i>J. Santos Silva</i>	
III - Unidades de Dor e Dor oncológica	
Unidad del Dolor en el Enfermo Canceroso Terminal	35
<i>C. Muriel Villoria</i>	
Terapêutica da Dor em Portugal	52
<i>José Luís Portela</i>	
Unidade de Dor Crónica Oncológica do IPOFG-Centro do Porto	55
<i>Zeferino Bastos</i>	
A Consulta da Dor do Centro Regional de Oncologia de Coimbra	58
<i>Paula Capelo e Fernanda Curado</i>	
Dificuldades e Esperança no Tratamento da Dor	60
<i>Victor Coelho</i>	
Experiência na Terapêutica da Dor no Hospital do Fundão	62
<i>Gabriela Valadas, Lurdes Borges, Lurdes Soares, Daniel Cartucho, A. Lourenço Marques</i>	

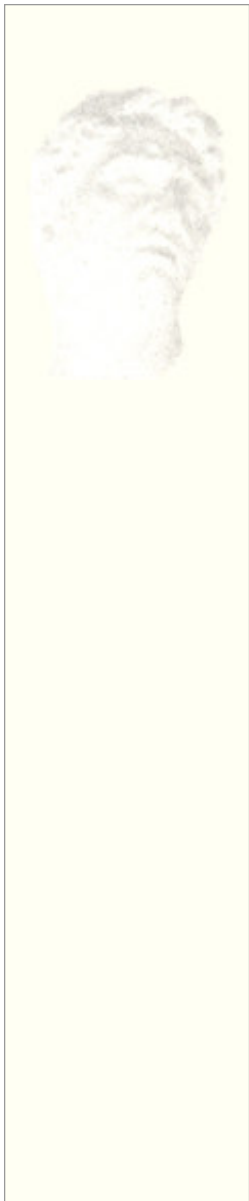


Terapêutica da Dor no Hospital Amato Lusitano <i>Rita Resende</i>	70
Unidades de Tratamento da Dor: que Possibilidades ou Dificuldades? <i>A. Lourenço Marques</i>	71
A Interface do Tratamento da Dor e a Medicina Paliativa <i>Isabel Galriça Neto</i>	75
A Imprensa e a Desocultação da Dor <i>Fernando Paulouro Neves</i>	77
A Dor Humana e o Mistério do Sofrimento <i>Daniel Serrão</i>	79
O Sentido Humano do Alívio da Dor <i>Pe. Victor Feytor Pinto</i>	84
Conclusões do I Encontro sobre o Estudo e o Tratamento da Dor	86
Participaram neste Livro	88

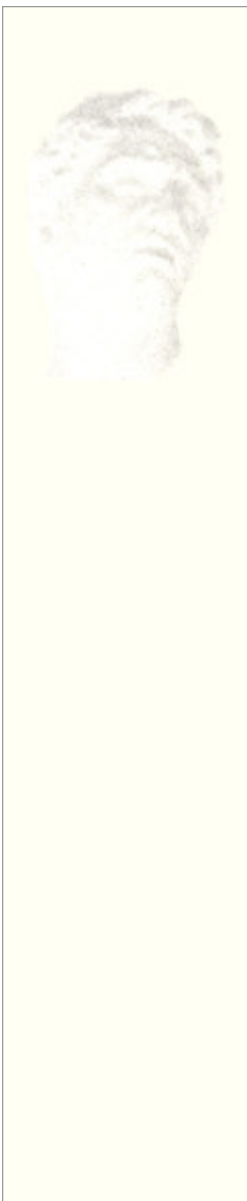


I

Confluências



Dor Indizível
Ribeiro Farinha



A DOR NÃO É UMA FLOR A DOR É UMA RAIZ

(Paul Monette)

António Salvado

.....

Nos meandros da alma, no tremor
do receio, e sem ninguém chamar,
surpresa indesejada: *ela* penetra,
pequeno roedor silencioso
nos túneis do abismo, e contagia
a claridade do sangue, despoja
a carne calma de qualquer calor,
devassa de repente o equilíbrio
da voz, do sonho, do largo percurso.
Companheira jamais pensada, vem
veloz no débil pequeno intervalo
entre a noite e o dia, feita reverso
duma estrela que deixou de brilhar,
e não batendo à porta acinza a casa,
envenena a água, esboroa o pão,
dominando absoluta sobre o cofre
do ser.
Onde a esperança de expulsá-la?

.....

DA GÊNESE DE UM SÍMBOLO

Dr. Daniel Cartucho



Um símbolo é uma representação, uma imagem, que sugere e transmite o fundamental de uma realidade e, ao mesmo tempo, lhe anuncia um outro plano de consciência diferente da evidência racional.

No símbolo que representa a Unidade de Tratamento da Dor do Fundão tomamos como primeira evidência a presença de uma árvore. Da árvore que transporta em si a ideia do **Cosmos vivo** em perpétua renovação. Símbolo da vida, em perpétua evolução com a alternância das estações e as várias metamorfoses que estas condicionam, com as raízes mergulhando na terra e de ramos elevados ao firmamento. Árvore da vida tão representada na iconografia deste distrito, Castelo Branco.

Em simultâneo, esta imagem da árvore foi colhida do frontispício de um dos livros de Amato Lusitano. Isto é, pretendemos também ancorar este símbolo a uma memória, elemento essencial da identidade de uma região. Simultaneamente é forma de lhe prestarmos homenagem e tomarmos consciência que somos hoje os continuadores de figuras cuja grandeza é inquestionável.

PRVDENTI LINITVR DOLOR. *O sapiente sabe apaziguar a dor.* Aquele que possui conhecimentos certos tem a responsabilidade de dominar o sofrimento, vencer as dores. E, também importante, assiste na morte aquele que, desta maneira, faz uma progressão serena e não dramática que o seu estado poderia fazer prever.

NOS LIMITES DA DOR

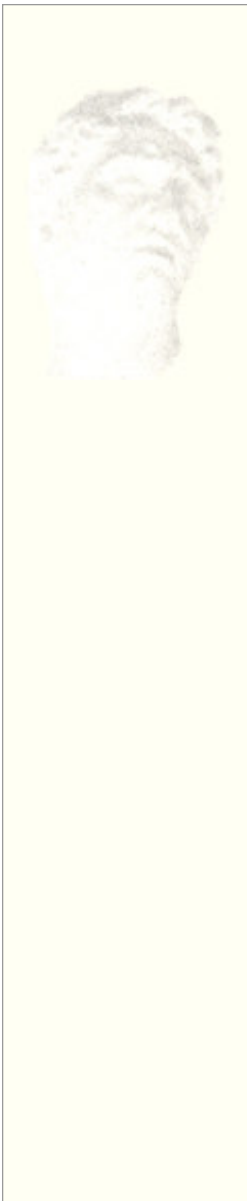
Dr. A. Lourenço Marques



O tratamento dos doentes com dor crónica só a partir dos últimos trinta anos passou a despertar um interesse mais vivo entre os profissionais de saúde. Vivemos ainda, de certo modo, num tempo em que os valores relacionados com o corpo se polarizam particularmente nos aspectos de robustez e de saúde exuberante. A nossa sensibilidade prefere a notícia dos sucessos terapêuticos da Medicina de agudos, detentora de drogas prodigiosas e de tecnologia deslumbrante, e procura esconder as outras realidades que se situam aparentemente nos limiares dos nossos fracassos.

Morrem anualmente muitos milhões de pessoas vitimadas por doenças incuráveis. É um pesado domínio que, por vezes, parece robuste cer-se por tempos de aflição. Ao cancro soma-se a sida. Inúmeros destes doentes que percorreram sem êxito os caminhos, que deviam ser redentores, da medicina de agudos, encontram-se, finalmente, cristalizados em experiências terríveis e assustadoras com dores incomensuráveis, na confluência de outras misérias que aviltam, se não forem cuidadas, a própria dignidade humana.

Uma grande revolução conceptual, motora da indispensável mudança da mentalidade, teve que se operar, previamente. A dor, tida habitualmente como sintoma e sinal de doença, passou, nesses casos de doenças incuráveis e irreversíveis, a ser assumida também como doença que admite tratamento, em grande medida eficaz. Já não há só a dor-sintoma que se esvai com a cura da doença causadora. Há também a dor-doença, cujo alívio obriga à execução de medidas terapêuticas dirigidas à própria dor.



Este, por sua vez, um campo de fulgurantes e promissores desenvolvimentos.

A vida finita, todos reconhecemos. Mas o que assusta deveras, não tanto a morte inevitável, mas a forma como se morre ou o morrer, tanto mais se implicar dor ou abandono.

É fundamental que os médicos e os restantes elementos que cuidam destes doentes lhes transmitam a confiança que a dor pode ser tratada, na grande maioria dos casos - e que para além disso e fundamentalmente - nunca serão abandonados.

Neste limite, a perfeição e o empenho dos cuidados assumem a mesma grandeza que os heróicos tratamentos nas unidades intensivas.

As Unidades de Tratamento da Dor não são pois um luxo ou um desperdício, mas sim uma exigência e um bom motivo de esperança.
(1992)

CHORAR DE RAIVA PELO MEU PAÍS

Maria Augusta Silva

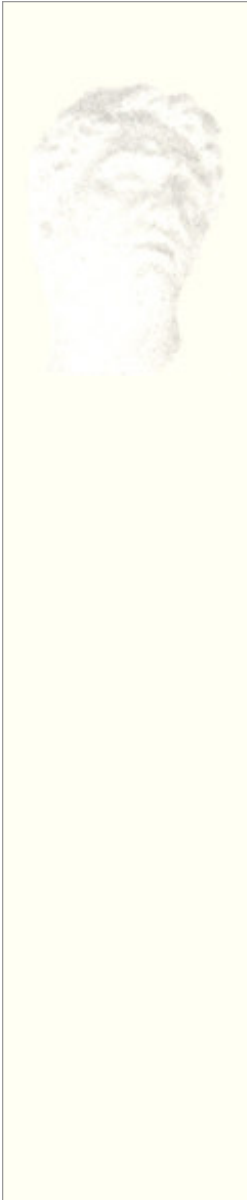


A Unidade de Tratamento da Dor, criada em 1992 no Hospital Distrital do Fundão, acolhe doentes oncológicos de patologia avançada ou em fase terminal. Doentes com dor crónica, que não podem ser doentes de ninguém. Recatada na luz da Beira Interior, uma referência obrigatória pela iniciativa pioneira que traduz a nível nacional. Uma referência, ainda, pela humanização de que dá exemplo enquanto estrutura de saúde pública e distante dos grandes centros do poder.

Tudo começou com a tortura do Casal da Serra. Um homem canceroso nos limites da angústia, do desespero e dor era empurrado de um lado para o outro, como quem atira um fardo ao lixo. Como quem lança despojos num poço. Como quem se livra, silenciosamente, da culpa colectiva que o individualismo adensa.

Alvaro Ramalho tinha o rosto a desfazer-se. Medonho. Disforme. Minado por um cancro inexorável. Resignado à solidão da desesperança, restavam-lhe como último conforto as paredes do seu quarto, a mulher, um filho de 11 anos e outro de 4 meses. E um sofrimento que a terapia desprezara.

Justiça à imprensa regional. Ao *Jornal do Fundão*, palavra transparente, corajosa e acutilante de Fernando Paulouro Neves. Em Maio de 1992, trazia a público a indignação pela forma como se deixava morrer, todos os dias, sem qualquer assistência médica, nem que fosse o gesto de fazer o curativo ou colocar um penso sobre a enorme chaga aberta naquele rosto indefeso, um ser humano, a quem fora dada alta para a morte.



Fernando Paulouro Neves sublinha, ao descrever tão doloroso quadro social: “Apetece-me chorar de raiva pelo meu País. Onde este tipo de crime acontece e fica impune”.

Na ímpar sensibilidade e sabedoria do povo, deverá dizer-se-lhe: *Nunca as mãos lhe doam* para acusar - como acusou sem rodeios nem temores - quantos deveriam prevenir estes dramas e ficam, sem vergonha, acomodados à demagogia (talvez agonia) de discursos de ocasião.

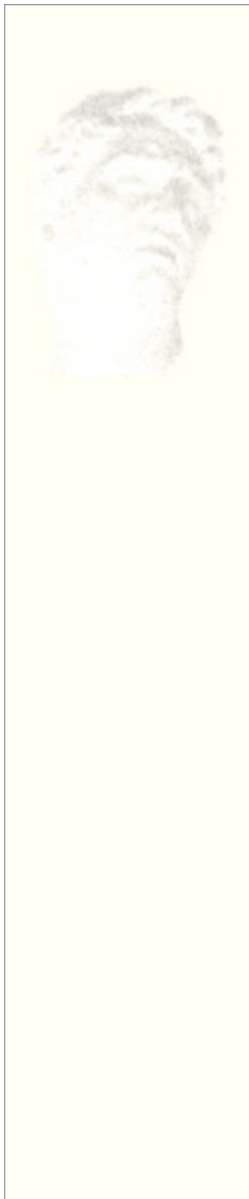
A FACE DA DOR

Dr. A. Lourenço Marques



Andrea Mantegna, no já longínquo tempo da segunda metade do século XV, registou, num fresco notável, uma das mais penetrantes representações da realidade da dor, entre as que porventura já foram alcançadas. Em *O martírio de São Cristóvão*, desenrolado num rigoroso cenário do mundo clássico, tão ao gosto deste pintor da Úmbria dos primórdios do renascimento, numa janela do imponente edifício marmóreo, sinal do poder terreno, observam-se dois personagens que, trocando o papel de meros espectadores do arrastamento do mártir decapitado, e em vez de condoídos como os especados noutras janelas, se associam ao drama com um drama pessoal de dor vivida na própria carne. O olho de um deles (o mesmo São Cristóvão do martírio?), acaba de ser trespassado por uma flecha, oriunda do céu, e o rosto mostra a expressão mais íntima da dor física que o ferimento súbito lhe provocou. Um grito liberta-se, lento e moído, antes do desfalecimento, da boca aberta obliquamente para o alto e a face patenteia um quase suspenso crispamento. Virado contra nós, observadores isentos daquele tempo, o outro personagem exhibe no perfil do rosto o horror da dor reflectida. Mais crispado, com um grito mais sonoro e que parece mais vivo, acode o acompanhante ferido. Comunga com a dor, que também sente sem ser a dele. As mãos cruzam-se. A do ferido, distendida ao extremo, na afronta. A do companheiro, mais branda, em jeito de protecção e acolhimento. O rosto e a mão de cada um deles, observados em conjunto, dão a plenitude do significado desse acontecimento singular que estão a viver.

É verdade que tanto as mãos como a face espelham algo da essência do sofrimento associado à dor. É no cruzamento de todas estas expressões (e se ouvíssemos as palavras!) que captamos o profundo dizer de uma realidade secreta, solitária e íntima, nascida no desarranjo real ou potencial das estruturas do corpo e matizada por um sem número

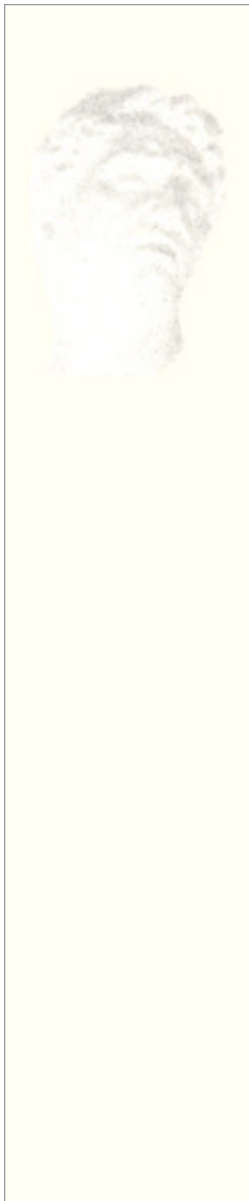


de influências, tanto internas como exteriores, desde a memória das experiências, aos ritmos do tempo e dos sons, aos contactos humanos, às culturas diversificadas e aos caldos bioquímicos que então segregamos, entre tantas outras. Às vezes, a perturbação primeira nem sequer se inscreve nos domínios claros da corporalidade. Mas mesmo assim dói. E o rosto, como os outros gestos de igual modo, não trai essa vivência, exprimindo porventura até uma maior brutalidade, como se a dor que não tem ferida precisasse de doer ainda mais.

O progresso dos conhecimentos sobre os mecanismos da dor é hoje vertiginoso. Sabe-se naturalmente melhor o que se passa quando existe a lesão dos tecidos. Os sinais dolorosos aí gerados correm para o cérebro por múltiplas vias nervosas que dispõem de variadíssimos mecanismos modificadores, até serem interpretados pela consciência como algo desagradável e perturbante. Às repercussões emocionais são evidentes. Quem não sente medo perante esta experiência? Ou ansiedade quando a sua revelação é misteriosa? Ou então, quando persiste indefinidamente, em certas doenças incuráveis, como pode significar puro terror, angústia intransponível, desespero aniquilador? A não ser que os benefícios da medicina sejam efectivamente aplicados, o que não é assim tão vulgar nestes casos. Antes pelo contrário! À medicina de hoje ainda interessa mais a doença que o sofrimento.

Disse o cirurgião francês René Leriche que “a dor mais fácil de suportar é a dos outros”. No entanto, ainda são os rostos dolorosos que mais estremecem a apatia. Penso que os rostos das pietás sempre comoveram, mesmo os insensíveis. E se a dor perder a própria face? Como se suporta então? Como se revela em toda a sua plenitude? Como se mostra sem o jogo engenhoso mantido com a mímica das mãos e dos trejeitos?

Foi o caso de uma doente em que a face aos poucos soçobrou. Uma lesão, que teve com certeza um princípio ínfimo, como qualquer princípio, só que oculto durante tempos desconhecidos, havia de fazer ruir a própria face. Quando a mulher da Beira descobriu a doença, achou-a desprezível e minimizada pelo seu entendimento. Um pequeno sinal, tão silencioso, tão discreto no alto da fronte, que poderia até acrescentar alguma beleza ao rosto feminino, não fosse a rudeza da pele tisonada pelo ar áspero sentido desde as primeiras horas da manhã até ao fusco-fusco de todos



os dias, no trabalho dos campos, não mereceu de facto importância. Mas aos poucos cresceu e entumeceu como se um pequeno ser lá dentro comesse farta comida e precisasse mesmo de adaptar a casa. O corno, vermelho, rugoso e já verdadeiramente estranho, de onde partia uma sensação também estranha, por vezes quente e desagradável, disfarçando ao de leve uma dor indefinida, obrigou ao exame. Beliscada pela pinça e estudada, a excrescência revelou-se a parte visível de um cancro fulgurante. Infelizmente, a doente não quis o tratamento radical da faca, em princípio salvador. Não a convenceram e aos poucos a ferida alastrou e a tal dor, que quando surgiu mal parecia ser ou se escondia, tornou-se constante, seca e acerada. A própria face, onde a violência acontecia, transtornou-se. A contracção dos músculos e o brilho dos olhos denotavam o sofrimento que se instalara para sempre e que então só já era apaziguado pela morfina. Ficou a fronte descarnada. As sobrancelhas do lado direito sumiram-se. Depois a vista. A vista! já baça, sem luz que a atravessasse para a maravilha da visão, também se esfumou. E ainda depois o nariz e a outra vista. Meu Deus! Era como se uma explosão ao retardador tivesse lambido todos os traços do rosto, levando a carne até aos ossos. Sem o enfeixamento das ligaduras asseme-lhava-se a uma qualquer imagem obscena, de rostos desfeitos pela violência vulgarizados nos ecrãs da televisão.

É certo que ficaram a fala e as mãos. Mas sem luz que esclarecesse o mundo exterior, fertilizante do discurso, ou seja com o mundo quase abolido, apenas tocado no parco contacto humano da cama do hospital, também as palavras se retraíram.

As mãos. Permaneceram quentes até ao fim.

Valia tocar-lhes. E quando a dor crescia, o aperto mais vivo e as poucas palavras remanescentes ditavam o reforço do único alívio que só a morfina crescente podia propiciar. Digamos, porém, que a ausência do rosto para afirmar a dor ou a paz, num caso tão consumado, foi verdadeiramente o arrombo mais cruel.

VISITA À UNIDADE DE TRATAMENTO DA DOR DE SUA EX.^a O PRESIDENTE DA REPÚBLICA



Há momentos altos na vida de uma instituição. A visita de sua Ex.^a o Presidente da República, Dr. Jorge Sampaio, no dia 26 de Julho de 1999, à Unidade da Dor do Hospital do Fundão, foi um desses momentos. De acordo com as suas palavras, tratou-se de um reconhecimento e um estímulo para o trabalho que aqui se vem desenvolvendo.

Do discurso que então proferiu respigamos algumas passagens que enquadram esta sua visita à Unidade. Mantivemos nesta transcrição das suas palavras a forma coloquial que lhes imprimiu, não lhe retirando, portanto, nesta passagem a texto escrito algum do entusiasmo que quis, e soube, transmitir aos que vêm desenvolvendo este trabalho.

(...)

O Hospital Distrital do Fundão, trata-se de um Hospital pequeno e não de um pequeno Hospital. E esta frase, tão simples, é uma frase essencial para aquilo que os portugueses esperam dos seus serviços de saúde, do Serviço Nacional de Saúde, e que é hoje uma das grandes expectativas dos cidadãos em Portugal. Temos direito à saúde, temos direito a ver as nossas expectativas nesse domínio resolvidas e sabemos que há dificuldades na sua resolução.

Porque é que eu quis vir ao Hospital do Fundão?

Em primeiro lugar, porque devo estar bem informado. É para isso que existe a Presidência da República e acho que estou bem informado. Em segundo, porque V.Ex.^{as} têm, para além daquilo que no dia a dia se verifica, mas que tudo leva a crer que é muito bom, a chamada humanização, na relação entre os doentes, os médicos e os enfermeiros.

Mas V. Ex.^{as} têm aquilo que agora se designa como excelentes números. Isto é, quando sabemos que em muitos pontos do país as listas de espera são o que são, e quando sabemos que as conflitualidades são o que são, é extremamente reconfortante saber que há aqui um

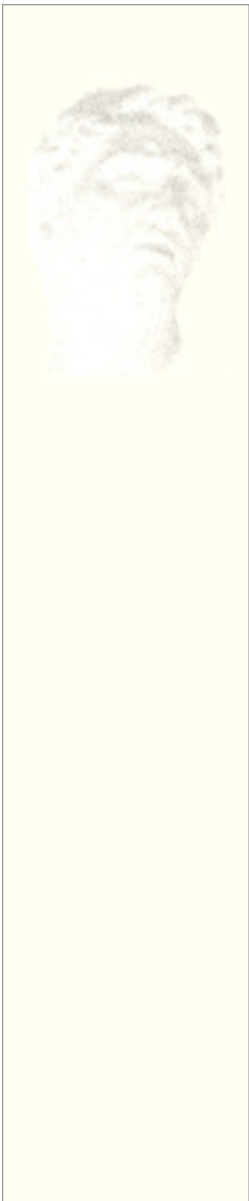
esforço com poucos profissionais, para dar resposta, e resposta rápida com rotação certamente significativa, às pessoas que demandam a assistência hospitalar.

E se V. Ex.^{as} terão reparado noutra número, ainda mais importante, porque é o mais difícil deles todos, que é sabermos que no Hospital Distrital do Fundão, que serve uma população de 35 a 37 mil pessoas, há 36 mil urgências por ano.

O que significa que cada habitante, em média, tem uma urgência para si próprio no Hospital do Fundão. Tiro-lhes o meu chapéu se o tivesse, mas é evidente que isto não é possível de aguentar durante muito tempo. E esta é uma das grandes questões que têm aqui à vossa porta. Faço um particular apelo à comunicação social, para não reagirmos logo à primeira impressão, porque é tanta a urgência que é extraordinariamente pesada num Hospital Distrital do Fundão que tem doentes acamados, tem cirurgia com lista de espera com pouco tempo, medicina geral, também tem, além disto, as urgências com este número impressionante. (...) Como eu sabia que estes vossos números eram bons, quero-vos saudar.

Eu que tenho a obrigação de saber bastante, pelo menos como leitor atento, quero também saudar-vos pela Unidade de Tratamento da Dor e à dimensão científica que esta Unidade está a procurar imprimir a si própria e às suas potenciais congéneres. É um elemento muito importante das nossas vidas e da solidariedade que elas devem representar, saber em que medida nós sabemos cuidar daqueles doentes que já só podem sofrer até falecer. Isto é um elemento importante do ponto de vista humano e quero saudar aqueles que, tendo-a concebido, realizam esta Unidade da Dor e da forma como o estão a fazer.

Hospital Distrital do Fundão, 26 de julho de 1999.



II
Encontro sobre o Estudo
e o Tratamento da Dor

I ENCONTRO SOBRE O ESTUDO E O TRATAMENTO DA DOR



PRVDENTI. LINITVR. DOLOR
UNIDADE DE TRATAMENTO
DA DOR DO FUNDÃO

UNIVERSIDADE
DA BEIRA INTERIOR

22 OUTUBRO 1999

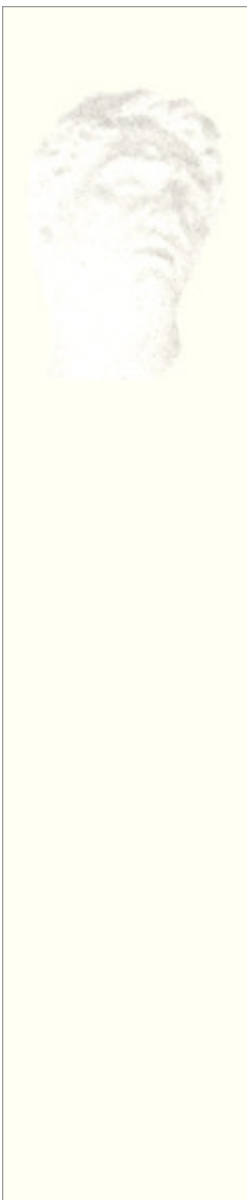
UNIDADES DE DOR E DOR ONCOLÓGICA



Organização: Serviço de Anestesiologia Unidade de Dor • Hospital Distrital do Fundão
Secretariado: Av. Adolfo Portela - 6230 FUNDÃO Tel. 075. 75 11 48 Fax. 075. 75 10 57
e-mail: encontro_dor@hotmail.com

Cooperação
aufo-labor 3a



**Organização**

Serviço de Anestesiologia Unidade de Tratamento da Dor
Hospital Distrital do Fundão

Presidente do Encontro

Dr. Lourenço Marques

Secretário - Geral

Dr. Daniel Cartucho

Comissão Organizadora

Dr.^a Lurdes Borges

Dr.^a Eugénia André

Dr.^a Odete Miranda

Dr.^a Isabel Marques

Dr. Nelson Seabra

Secretariado:

Teresa Sampaio, Maria Cândida, Irene Simões
Hospital Distrital do Fundão, Av. Adolfo Portela - 6230 Fundão
Telef. 075.751148, Fax 075.751057, E-mail:
encontro_dor@hotmail.com

Patrocínio:

Reitoria da Universidade da Beira Interior
Governo Civil de Castelo Branco

Apoio:

Câmara Municipal do Fundão
A.R.S. - Castelo Branco
Hospital Distrital do Fundão

Euro-labor - Grünenthal
Janssen-Cilag
Asta Médica
Roche Farmacêutica
Centro Médico de Castelo Branco

22 de Outubro de 1999

Universidade da Beira Interior
Auditório 6.1

9.15h SESSÃO DE ABERTURA

9.30 CONFERÊNCIA INAUGURAL

Unidad del Dolor en el enfermo canceroso terminal

Prof. Muriel Villoria, *Catedrático e Chefe de Serviço de Anestesiologia, Reanimação e Terapêutica da Dor.*

Faculdade de Medicina e Hospital Universitário de Salamanca. Presidente eleito da Sociedad Española del Dolor.

10.15h PAUSA PARA CAFÉ

10.30h MESA REDONDA

A Experiência na Terapêutica da Dor em Portugal

Coordenação - Dr. José Luís Portela, *Director do Departamento de Anestesia e da Unidade de Tratamento da Dor do I.P.O. de Lisboa.*

Instituto Português de Oncologia de Lisboa

Dr. *José Luis Portela*

Instituto Português de Oncologia do Porto

Dr. *Zeferino Bastos*

Instituto Português de Oncologia de Coimbra

Dr.^a *Fernanda Curado* e Dr.^a *Paula Capelo*

Hospitais da Universidade de Coimbra

Dr. *Victor Coelho*

Hospital de Sousa Martins

Dr. *Dias Costa*

Hospital Distrital da Covilhã

Dr. *Tavares Vieira*

Hospital Distrital do Fundão

Dr.^a *Gabriela Valadas*, Dr.^a *Lurdes Borges*, Enf. *Lurdes Soares* e Dr. *Lourenço Marques*

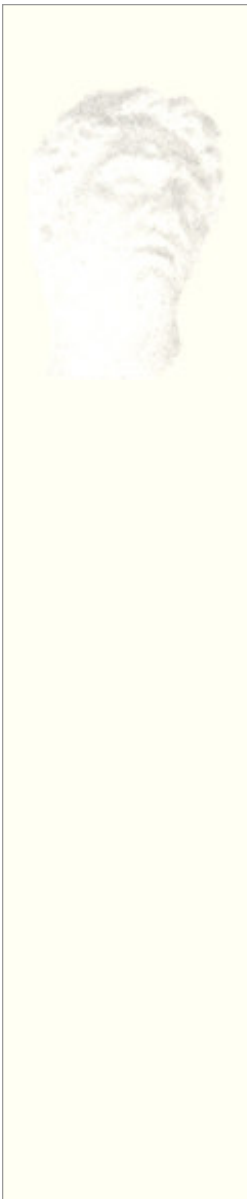
Hospital Amato Lusitano

Dr.^a *Rita Resende*

13.00 Almoço

14.30 A INTERFACE DO TRATAMENTO DA DOR E A MEDICINA PALIATIVA

Dr.^a *Isabel Galriça Neto*, *Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar.*
Coordenadora da Equipa Sub-regional de Saúde de Lisboa do Projecto de Cuidados Continuados



15.15 A INFORMAÇÃO E A DESOCULTAÇÃO DA DOR

Dr. Fernando Paulouro Neves, Chefe de redacção do Jornal do Fundão

16.00 PAUSA PARA CAFÉ

16.15 O SENTIDO HUMANO DO ALÍVIO DA DOR

Padre Feytor Pinto

17.00 SESSÃO DE ENCERRAMENTO COM LEITURA DAS CONCLUSÕES

17.15 Actuação do Grupo Coral Intermezzo

17.30 INAUGURAÇÃO DA EXPOSIÇÃO DE ARTES PLÁSTICAS ALUSIVA À DOR

Galeria do Museu dos Lanifícios, UBI - Polo 1

5 de Novembro de 1999

Universidade da Beira Interior **Anfiteatro 1**

Se a ciência explica o como das coisas, abre, por sua vez, ainda mais a vastidão do universo dos porquês. Assim, nesta sessão, procuramos completar o conhecimento do complexo campo da Dor, aclarando-a através da discussão de outros aspectos essenciais como é o caso dos valores. A presença de alguém com sólida formação científica mas que, ao mesmo tempo, tem uma visão essencial do problema constitui o outro pilar neste arco que mediou o tempo da elaboração deste livro. Motiva-nos o desejo de deixar um testemunho escrito do que então foi dito.

10.00 h VISITA GUIADA À EXPOSIÇÃO DE ARTES PLÁSTICAS INTEGRADA NO ENCONTRO

11.30h CONFERÊNCIA

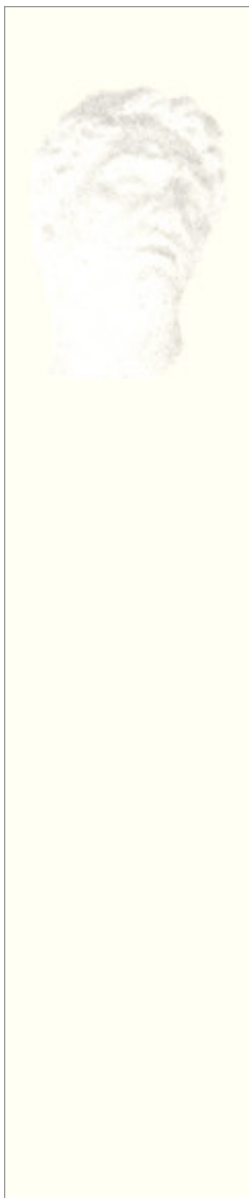
Perspectiva Ética no Tratamento da Dor

Prof. Doutor Daniel Serrão, Catedrático da Faculdade de Medicina do Porto, Membro do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, Membro de várias comissões internacionais para a Bioética (Conselho da Europa, UNESCO, Academia Pontifícia).

12.00 h LANÇAMENTO DO LIVRO *DOR ONCOLÓGICA E UNIDADES DE DOR*, COM AS ACTAS DO ENCONTRO

O PROBLEMA DA DOR ONCOLÓGICA E AS RAZÕES DO EVENTO

A Comissão Organizadora



O papel das unidades de dor na tarefa de aliviar a dor oncológica foi o tema escolhido para o I Encontro sobre o Estudo e o Tratamento da Dor a decorrer nas acolhedoras instalações da Universidade da Beira Interior. Esta relação das clínicas de tratamento da dor com uma das experiências mais complexas por que passa o doente com cancro, em particular, nas fases últimas da vida, tem estado sujeita a uma particular evolução, com pontos em que a controvérsia ainda existe, o que pode ser saudável se isso estimular a discussão sobre o tema. Assim, neste primeiro fórum que aqui realizamos sobre a Dor, pretendemos que o debate, a troca de ideias e o cruzamento de experiências ajudem a clarificar melhor a importante questão.

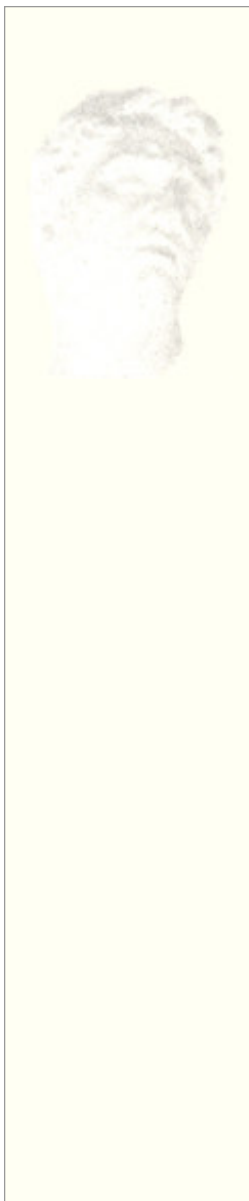
Partimos do princípio que é um tema oportuno, o que se confirmará no decorrer dos trabalhos. No entanto, a adesão de todos os ilustres conferencistas convidados traduziu, desde logo, uma sensibilidade própria, muito atenta ao problema. Também a presença de tantos participantes significa, não temos dúvidas, um grande interesse pelo mesmo.

E porque é que isto acontece? Entre as várias razões que do nosso ponto de vista o podem justificar, destacamos, em particular, duas:

Em primeiro lugar, porque se trata de um sintoma bastante comum.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, existem hoje, em todo o mundo, cerca de 14 milhões de doentes com cancro. Esta doença causa a morte, entre todos os que são atingidas, em média a 60% das mulheres e a 67% dos homens. Anote-se ainda que, globalmente, a incidência do cancro está a aumentar, verificando-se os maiores valores nos países em vias de desenvolvimento.

Se tivermos em conta a realidade mais próxima, ou seja, a do distrito



de Castelo Branco, onde nos situamos, morrem aqui, por ano, por tumores malignos cerca de meio milhar de indivíduos. Em 1997, esta foi a causa do óbito de 497 pessoas e, usando uma fórmula apropriada, estima-se que, nesse ano, apareceram cerca de 1200 novos casos. Durante as fases de tratamento activo, a dor existe entre 30-50% dos casos. Nas fases avançadas, pode chegar aos 90%, com uma intensidade de moderada a intensa.

Uma segunda razão que, do nosso ponto de vista, justifica o interesse actual à volta da questão da dor oncológica, é o facto de se saber que esta dor tem tratamento ou alívio na grande maioria dos casos, com o recurso a meios relativamente simples, nomeadamente, utilizando vias fáceis de administração dos medicamentos. Sabe-se que cerca de 90% de todas as dores oncológicas podem assim ser resolvidas.

Porém, infelizmente, este sucesso não se verifica de uma forma generalizada. Nos países mais desenvolvidos, o tratamento eficaz beneficia apenas cerca de 50% dos doentes e há países pobres em que tal índice não se eleva além dos 10%.

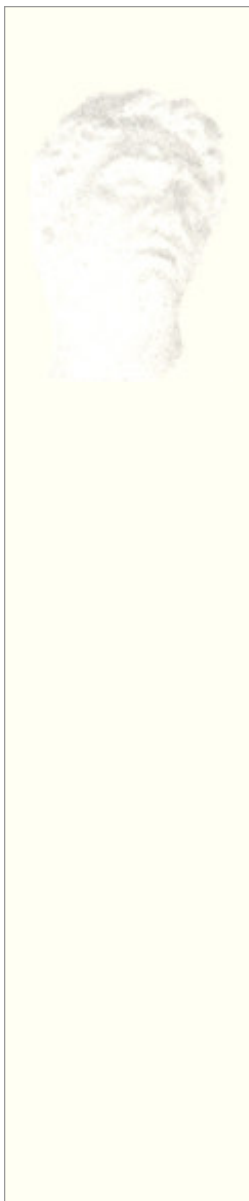
A vontade de lutar contra esta situação é, pois, um forte motivo para justificar o interesse que hoje observamos.

O alívio da dor oncológica tem uma posição central no tratamento paliativo dos doentes. Até porque é um sintoma que tem uma relação directa com o sofrimento, realidade íntima que se prende às outras dimensões do ser humano. Tratar a dor implica ter em atenção todos os outros aspectos causadores do sofrimento, na perspectiva da medicina dos cuidados paliativos, onde confluem diversas áreas do conhecimento a justificar a abordagem multidisciplinar.

Mas então porque é que tratar a dor do cancro de uma forma generalizada não é uma prática comum, entre nós?

As dificuldades existentes no tratamento da dor crónica, ou sejam as célebres barreiras, estão identificadas em muitos países e podem ser extrapoladas para a situação geral. A educação é considerada a base fundamental do problema. Considera-se que a formação adequada dos profissionais de saúde constitui o passo essencial para o progresso desejado.

Este 1 Encontro sobre o Estudo e o Tratamento da Dor tem assim, entre os seus objectivos principais, a sensibilização para a questão da



dor entre os profissionais que já contactam com estes doentes ou que o venham a fazer no futuro. Juntar experiências significativas, vindas de fora da nossa região, com as experiências locais, no sentido de procurar modelos operacionais susceptíveis de funcionarem com êxito, tendo em conta as nossas próprias condições e características culturais, é outro importante objectivo do Encontro.

Se quisermos resumir, basta dizer apenas que aliviar a dor, uma obrigação de natureza genuinamente médica, significa tão simplesmente cumprir o sentido humano obrigatório da nossa actividade.

Esta iniciativa do 1 Encontro sobre o Estudo e o Tratamento da Dor só pôde concretizar-se porque o Conselho de Administração do Hospital Distrital do Fundão compreendeu de imediato o seu alcance e a apoiou sem reservas.

Um acolhimento estimulante e muito afectuoso foi-nos também dispensado, desde logo, pelo Magnífico Reitor da Universidade da Beira Interior, disponibilizando-nos todos os meios necessários localmente à concretização dos trabalhos, com grande empenho na própria organização.

Depois tivemos outros imprescindíveis apoios:

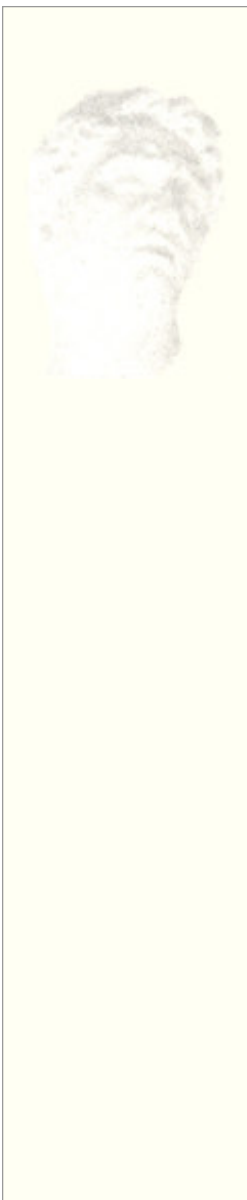
do Exm^o Senhor Governador Civil do Distrito, da Câmara Municipal do Fundão e da Exm^a Senhora Coordenadora da Sub-região de Saúde de Castelo Branco.

A todos o nosso bem-hajam, à medida da grandeza dos apoios, que foi sempre grande.

Não podemos ainda esquecer, nestes agradecimentos, a Indústria Farmacêutica, com destaque para a Janssen-Cilag, a Grunenthal, a Asta Médica e a Roche Farmacêutica, que deram também um apoio logístico e económico imprescindível à concretização do evento, em todas as suas vertentes.

E porque se trata de uma realização múltipla - Encontro, Exposição de Arte e Livro - abrangemos ainda neste reconhecimento todos os outros que também a tornaram possível - os conferencistas, os artistas plásticos e todos vós que nos distinguis com a presença e a participação.

I ENCONTRO SOBRE O ESTUDO E O TRATAMENTO DA DOR



A terapêutica da dor, com os procedimentos próprios do nosso tempo e da excelência que a Medicina atingiu, deve constituir, no nosso entender, uma preocupação maior. A dor constitui o sintoma dominante na maioria dos doentes com neoplasias incuráveis. 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. Entre nós, parece-nos que um dos motivos fundamentais tem por base uma deficiente formação e sensibilização sobre o problema.

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 cultura médica, virada para o sucesso da cura das doenças, não admite bem o chamado “fracasso terapêutico” ou, seja, a realidade das doenças incuráveis ou terminais. Essas dores que persistem, porque a doença causadora escapou de vez ao ataque da medicina, podem porém sucumbir às armas da mesma medicina. Assim, são objectivos deste I Encontro sobre o Estudo e Tratamento da Dor:

1. Difundir uma sensibilização adequada para a terapêutica da dor.
2. Promover uma abordagem concreta de um modelo organizativo possível entre nós.
3. Recentrar numa perspectiva humanista a medicina contemporânea.

Dr. A. Lourenço Marques

Dr. Daniel Cartucho

Dr^a. Lurdes Borges

Dr^a. Eugénia André

Dr^a. Isabel Marques

Dr^a. Odete Miranda

Dr. Nelson Seabra

UM BEM PARA A POPULAÇÃO

Dr. J. Reis Nunes



A realização do “I Encontro de Estudo e Tratamento da Dor” constitui, no meu entender, um marco importante no panorama da Saúde a nível local, regional e nacional não só pela excelência da organização como também pela premência dos temas abordados e do valor indiscutível das comunicações e seus prelectores.

O Tratamento da Dor, que constitui aliás uma das preocupações do actual Ministério da Saúde, deverá ser encarado nesta Sub-Região de Saúde como um problema que diz respeito a todos, tendo como referência a Unidade de Tratamento da Dor do Hospital Distrital do Fundão, quer pela experiência já acumulada ao longo destes anos, quer pela disponibilidade organizada em termos de resposta adequada, com relevo para a possibilidade de internamento autonomizado.

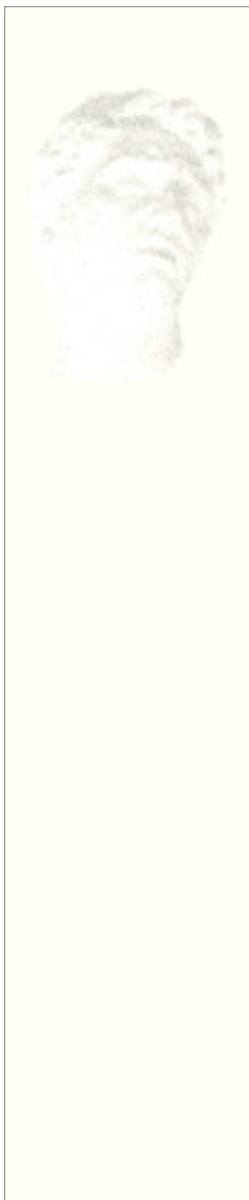
A partir desta data, nada poderá ficar no imobilismo!

Os responsáveis pela Saúde a nível local, regional ou nacional não poderão ignorar esta realidade, devendo retirar os devidos ensinamentos para projectar para o futuro (é já amanhã!) as medidas tendentes à resolução de um problema de Saúde Pública, que todos os dias vê aumentar o seu número e para o qual é urgente dar uma resposta adequada.

Neste particular, esta Unidade no Hospital Distrital do Fundão é sobejamente reconhecida pela população que serve, que a entende como um bem insubstituível, o que justifica, só por si, o apoio que o Conselho de Administração continua a colocar na sua continuação e implementação.

DEPOSITÁRIA DE UM PATRIMÓNIO

Prof. Doutor J. Santos Silva



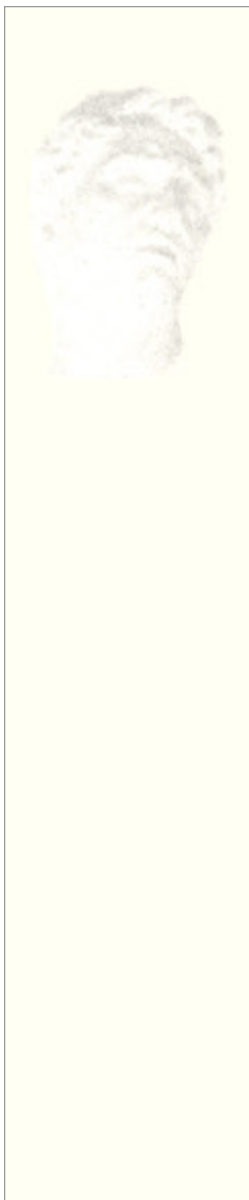
Em nome da Universidade da Beira Interior e em meu nome pessoal, gostaria, antes de mais, de apresentar os meus cumprimentos a todos os presentes e formular votos de boas-vindas aos participantes deste 1º Encontro sobre o Estudo e o Tratamento da Dor.

Constitui para nós uma grande honra o facto de sermos os anfitriões desta iniciativa e podermos receber, nesta Universidade, tão elevado número de especialistas e profissionais no domínio da saúde.

Pediram-me que falasse um pouco acerca da Universidade da Beira Interior como depositária de um património. Na verdade, não é tão fácil como parece discorrer acerca deste tema, pois, no caso da UBI, a palavra património assume também o carácter de “motor de desenvolvimento”, ao serviço do progresso da cidade e da região em que está inserida. É que, apesar da UBI ser uma das mais jovens instituições de ensino superior em Portugal, desde o início que compreendeu e assumiu as suas responsabilidades perante a região em que se encontra inserida.

O aspecto mais visível do património da UBI diz respeito à requalificação urbana: com uma área bruta construída e em construção que ultrapassa os 130.000 m², a UBI adoptou o princípio de se instalar em antigos edifícios históricos e fabris, de que o Convento de Santo António (Séc. XVI) e a pombalina Real Fábrica dos Panos são apenas exemplo. A recuperação e adaptação de cerca de uma dezena de edifícios foi, sem dúvida, uma opção mais dispendiosa para a Universidade, mas que trouxe grandes benefícios à cidade, em termos de impacto urbanístico.

A preservação da memória industrial, que implicou a recuperação destes edifícios, fez com que a UBI levasse ainda mais longe o seu compromisso, com a criação do Museu de Lanifícios, que desde já os convido a visitar. Com efeito, a história da Covilhã está intimamente



ligada a esta indústria, o que tornou possível a criação de diversos núcleos museológicos, implantados nos próprios edifícios e terrenos onde esta actividade era levada a efeito.

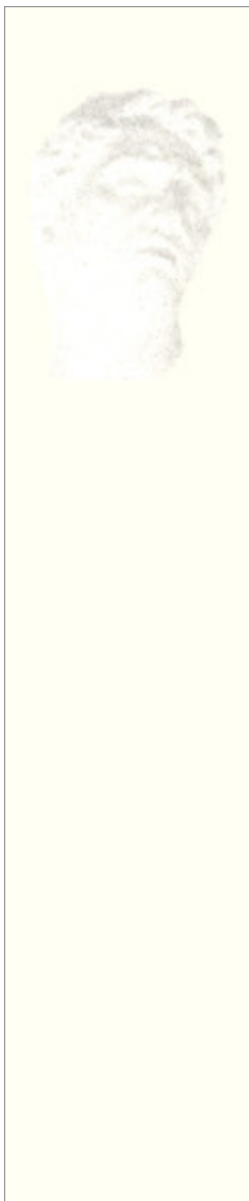
Uma coisa leva a outra, e hoje o Museu dispõe já de um Centro de Documentação/Arquivo Histórico que tem permitido reunir uma diversidade de documentos e sistematizar a evolução dos tecidos e dos lanifícios.

Mas a importância da Universidade é muito mais vasta e abrangente. Numa cidade com cerca de 40 mil habitantes, os cerca de 4200 alunos que a frequentam, na sua maioria oriundos de outras zonas do País, associados a um total de 350 docentes e 330 funcionários, incluindo os dos Serviços de Acção Social, mostram bem o impacto causado, quer ao nível financeiro, quer ao nível da qualificação dos meios humanos, através da captação e fixação, na região, de técnicos e especialistas das diversas áreas. E este factor tem como causa e consequência a criação de outro tipo de património, o património científico e cultural.

É por todos reconhecida a qualidade das modernas infra-estruturas de ensino e investigação da UBI - onde se insere uma multiplicidade de laboratórios, oficinas, meios bibliográficos e computacionais - e que permitem prestar apoio técnico a empresas e organismos da região.

A UBI oferece, actualmente, um leque de 21 licenciaturas, das Ciências Exactas às Artes e Letras, passando pelas Ciências da Engenharia e pelas Ciências Sociais e Humanas. Dentro em breve, esperamos dar início à licenciatura em Medicina, no âmbito da Faculdade de Ciências da Saúde, de que falarei mais adiante. Por outro lado, ao nível da pós-graduação, são ministrados na UBI diversos cursos de mestrado, de extensão e de especialização, além de dezanove áreas de doutoramento.

Mas uma Universidade tem que ter um carácter nacional, não pode limitar-se apenas à região circundante. Nessa medida, desde a sua criação como Instituto Politécnico da Covilhã, em 1973, no âmbito da chamada "reforma Veiga Simão" até à sua passagem a Instituto Universitário, em 1979 e, posteriormente, em 1986, a Universidade, esta Instituição tem procurado estabelecer meios de colaboração com outros organismos, o que se cifra já num total de cerca de 200 Protocolos de Cooperação, na sua maioria com Instituições e empresas de âmbito nacional e internacional.



Para não tornar exaustiva a descrição do que representa actualmente a Universidade da Beira Interior, e atendendo ao carácter científico deste Encontro, permitam-me que fale agora um pouco deste grande desafio que para nós representa a implementação da nova Faculdade de Ciências da Saúde, e que irá implicar a congregação de esforços entre a Universidade e as diversas infra-estruturas de saúde de toda a região.

O projecto da licenciatura em Medicina da Universidade da Beira Interior tem como filosofia de base a associação de uma formação integral e de qualidade em Medicina, num contexto humanista, a uma forte componente de preparação prática de investigação em Ciências Médicas. Esta filosofia vem ao encontro da orientação que, desde o início, tem vindo a ser seguida nesta Universidade para os restantes cursos ministrados e que está na origem da instalação de laboratórios devidamente equipados com as mais recentes inovações tecnológicas.

Assim, e sem querer fazer uma descrição exaustiva do projecto da Licenciatura em Medicina, pretende-se proporcionar uma integração progressiva do aluno no mundo da Medicina, através do contacto precoce com a realidade clínica da Medicina Familiar, Saúde Pública e Medicina Hospitalar. Esta preparação prática tem início logo no primeiro ano, prosseguindo ao longo de toda a licenciatura.

A estrutura do curso, de tipo modular, reflecte a prioridade dada à vivência dos problemas através dum grande peso da componente prática, que pretende incluir, desde a formação inicial, a indispensável relação entre a ciência teórica e a ciência aplicada ao Homem. O método de ensino-aprendizagem reflectirá as novas tendências de ensino utilizadas nas mais reputadas faculdades de Medicina estrangeiras, com recurso à integração de conteúdos e ao chamado PBL - método de aprendizagem baseado em problemas.

Saliente-se que a tarefa da UBI no campo das Ciências da Saúde não irá ficar circunscrita à formação de licenciados em Medicina. Tal não faria sentido sem criar outros cursos no âmbito das tecnologias da saúde e da saúde pública, que permitam não só ampliar o leque de profissionais especializados nas diversas áreas das Ciências da Saúde, como promover a fixação dos mesmos numa região tão carenciada como é a Beira Interior.



Estamos certos que a criação de uma Faculdade de Ciências da Saúde no interior do País servirá como factor de atracção e fixação de quadros académicos e médicos de elevada qualidade, beneficiando a prestação de cuidados de saúde às populações das regiões envolventes, numa área que se estende do Douro até ao Alto Alentejo e envolve cerca de 400 mil habitantes. Em simultâneo, criar-se-ão condições para o desenvolvimento de ID&T, factores estes que poderão vir a beneficiar social e economicamente a região, contribuindo também para a inversão da tendência de despovoamento que se vem verificando. Desta maneira, a Universidade da Beira Interior poderá cumprir a sua responsabilidade social “ de dar resposta às necessidades do País.

Por tudo isto, teremos sempre a maior satisfação em acolher a realização de iniciativas como esta, de assinalável dimensão científica, pelo que gostaria de manifestar o nosso apreço à Comissão Organizadora pelo facto de ter escolhido a UBI para realização deste Encontro.

Termino, agradecendo uma vez mais a presença de todos os participantes e formulando votos dos maiores êxitos para os trabalhos que aqui irão decorrer.

III
DOR ONCOLÓGICA E UNIDADES DE DOR

UNIDAD DEL DOLOR EN EL ENFERMO CANCEROSO TERMINAL

Prof. Doutor C. Muriel Villoria



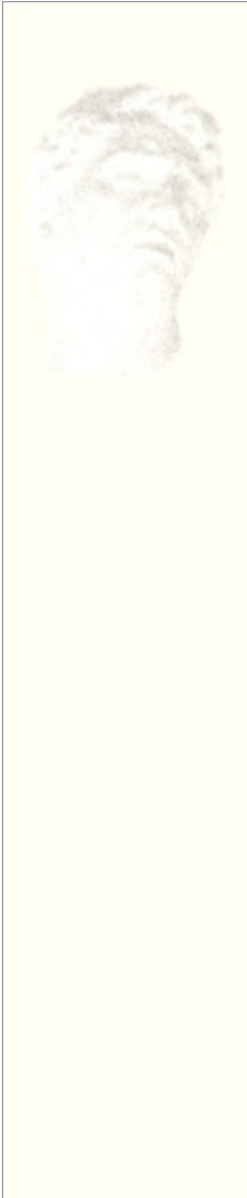
El dolor en pacientes con cancer ocurre en un tercio de quienes están en tratamiento activo, y en dos terceras partes de enfermos muy avanzados. Los adelantos en la terapéutica del dolor por cancer han llevado al desarrollo de un enfoque sistemático para el problema. El tratamiento con buenos resultados de este trastorno requiere cuidados continuos utilizando un enfoque multidisciplinario.

Que porcentaje de estos enfermos padecen dolor neoplásico? Según diversas estadísticas oscilan entre el 50-75% en principio y con el avance de la enfermedad se acerca al 90%. Además, con el mejoramiento de la terapéutica antineoplásica se han alargado considerablemente las cifras de supervivencia, con lo cual la necesidad de una terapia eficaz se hace necesaria.

En los últimos veinte años han proliferado las Unidades de Dolor por todo el mundo, siendo pioneros los EE.UU. e Inglaterra. Hay que constatar sin embargo que estas han sido enfocadas primordialmente en el dolor crónico benigno. El manejo de esta es ciertamente diferente al del dolor neoplásico. En primer lugar, requiere un arsenal diagnóstico más sofisticado, en segundo lugar, no presenta las exacerbaciones del dolor neoplásico y por último se asocia a ciertos trastornos psicológicos cuyo tratamiento es muy distinto al del paciente neoplásico.

PRINCIPIOS BASICOS DE ACTUACION EN UNA UNIDAD DEL DOLOR EN CANCER

Una clínica de alivio del dolor en cancer recién establecida debe tener un esquema claro de manejo de pacientes. Clínicas distintas tienen diferentes sistemas de manejo. Sin embargo, cualquiera que sea el sistema adoptado, es importante que un médico sea responsable de



cada paciente y compruebe sus progresos. El paciente no debe ser pasado de un especialista a otro sin saber a quien debe acercarse para pedir consejo o información. Logicamente, en una pequeña clínica, llevada por uno o dos médicos, no se presentarán estos problemas. Cuando el paciente sea remitido desde fuera, se puede haber hecho o no un diagnóstico fiable. Cuando el paciente sea remitido desde un hospital por un especialista, es más probable que se haya dilucidado la causa del dolor.

Muchos pacientes nuevos al llegar a la clínica ya han intentado muchas veces conseguir alivio sin éxito y la clínica representa su última esperanza.

En la entrevista inicial con el paciente es importante obtener una historia completa de la duración, naturaleza y severidad del dolor. Si hay varios dolores diferentes, cual es más importante y cuales son de naturaleza somática o autónoma? También es importante señalar si el paciente padece de náuseas, vómitos, estreñimiento, cefalea, ataxia, disfunción intestinal o de la vejiga y si está presente una parestesia, hiperestesia o paresia. Si ha de iniciarse un tratamiento estando presente alguno de estos signos o síntomas, es importante que se señale si estaban presentes antes de iniciar el tratamiento. Incidentalmente, un enfoque multidisciplinario, mediante el consenso, puede proteger de litigios.

Después de la visita inicial y del examen, el paciente es puesto en manos del especialista más apropiado y se planifica un esquema de tratamiento. Algunos requieren una investigación ulterior; algunos pueden necesitar hospitalización.

Una cooperación estrecha con el médico de atención primaria es, efectivamente, importante por varias razones. Podrá ver si los pacientes son remitidos pronto y, cuanto más pronto se inicie el tratamiento, mayor será la probabilidad de éxito. El médico de atención primaria puede asegurarse que el paciente sea enviado de nuevo para ser tratado si los resultados son inadecuados. Podrá supervisar la medicación o identificar la presencia de efectos colaterales y la tolerancia.

Finalmente, puede explicarle al paciente y a su familia lo que está haciendo en la clínica si esto no ha sido bien comprendido.

Muchas clínicas para el alivio del dolor crecen muy rápidamente cuando se ponen en marcha, pero gradualmente disminuye la tasa de

crecimiento, en parte debido a que con la experiencia se aceptan menos casos inapropiados en la clínica.

Bonita encuentra que alrededor de la cuarta parte de todos los pacientes que inicialmente evolucionan bien empiezan a deteriorarse poco después de completar el tratamiento y en pocos meses han regresado a los niveles anteriores al tratamiento. El grupo de fracaso demostraba tener menos incentivos para mantener su progreso. La mayoría seguían recibiendo una compensación económica, eran dependientes y pasivos, estaban deprimidos y habían hecho muy poco para cambiar su entorno.

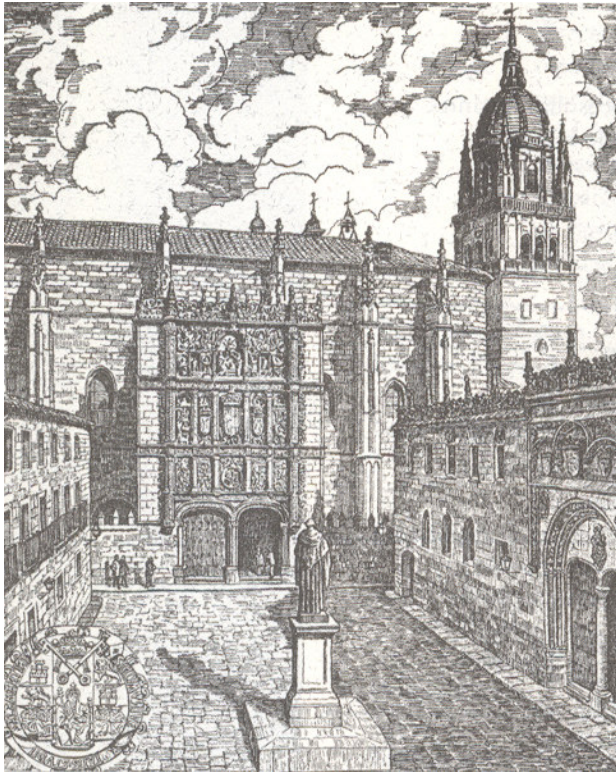
Muchos estudios en las clínicas del dolor tienden a no ser satisfactorios debido a una falta de objetividad en la evaluación de los resultados del tratamiento y, sobre todo, por la no existencia de protocolos de actuación.

1- VALORACION CLÍNICA DEL DOLOR

Identificar y tratar la causa del dolor en pacientes con cáncer debe ser el primer paso para el tratamiento de este sintoma común. El análisis cuidadoso de enfermos con cáncer y dolor ha llevado a la descripción de una serie de síndromes dolorosos comunes, únicos para este proceso patológico. Con frecuencia se diagnostican erróneamente porque los profesionales de cuidados de la salud no están familiarizados con su presentación clínica. Los mecanismos por los cuales el paciente neoplásico desarrolla dolor son previsibles, ya sea por invasión directa del tumor o por la terapia:

CAUSA	Sintomas
Secundario a infiltración directa	
Infiltración Ósea	- Localizado al área. Aumento progresivo de la intensidad.
Invasión Nerviosa	- Dolor quemante. Hiperestesia. Disestesia.
Plexo Braquial	Dolor radicular de C-8 a T. 1, parestesias. Horner.
Plexo Lumbar	Dolor radicular L1-3 (muslo, rodilla).
Plexo sacro	Dolor perianal, disfunción vesical e intestinal.
Carcinomatosis meníngea Dolor de cabeza, rigidez de nuca, dolor lumbar. Epidural/espinal Dolor a nivel de cuerpos vertebrales. Distribución neural.	
Visceral	
Pleural	Dolor interescapular al hombro.
Hepático	Dolor cuadrante abdominal Sup.Dcho.-costillas flotantes
Pancreático	Dolor transfixiante epigástrico irradiado a espalda.
Secundario a terapéutica	
Postquirúrgico	
Ocurre de 1 a 2 meses post-cirugía	
Postoracotomía	Neuritis intercostal.
Miembro fantasma	Dolor quemante sobre muñeca
Postquimioterapia	
Neuralgia postterapéutica	En pacientes 50 años o más.
Neuropatía tóxica	Disestesia en manos y pies.
Postirradiación	6 meses a 20 años después.

TABLA 1. - Causas de dolor por cáncer

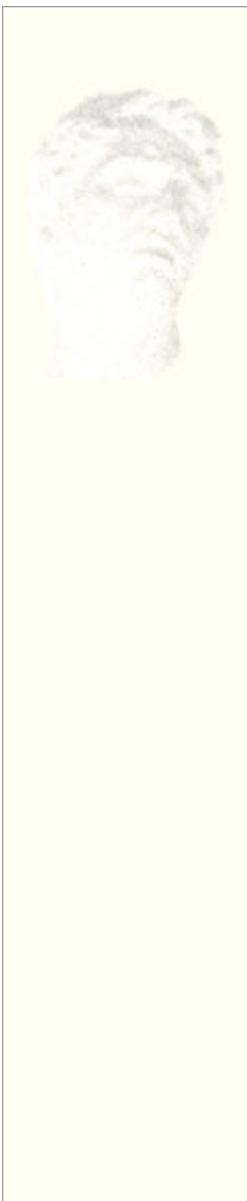


De los pacientes enviados a la Unidad del Dolor por dolor secundario a invasión directa del tumor, la mayoría se encuentran en una fase muy avanzada requiriendo una atención agresiva. Sin embargo, cuando el dolor secundario a la terapéutica ya sea quimioterapéutica, radiológica o quirúrgica, este ser del tipo del crónico benigno, siendo el enfoque terapéutico similar al mismo. La invasión del hueso, por tumores primarios o metastásicos, es la causa más común de dolor en adultos y niños con cáncer. El tumor metastásico en hueso se acompaña de dos procesos: destrucción ósea activa y neoformación ósea.

Las hipótesis actuales sobre el origen del dolor se relacionan con el papel de las prostaglandinas en los efectos osteolíticos y osteocíticos de las metastasis óseas. Otros factores pueden influir o controlar la aparición de dolor en pacientes con afección ósea metastásica, como el papel de los macrófagos, cambios en las células del hueso, factores circulantes como la calcitonina, variaciones en el metabolismo del calcio y estados de los receptores hormonales del tumor metastásico.

Clínicamente, la invasión tumoral metastásica del hueso produce dolor en una de dos formas: por afección directa del hueso y activación de los nociceptores locales o por compresión de nervios, tejidos blandos o estructuras vasculares vecinas. Una descripción detallada de los síndromes dolorosos relacionados con una afección ósea metastásica está más allá del objeto de este artículo. Sin embargo hemos considerado conveniente la descripción de varios síndromes que más frecuentemente vemos en la Unidad de Tratamiento del Dolor.

Las metastasis en la base del cráneo comunes en pacientes con tumores nasofaríngeos pero puede ocurrir en cualquier tumor que de metastasis óseas. Los síndromes de este grupo comparten tres características comunes: el dolor es la molestia inicial, y precede con frecuencia a los signos y síntomas neurológicos, a menudo la comprobación en radiografía simple es difícil requiriéndose la tomografía computadorizada; el tratamiento inicial conduce a mejoría importante de la función neurológica. No es infrecuente ver el síndrome del agujero yugular, caracterizado por dolor occipital irradiado al vértice de la cabeza, hombro, y brazo ipsolaterales. El examen neurológico ayuda a localizar la lesión al determinar el estado funcional de los nervios craneales IX, X,



Síndrome doloroso	N °	(%)
Invasión directa del tumor	74	(61,7)
- Metástasis sea	34	(18,0)
- Invasión neural	19	(16,4)
- Invasión visceral	21	(10,0)
Relacionado con terapia	37	(31,0)
- Postquirúrgico	20	(16,0)
- Postquimioterapia	6	(5,0)
- Postterapéutico	7	(5,8)
- Postirradiación	5	(4,0)
No relacionado	9	(7,3)

TABLA 2.-Incidencia del Dolor en pacientes de la Unidad del Dolor del H.C.U. Salamanca

XI, y XII. La disfunción de los cuatro nervios sugiere la invasión del agujero yugular y del conducto del hipogloso.

-Las metástasis seas en el raquis es el lugar más común. En una serie de 100 pacientes con cáncer mamario (50 avanzado y 50 temprano), las gammagrafías seas revelaron lesiones en 24% de las pacientes con evolución corta y en 84% de quienes padecían enfermedad avanzada. La columna torácica fue el sitio más común, que afectó en 42 pacientes.

-La plexopatía braquial como consecuencia del síndrome de Pancoast, es un ejemplo de problema específico de infiltración tumoral del plexo braquial.

- La plexopatía lumbosacra, es una de las complicaciones más molestas de los tumores pélvicos por el dolor incapacitante con que se manifiesta. En nuestra experiencia esta plexopatía sugiere un estadio avanzado de la enfermedad.

2 - PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

Inicialmente, el médico debe determinar si el dolor es un síntoma o tiene entidad por sí mismo.

Es considerado un síntoma si es secundario a una lesión expansiva o metastásica que puede ser manejada eficazmente con tratamiento específico (ej. quimioterapia, radioterapia). La terapia que reduzca el tamaño tumoral reducirá eficazmente el dolor. En caso contrario, si representa una entidad de por sí (neuralgia postoperatoria, dolor postmastectomía, etc...) se aplicará una terapia específica.

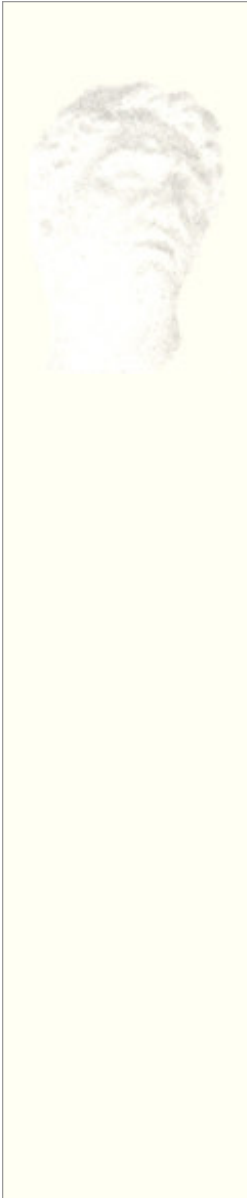
Un protocolo para evaluación del dolor podría ser: Previo a la primera visita:

- Autocuestionario;
 - Índice de Afectación Psicológica; - Escalas de dolor;
 - Repaso de archivos, RX, Analítica. En la primera visita:
 - Escalas de dolor;
 - Historia completa;
 - Examen físico, incluyendo examen neurológico completo, potenciales somatosensoriales, termografía; - Cuestionario - entrevista;
 - Repaso de los datos: Rx, analítica, etc, traídos por el paciente;
 - Clarificar los objetivos del paciente; - Inmediato plan terapéutico.
- En visitas subsiguientes: - Escalas de dolor; - Monitorización de cambios en el estatus neurológico; - Monitorización de la eficacia y efectos secundarios del tratamiento;
- Los test utilizados.

Un examen neurológico completo es obligatorio en la primera visita para establecer qué vías neurológicas están afectadas por la irradiación o comprimidas por el tumor. Y es esencial, puesto que el cáncer evidentemente no es una enfermedad estática, y por supuesto para descartar una compresión espinal lo que supondría una urgencia inmediata, requiriéndose radioterapia masiva, esteroides, etc.

Respecto a los objetivos del paciente hay que plantear dos tipos:

Al grado de dolor que desea - Si sobre un dolor 100% que sería el peor dolor para el paciente, les preguntamos que grado sería aceptable para ellos, la mayoría respondería que aproximadamente un 20-30%. Este



nivel en aproximadamente un 80% de ellos podemos conseguirlo antes de 3 semanas. A sus actividades - Generalmente nunca vuelven aun nivel previo de actividad aunque el dolor desaparezca, y solo un 40% recobra parcialmente esta actividad.

En el contacto inicial con el paciente, debemos expresar nuestra creencia en sus dolencias, explicarle exactamente las causas de su dolor, establecer una relación humana, ayudándole a establecer unos objetivos realistas y una buena comunicación.

Conviene además en cada visita monitorizar las escalas de dolor más que los test psicológicos, así como la cantidad total de analgésicos tomada por el paciente.

3. PRINCIPIOS GENERALES DE TRATAMIENTO

Hay cuatro modalidades empleadas principalmente en el manejo del dolor neoplásico:

- Actuar sobre la patología causante del dolor;
- Elevar el umbral del dolor;
- Modular la vía dolorosa;
- Interrumpir la vía dolorosa.

Cual o cuales de estos serán empleados? Depende de factores como progresión de la enfermedad, localización, esperanza de vida, y de la relación riesgo / beneficio de dicha modalidad aplicada al paciente.

La elección de la terapia debe ser individualizada para cada paciente. Esta terapia puede cambiar en el tiempo según la evolución del paciente, y siempre conviene determinar si el tumor es todavía susceptible de ser disminuido con radioterapia o quimioterapia. Una descripción de las modalidades usadas en el tratamiento del dolor sería esta:

A) ELEVAR EL UMBRAL DOLOROSO

Tratamiento farmacológico:

- Analgésicos: narcóticos y no-narcóticos;
- Drogas coadyuvantes: antidepresivos ansiolíticos;
- Manejo de los efectos secundarios: antiácidos, laxantes, antieméticos;

Tratamiento no farmacológico:

- Psicológico: Terapéutica cognoscitiva y conductual.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

El uso efectivo de analg Bicos narc ticos y no-narcóticos es el arma más potente de que disponemos contra el dolor neopl sico.

Como parte del Cancer Pain Relief Program , a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud declaró que es la clave del tratamiento de este grupo de pacientes, aconsejando el m todo de escalera en tres etapas el uso de analgésicos no narcóticos, narcóticos y coadyuvantes, solos o combinados, según las necesidades de cada paciente.



TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

Las intervenciones psicológicas dirigidas con frecuencia son útiles, y en ocasiones necesarias, en el tratamiento completo de pacientes con dolor por c ancer. Pueden facilitar su ajuste a las exacerbaciones agudas del síntoma y ayudar a quienes padecen algunos síndromes dolorosos crónicos logren un ajuste funcional de la vida. En los últimos años ha surgido un método psicológico especializado, llamado terapéutica cognoscitiva y conductual, como una intervención psicoterapéutica eficaz y ampliamente utilizada para trastornos dolorosos en general. La terapéutica cognoscitiva y conductual, combina un grupo de intervenciones terapéuticas a corto plazo basadas en principios teóricos y empíricos, que pueden adaptarse a los problemas y necesidades específicos de cada paciente, en función de la gran variedad de características de personalidad, trastornos dolorosos y formas de alteración psicosocial.

La meta principal de esta forma de apoyo es aumentar la sensación de control personal o autoeficacia.

Las intervenciones suelen hacerse individualmente, pero también se ha señalado que son útiles los métodos de grupo. La interacción terapéutica es estructurada, en el sentido de que: 1) Hay un programa claro y explícito para cada sesión 2) Se diseña un grupo específico de

metas que son aclaradas 3) Las intervenciones están diseñadas para resolver problemas actuales específicos y 4) las intervenciones se practican en una forma estandar y sistematica.

Las acciones físicas o los fenómenos fisiológicos que puede observar objetivamente el clinico se dividen en tres categorias: Reacciones fisiologicas al dolor; reacciones autonomicas y esquel ticas reflejas.

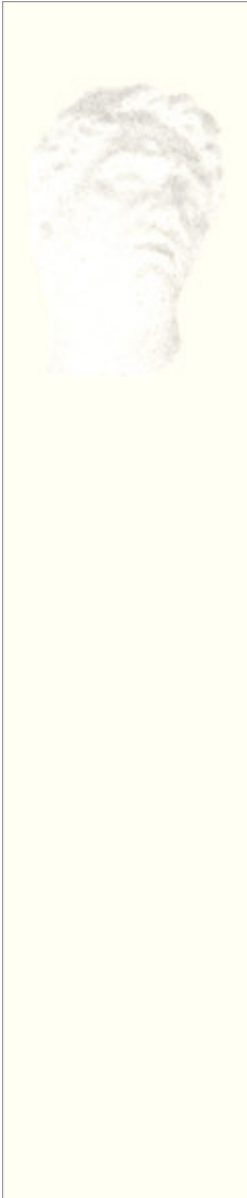
Conductas de reacción al dolor, tales como resistencia, cojera, defensa, gesticulación, y quejido, que ocurren en reacci n a estímulos que provocan dolor. Conductas operantes al dolor, como ingestión de fármacos, quejarse, o inactividad pueden tornarse en costumbres regulares del paciente con dolor, ya que les permite obtener privilegios.

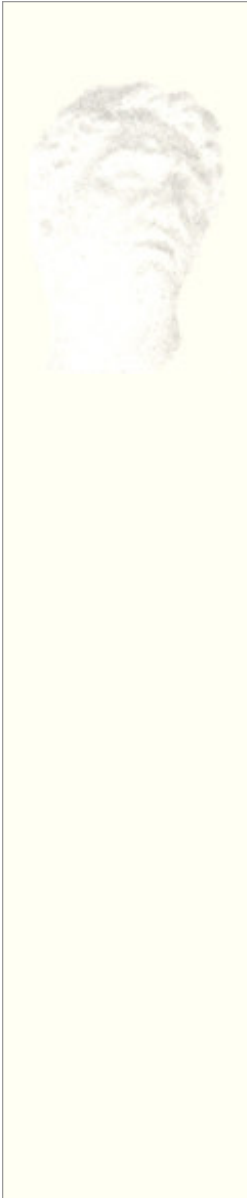
B) MODULACION DE LA VIA DOLOROSA

Ya sea usando técnicas que aumenten la producción de endorfinas y/ o la estimulación del mecanismo espinal de la puerta de entrada que preconizan Melzack y Wall, son m - todos muy usados en el dolor crónico benigno. Su eficacia en el paciente canceroso no ha sido bien estudiada hasta ahora. El TENS y la acupuntura, no son efectivos en el 95% de los casos . Cuando el TENS es de alta frecuencia (80-120 Mz) se hace m s efectivo, quizás porque actúa sobre la puerta de entrada y no soltando endorfinas.

La base neurofarmacológica para la terapéutica narcótica intrarraquidea selectiva se apoya en estudios clinicos que demuestran la eficacia de la morfina intratecal en pacientes con dolor por cancer. Nosotros hemos obtenido con 0.5-1 mg. de cloruro morfico intratecal lumbar una analgesia que varia de ocho a treinta horas de duración. Las ventajas de la terapeutica intrarraquidea estan basadas en la posibilidad de suministrar dosis bajas cerca de los receptores en la medula espinal, con la consiguiente disminución de los efectos secundarios, como sedacción, nauseas, depresión respiratoria, retención urinaria y prurito.

El termino intrarraquideo incluye la administración intratecal y epidural del fármaco y también se utiliza para describir el sistema de suministro, es decir, por via percutanea a través de un cateter, o inyección por un reservatorio subcutaneo instalado de manera permanente, o continuo





por un sistema de bomba. Se puede considerar la morfina como agente de elección, en vez de la meperidina, metadona o heroína por sus características de liposolubilidad. Por vía epidural se puede inyectar 4 a 6 mg. a una concentración de 1 mg/cc. Por vía espinal se puede inyectar 0,5-1 mg., a una concentración de 0,25-0,5 mg/cc.

Después de la primera inyección el paciente debe ser estrechamente vigilado por personal entrenado, teniendo siempre Naloxona (0,4 mg. por vía I V) en caso de depresión respiratoria.

C) INTERRUPCION DE LAS VIAS DOLOROSAS

Terapia prácticamente confinada al paciente neoplásico, puede conseguirse por inyección de sustancias químicas corrosivas produciéndose neurolisis, o por técnicas neuroquirúrgicas.

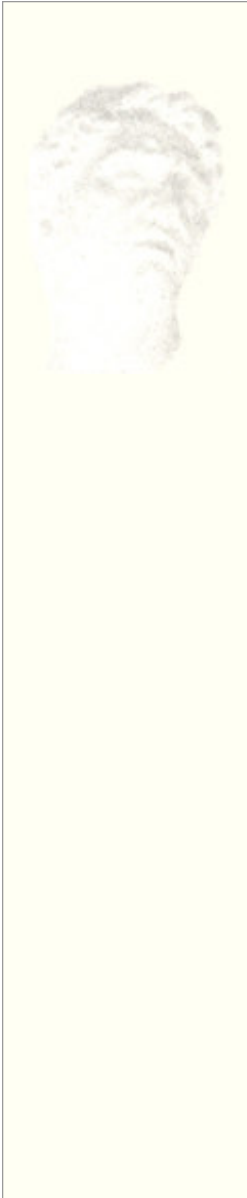
BLOQUEOS NERVIOSOS QUIMICOS

Durante los últimos 30 años la neurolisis química con varias concentraciones de fenol-alcohol ha sido ampliamente utilizada en el manejo del dolor neoplásico. Sin embargo conlleva una morbilidad entre el 2-16% de pacientes, siendo necesarios que se cumplan ciertos criterios estrictos previos al bloqueo:

- Agotamiento de los otros métodos no agresivos y paliativos.
- Tolerancia y efectos adversos a los narcóticos administrados.
- Que se produzca con el bloqueo diagnóstico con anestésicos locales al menos un 75% de alivio del dolor.

Igualmente antes de realizar un bloqueo en un paciente neoplásico, algunas consideraciones fisiológicas deben de tenerse en cuenta:

- Menos de 100.000 plaquetas/cmm contraindica el procedimiento.
- Por los vómitos, etc, puede estar hipovolémico, siendo susceptible de entrar en bajo gasto o shock, incluso después de un bloqueo simpático.
- La invasión tumoral puede distorsionar o cortar la vía nociceptiva.
- La función respiratoria en pacientes con cáncer primario pulmonar, o con metastasis pulmonares, puede estar deteriorada. Cuidado pues con el realizar un bloqueo epidural for cico diagnóstico. Conviene examinar



previamente la gasometría.

- Un bloqueo neurolítico acertado no supone retirar instantáneamente la medicación. Podemos hacer entrar al paciente en un Síndrome de Abstinencia.

En el paciente neoplásico, el papel del bloqueo nervioso puede ser de tipo diagnóstico o terapéutico. Los bloqueos diagnósticos, fundamentalmente, se hacen en estos pacientes para averiguar y predecir el posible éxito de un bloqueo neurolítico planeado. Es pues obligatorio realizarlo previamente. Si lo después de una disminución de un 75% del dolor, y después de la aceptación del paciente de las parestesias y posible pérdida motora, se podrá realizar.

El bloqueo diagnóstico debe ser meticulosamente realizado, y en el caso del plexo celiaco, somático paravertebral y raíces sacras, deber realizarse bajo control radiológico. Actualmente, se preconiza incluso la necesidad de la tomografía axial computarizada para control. En el bloqueo de plexo celiaco donde se emplean 50 cc de anestésico local es comprensible que, por la proximidad de la aorta, la precisión es de vital importancia.

La cateterización epidural continua se utiliza también como bloqueo diagnóstico e incluso terapéutico, con inyecciones intermitentes de anestesia local, en pacientes terminales.

Estos procedimientos plantean problemas como desinserción del catéter, formación de absceso epidural, erosión intratecal del catéter con el consiguiente peligro de depresión parada respiratoria, si pasa inadvertido.

TECNICAS NEUROQUIRURGICAS

Los dos procedimientos más usados en el paciente neoplásico son:

- Cordotomía percutánea: Es la interrupción del tracto espinotalámico ascendente, normalmente a nivel cervical. Se realiza bajo control fluoroscópico. Después de la confirmación de una correcta posición, se produce la lesión por radio frecuencia. Se consigue una eficacia del 60% a las pocas semanas. Se utiliza para el dolor unilateral en pacientes con función vesical o intestinal intactas y esperanzas de vida de 6 meses a 1 año.

-Hipofisectomía: Recomendada en el manejo de metastasis osea en cancer hormonodependiente: mama, próstata. La via transesfenoidal con inyección de alcohol, presenta una alta eficacia: hasta un 94%. Sin embargo las complicaciones (rinorrea de LCR, diabetes insipida, meningitis...) hacen que sea una técnica no rutinaria en las Unidades del Dolor.

CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS CONTINUOS O PALIATIVOS

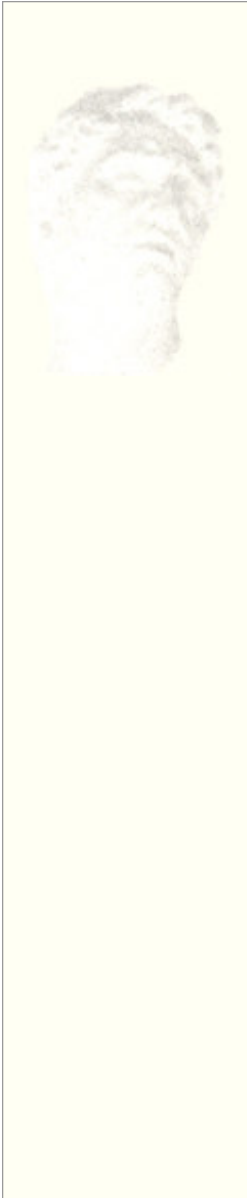
En el momento actual existe un amplio debate sobre la disponibilidad o no en las Unidades del Dolor de unidades de cuidados paliativos. Nosotros pensamos que, por un problema de continuidad en los tratamientos los cuidados paliativos, deben ser asumidos por las Unidades del Dolor. Para ello hacemos una revisión de la situación actual de estas unidades en nuestro entorno, así como la experiencia a través de cuidados continuos en el el Hospital Universitario de Salamanca.

En los años 20 y 30, aparecieron una cantidad creciente de trabajos sobre el bloqueo terapéutico de nervios con anestesia local y con alcohol (Woodbridge, 1930, Ruth, 1934). Al principio estos eran llevados a cabo habitualmente por los neurocirujanos, pero luego se involucraron los anesestesiólogos (Rovenstine, 1941).

Esto condujo a la apertura de clínicas formales del dolor, la primera de las cuales soy consciente que fu creada en Nueva York por Rovenstine, en 1942. (Era lo que ahora podríamos denominar una clínica de bloqueo nervioso y sabemos que muy pocos pacientes con dolor crónico pueden resultar beneficiados a largo plazo solamente con un bloqueo nervioso).

TIPOS DE CLÍNICAS

1. Clínica no Disciplinaria (llevada por un solo médico): Este tipo de clínica se encuentra a menudo en los hospitales locales en las provincias. Cuando haya una comunicación fácil con un centro de alivio del dolor más grande, en un hospital importante de una ciudad, la clínica del dolor más pequeña puede remitir los casos más difíciles a dicho centro



importante para diagnóstico y/o tratamiento. De igual manera, después de la investigación, puede remitir al paciente a la clínica del dolor local, con detalles del tratamiento recomendado.

Si un anestesiólogo o algún otro especialista pone en marcha una pequeña clínica del dolor solo, deber desde el principio entrar en contacto con uno o dos colegas de otras especialidades, en primer lugar, para asegurarse de que se haga un diagnóstico exacto de la causa del dolor antes de iniciar el tratamiento y, en segundo lugar, para consultar cuando el tratamiento falla o si se presentan complicaciones. Se puede conseguir una investigación y tratamiento más amplios a través de la cooperación de varios especialistas distintos; esta debe ser apoyada desde un inicio.

2. Clínica de Servicio Limitado:

a) Una técnica especializada, por ejemplo bloqueo de nervio, T.N.S.; acupuntura.

b) Un síndrome (v. gr. migraña).

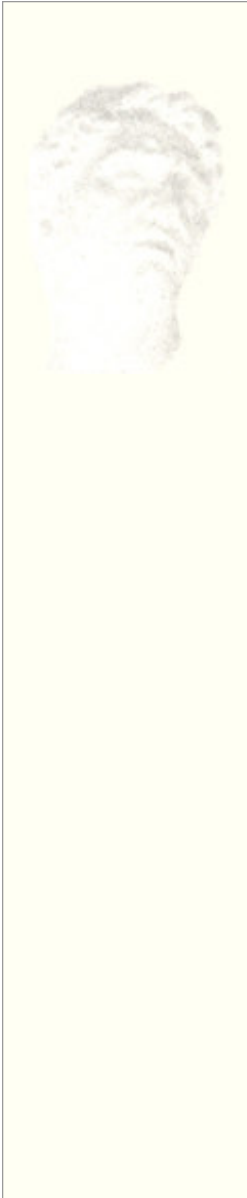
3. Clínica comarcal (a menudo existe en un hospital grande de ciudad e incluye 2 o 3 especialistas). Hay acceso a los medios y camas del hospital. Esta clínica puede manejar el diagnóstico y tratamiento de muchas formas comunes de dolor crónico, pero no neurocirug a importante, etc.

4. Centro Regional (a menudo en un hospital universitario). Es multidisciplinario, con instalaciones para pacientes externos e internos.

Capacidades especializadas y equipo sofisticado, y una amplia gama de medios diagnósticos y terapéuticos. Después de la investigación, muchos pacientes pueden ser remitidos nuevamente a la clínica del dolor comarcal o local para su manejo.

Las instalaciones, personal, equipo, tiempo disponible y de hecho los conocimientos pueden ser muy limitados al principio y esto, por supuesto restringir tanto la calidad como la cantidad de trabajo de alivio de dolor que pueda realizarse. Sin embargo, podrá tratarse una mayor variedad de casos a medida que crezca la clínica y, especialmente, cuando participen distintos tipos de especialistas en la clínica.

La Unidad de asistencia continuada es un imperativo y complemento necesario en un Unidad de dolor en cancer donde el objetivo prioritario es mejorar la calidad de vida del paciente.



PROGRAMA DE ASISTENCIA CONTINUADA

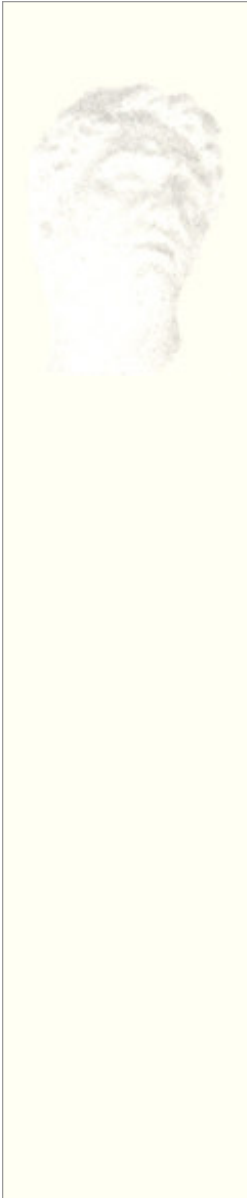
El problema del dolor crónico y de forma especial el de origen neoplásico, acompaña a la reacción del tejido dañado el componente de sufrimiento y los problemas psicosociales, lo que implica unos cuidados continuos.

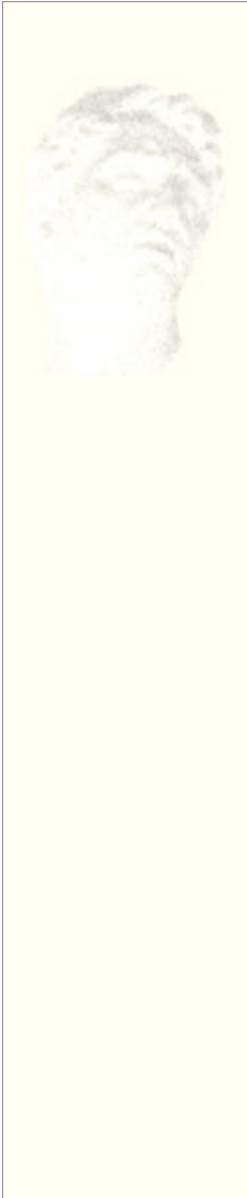
La administración de fármacos y cuidados para el tratamiento del dolor bajo un programa regular a fin de evitar el dolor intempestivo y proporcionar un medio de apoyo, incluyendo a la familia. Sin embargo, no todos los pacientes con dolor crónico por cáncer son adecuados para estos planes y no todos los centros de atención primaria pueden proporcionar los cuidados continuos que requieren los pacientes más complejos. Incluye, este programa, enfermos que no están en etapa terminal pero con problemas complejos para el tratamiento del dolor; que requieren vigilancia cercana y ajuste de su régimen analgésico de forma constante; pacientes con enfermedad avanzada y necesidades de narcóticos rápidamente crecientes; que requieren una nueva vía de administración de fármaco; y pacientes que han sido vigilados durante la enfermedad en un hospital y se trasladan a la comunidad cuando el tratamiento cambia de la curación a la calidad de vida.

El programa se desarrolla a través de la Unidad del Dolor del Hospital Clínico de Salamanca en coordinación con los Centros de Atención Primaria, para satisfacer estas necesidades, resaltando los cuidados continuos, la atención en el domicilio, y la educación y apoyo de la comunidad. Se lleva a cabo de dos formas:

- 1) proporcionando una unión entre el Hospital y los encargados de la Salud en la Comunidad, a pacientes vigilados y tratados en Unidad del Dolor, y
- 2) actuando como un recurso experimentado de información para profesionales de la Salud en la comunidad, que atiende a pacientes con dolor de origen neoplásico.

El resultado total del programa es la continuidad de cuidados. Este concepto es particularmente importante en enfermos con dolor crónico y cáncer en que el temor al dolor progresivo sin alivio tiene un papel importante en la calidad de vida. Es un modelo centrado en el paciente





y los familiares, utilizando un método de colaboración entre enfermera, médico de atención primaria, asistente social. Otros miembros del grupo incluyen un psiquiatra, y un terapeuta ocupacional. El grupo tiene una base en una Unidad del Dolor pero orientado a la comunidad. En este modelo, el médico es responsable del tratamiento, siendo la enfermera la que realiza el control del dolor del paciente, trabajando con el enfermo, sus familiares y médicos y enfermeras de atención primaria en el control del síntoma y los cuidados de sostén.

Al trabajar con el paciente en su domicilio se insiste en el empleo de los profesionales de atención primaria, poniendo a disposición del paciente, los familiares y trabajadores de la comunidad durante 24 horas. La continuidad de los cuidados se logra a través de la enfermera clínica, en colaboración con el médico de atención primaria, proporcionando la unión esencial entre el Hospital de tratamiento primario, el enfermo y la comunidad.

La enfermera clínica, que conoce el proceso patológico del paciente, los métodos eficaces para controlar el dolor y las dinámicas psicosociales de los enfermos y familiares coordina todos los grupos. Todos ellos se vigilan mediante llamadas telefónicas, visitas a domicilio y ingreso en el Hospital. Una vez que el paciente acepta el programa, antes de su alta del hospital la enfermera clínica se pone en contacto con el médico de la Unidad del Dolor, identifica su papel y le comenta el tratamiento del dolor y otras técnicas de control del síntoma que se han demostrado eficaces. Entre otras funciones, la enfermera clínica visita la farmacia local para comprobar que dispone de los fármacos prescritos. La necesidad de este planteamiento preliminar se refleja por la falta de disponibilidad de analgésicos narcóticos para enfermos cancerosos.

Si un paciente ingresa de nuevo en la Unidad del Dolor, la enfermera establece el contacto con el médico del Hospital. Se conserva en contacto con los pacientes y sus familiares, facilitando la continuidad, proporcionando un papel de unión coordinada. Cada enfermera clínica en el grupo asume la responsabilidad primaria de los cuidados de 12 a 15 pacientes y sus familiares.

La trabajadora social también se encarga de las dinámicas psicosociales del paciente y los familiares. Los enfoques incluyen

asesora y métodos cognoscitivos y conductuales. Además, atiende las necesidades prácticas de los pacientes y sus familiares ayudándoles en el transporte, apoyo financiero de urgencia e inclusión en los recursos de la comunidad.

La terapia ocupacional se utiliza para promover relajación, reducir la ansiedad, complementar otros métodos de control del dolor y estimular la comunicación entre el paciente y los familiares.

El psiquiatra del grupo participa, si se sospecha una enfermedad psiquiátrica, como depresión mayor, psicosis o delirio en el paciente o los familiares.

En el programa, los miembros del grupo trabajan de manera independiente y en conjunto. La comunicación del grupo se lleva a cabo en reuniones cada quince días.

Los resultados iniciales obtenidos nos indican un mejor control del dolor.

FUNCIONES DE UNA UNIDAD DE DOLOR EN CANCER

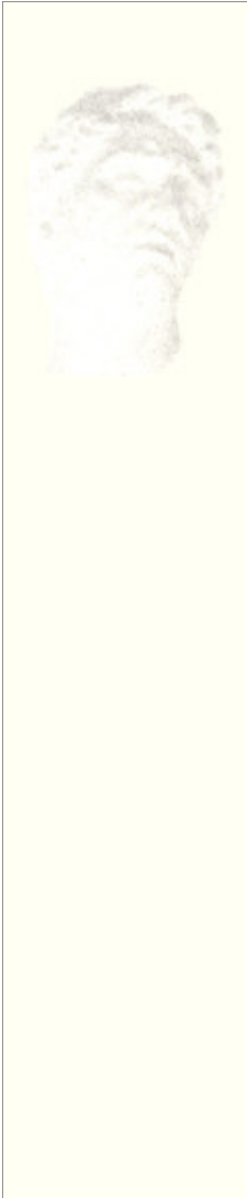
1. Investigación y diagnóstico. El centro debe tener los medios y la preparación necesarios para investigar la causa del dolor a todos los pacientes admitidos para tratamiento.

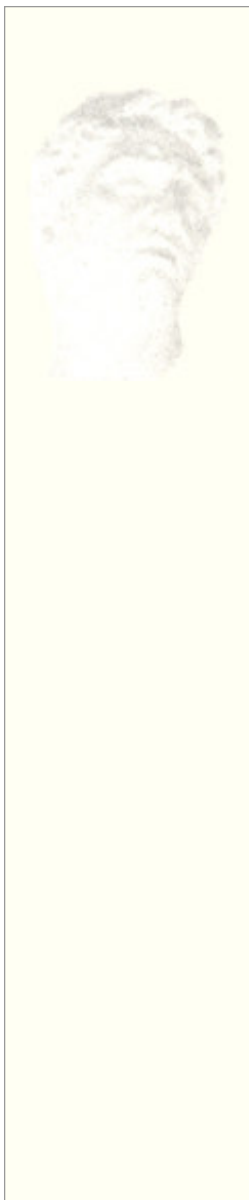
2. Tratamiento. Esta es obviamente la principal función del Centro. Sin embargo, una vez establecido el diagnóstico y decidido el curso terapéutico, se puede realizar el verdadero tratamiento a nivel comunitario, ya sea en la clínica para el dolor local o por el médico del Centro de Salud.

3. Medios para el seguimiento del caso. Para asegurarse que se mantiene la mejoría, para detectar las complicaciones que puedan presentarse por el tratamiento, para detectar la presencia de tolerancia o habituación, para hacer historiales completos.

4. Investigación. La clínica ofrece una excelente oportunidad para el cuidadoso estudio de los pacientes con dolor y los métodos de tratamiento.

5. Docencia. Uno de los problemas más importantes es la formación de los profesionales de la salud. La docencia puede llevarse a cabo: en





la clínica para pacientes externos; en la sala de procedimientos o quirófano; mediante charlas regulares, presentaciones de casos o grupos de discusiones y seminarios.

La docencia de los estudiantes de medicina es muy importante para que la siguiente generación de médicos tenga más conocimientos sobre la terapia moderna del dolor crónico.

La enseñanza y entrenamiento de los médicos interesados en el tema.

6. Hospicio. Se trata de una estructura abierta donde el enfermo permanece durante periodos de tiempo, en coordinación con un servicio de Asistencia Domiciliaria.

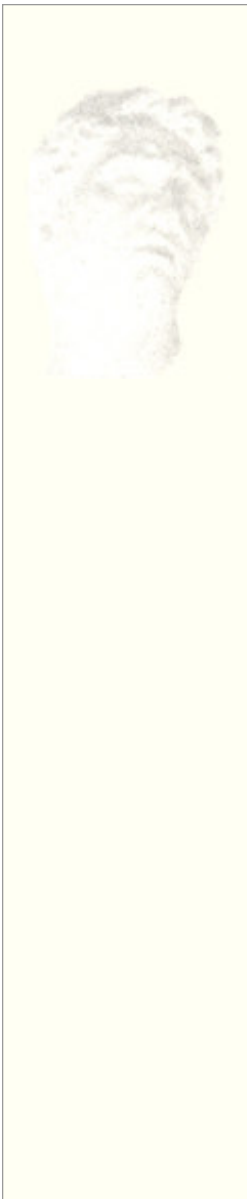
Sustancialmente, se trata de un programa de ayuda a los enfermos crónicos en situación terminal (prioritariamente neoplásicos) y a sus familiares directamente o en coordinación con los Centros de Salud, a través del médico de Familia o la enfermera visitadora.

BIBLIOGRAFIA

- Bonica J.J., Benedetti C. - Management of cancer pain. in Textbook of Oncology. Baltimore, Williams and Wilkins, 1986. vol.1
- Foley K. M.- Pain syndromes in patients with cancer. in Bonica J.J. Ventafridda V. (eds) Advances in Pain Research and Therapy. New York, Raven Press, 1979, vol. 2
- Muriel C., Nalda M.A., Cacho J. - La neurectomía de hipofisis en el tratamiento de las algias de origen neoplásico. Arch. de Neurobiol. 45:195-204,1982.
- Muriel C. - Lecciones de Anestesiología. Salamanca. P. M. 1988. vol. 1
- Muriel C. - Procedimientos Invasivos en el Tratamiento del Dolor Crónico. En Tratamiento del Dolor Crónico. Monografías Europharma Barcelona. 1989. vol. 1
- Muriel C. Deficiencias en el Manejo del Dolor Crónico. en Tratamiento Insuficiente del Dolor. Instituto de Ciencias del Hombre. Madrid 1988. vol. 1
- Muriel C. - Estudio y Tratamiento del Dolor Crónico. Delagrangue. Oviedo. 1989. vol 1-2.
- Muriel C. Madrid Arias J. I. Estudio y tratamiento del dolor agudo y crónico. Edit Aran. 1996. vol 1.
- Payne R, Foley K: Cancer Pain. The Medical Clinics of North America. New York. Saunders Company W.B. 1987, vol.71.

A EXPERIÊNCIA DA TERAPÊUTICA DA DOR EM PORTUGAL

Dr. José Luís Portela



Só nos últimos 20 a 30 anos a abordagem da dor tem constituído um objectivo específico da Medicina e a sua abolição um direito inalienável do doente.

Imperava, até então, forte influência do espírito judaico-cristão, em que a dor não era preocupação dominante e se defendia, ainda, a dor como acompanhante natural da doença, por muitos considerada até benéfica, quer em termos médicos quer morais.

Às crianças e aos velhos era-lhes negado, praticamente, a existência de dor, quer por imaturidade do sistema nervoso quer por senescência do mesmo.

Os doentes em fase avançada e terminal eram, muitas vezes, apenas sedados sem qualquer analgesia.

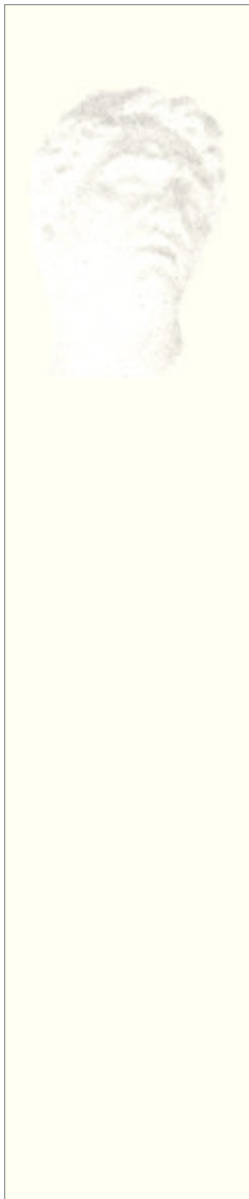
Esta situação, que não era específica do nosso País, conduziu ao aparecimento de atitudes no sentido de melhorar esta realidade, em particular, nos EUA, rapidamente extensivas à Europa, nomeadamente, à Grã-Bretanha, onde a experiência dos Hospícios, benevolentes em relação ao álcool e drogas fortes, tinha, já, grande aceitação.

Refira-se, a título de exemplo, que o célebre Bromptom Cocktaíl, à base de morfina, cocaína e gin, embora existente nos formulários hospitalares de muitos países, entre os quais o nosso, não era, praticamente, utilizado.

Era a época dos grandes mitos sobre a dor, em particular sobre a morfina, muitos dos quais, infelizmente, ainda chegaram aos nossos dias.

Por outro lado, a investigação dos mecanismos de produção da dor, estavam, ainda, em fase incipiente.

Acreditava-se, assim, que os bloqueios da sensibilidade periférica poderiam resolver a maior parte dos problemas.



Em consequência, dominavam as técnicas invasivas, em detrimento de uma abordagem multifactorial, relevando para segundo plano aspectos afectivos e comportamentais da dor, hoje, indiscutivelmente, tão ou mais importantes que os nociceptivos.

A partir da década de 70/80, assiste-se a uma intensa investigação experimental sobre a fisiopatologia e a bioquímica da dor. A investigação farmacológica levou ao desenvolvimento de novos fármacos e vias de administração.

A investigação clínica veio demonstrar que, para um alívio eficaz da dor não interessam, apenas, os aspectos fisiopatológicos e bioquímicos do fenómeno doloroso mas tudo o que, de alguma maneira, interfira na percepção da dor: os mecanismos operantes do comportamento, a afectividade, a contemplação dos aspectos sociais, culturais, religiosos e, até, financeiros da pessoa que sofre, a que Saunders, grande impulsionadora dos Hospícios ingleses, chamou Dor Total. Dor que avilta, encapsula, transformando o doente num autêntico Homem Doloroso, em que à dor se sobrepõe o sofrimento e a este uma qualidade de vida inaceitável.

E nesta perspectiva que começam a surgir as Unidades de Dor, um pouco por todo o lado.

Mas como não existem modelos standard que garantam, à priori, eficácia e êxito, são as especificidades de cada Instituição que têm motivado os interessados, numa actuação digna de louvor, em bora, em muitos casos, com forte pendor de improvisado e descaracterização.

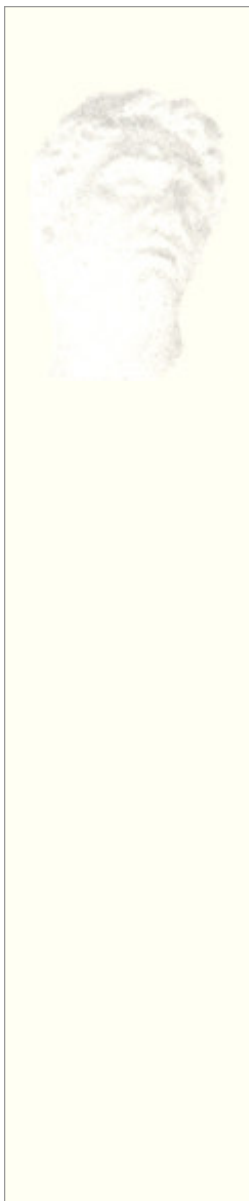
Apesar de tudo, num inquérito realizado por nós em 1997/98, com o intuito de saber qual o Estado da Arte da Dor Crónica em Portugal em termos organizativos, para o nível de respostas de 77%, envolvendo a quase totalidade dos Hospitais Centrais, Distritais e Centros de Saúde, revelou que 68% dos Hospitais Centrais têm alguma actividade organizada no tratamento da dor crónica, o mesmo em 47% dos Hospitais Distritais, sendo esta actividade, ao nível dos Centros de Saúde, totalmente inexistente.

Aplicando os critérios da Associação Internacional para o Estado da Dor, publicados em 1990, podemos considerar que a grande maioria destas Unidades se encontra ainda em fase incipiente; nal guns hospitais,

mais propriamente em cinco, já se pode falar em Clínicas de Dor, nenhuma reunindo os requisitos necessários para ser considerada Centro de Dor.

Aproveitando a abertura que parece manifestar-se na Política de Saúde, em Portugal, em relação à Dor, julgo que é altura de conjugar esforços no sentido de definir uma política global, uma programação adequada e uma creditação junto dos Hospitais e Centros de Saúde que possam dar resposta adequada aos anseios dos doentes.

Espero que a Mesa Redonda que tenho a honra de moderar permita uma discussão acesa e o lançamento de pistas, que possam contribuir para o estabelecimento de critérios organizativos minimamente credíveis e adaptáveis à nossa realidade.



UNIDADE DE DOR CRÓNICA ONCOLÓGICA DO IPOFG CENTRO DO PORTO

Dr. Zeferino Bastos

A Unidade de Dor Crónica Oncológica do IPOFG - Centro do Porto iniciou a sua actividade em Maio de 1980, sendo constituída desde o princípio pelas especialidades de Anestesiologia, Neurocirurgia e Psiquiatria. Posteriormente foram integradas a Fisiatria e a Oncologia Médica.

Começou a sua actividade com uma consulta semanal efectuada às terças-feiras da parte da tarde. Como o número de doentes que frequentavam esta consulta aumentou, esta passou a efectuar-se de manhã e pouco tempo depois teve necessidade de aumentar a sua actividade com mais duas consultas semanais. Actualmente, efectua-se uma Consulta Multidisciplinar à Segunda-feira, destinada à observação de todos os doentes inscritos pela primeira vez (primeira consulta) e aos doentes não satisfatoriamente controlados, e outras à Quarta e à Sexta destinadas ao seguimento dos doentes e que são efectuadas por um dos médicos que integram a Unidade de Dor.

A consulta de Segunda-feira é efectuada nas instalações da Consulta de Grupo, dispondo, para esse efeito, de uma sala de enfermagem, de uma sala de reuniões e de dois gabinetes para observação de doentes.

As consultas de Quarta e de Sexta-feira são efectuadas num gabinete das instalações de Neurocirurgia.

É dotada de enfermagem e do restante pessoal de saúde necessário ao seu funcionamento, do mesmo modo que as outras Consultas de Grupo ali realizadas.

Inicialmente, tinha disponível uma Assistente Social, em permanência, na consulta de Segunda-feira, que prestava assistência aos doentes dela carecidos de acordo com as decisões ali toma das, referentes à sua área profissional. Por dificuldades de pessoal, actualmente, a Assistente Social está disponível, apenas, para resolver pontualmente qualquer problema.

Em dada fase de evolução da Unidade de Dor, esta tinha a colaboração de estudantes finalistas de Psicologia, que prestavam preciosa



colaboração. Por razões que desconhecemos, esta colaboração foi interrompida.

Quando começou a sua actividade, à Unidade de Dor foi atribuída uma enfermaria com três camas que partilhava com a Neurocirurgia. Constatou-se rapidamente que, na prática, esta enfermaria era subutilizada dado que, pelas suas características, não era possível ocupar as camas existentes com doentes de sexo diferente; quando estavam internados doentes do sexo masculino, não era possível o internamento de doentes do sexo feminino e vice-versa.

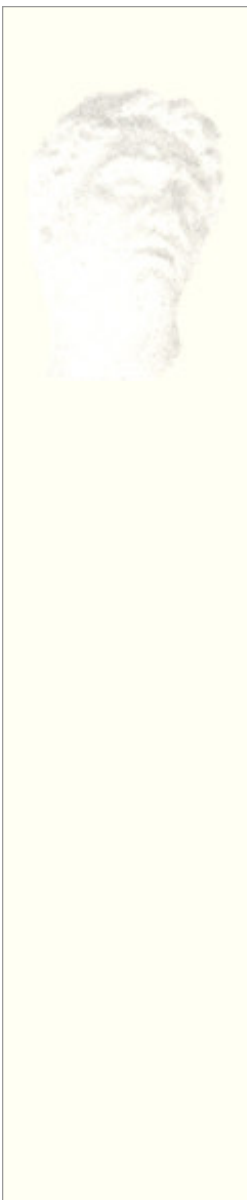
Actualmente, o internamento efectuado pela Unidade de Dor é feito em qualquer enfermaria onde haja cama disponível, mas preferencialmente nas instalações atribuídas à CO II.

Em regime de internamento, esta Unidade presta assistência a todos os doentes por ela internados e ainda, quando solicitados, aos doentes internados pelos diversos serviços do IPOFG.

Na consulta multidisciplinar são observados os doentes enviados pelos vários serviços do IPOFG. Nas consultas de seguimento são observados os doentes referenciados pela Unidade de Dor.

Desde 1988, ano a partir do qual há registo de consulta, até Junho de 1999 foram efectuadas 14230 consultas assim distribuídas por ano:

Ano	N.º de consultas	N.º de 1.ªs consultas
1988	465	-
1989	964	-
1990	1021	-
1991	1090	-
1992	1140	-
1993	1200	-
1994	1350	-
1995	1400	-
1996	1700	-
1997	1560	231
1998	1575	296
1999 (1.º semestre)	765	145



Distribuição das 1.ªs Consultas por especialidade, nos três últimos anos:

	1997	1998	1999*
Digestivo	80	74	43
ORL	34	40	20
Ginecologia	30	47	19
Urologia	29	45	23
Mama	23	37	21
Pulmão	4	18	4
Outros	27	24	13
Oculto	4	5	2
Nevralgia do trigémio	-	3	-
Total	231	296	145

*1.º semestre

Distribuição das consultas por patologias desde 1988:

Mama	6032	(40%)
Ginecologia	3468	(37%)
Outras	5580	(23%)

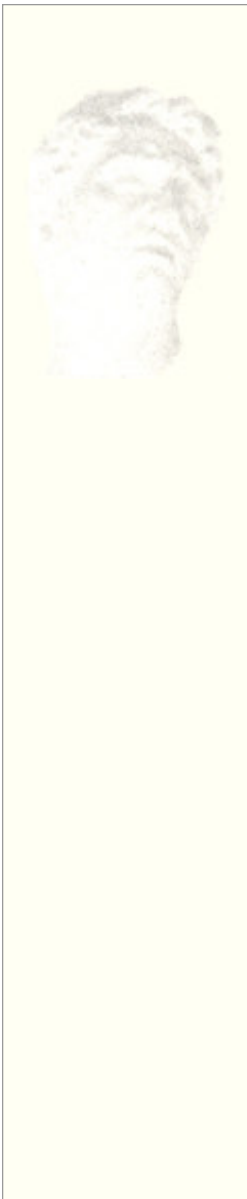
Em cerca de 90% dos doentes, o tratamento efectuado foi predominantemente médico; em cerca de 10% dos doentes foram utilizadas, como terapêutica única ou em complemento da terapêutica médica, bloqueios analgésicos (epidurais, subaracnoideus, plexo celíaco, plexo hipogástrico, nervos periféricos, ...), rizotomias percutâneas por termocoagulação, TENS, etc.

Outras técnicas, como hipofisectomia e administração intraventricular de analgésicos, foram utilizadas em alguns doentes, mas rapidamente abandonadas.

Métodos ligados à Fisiatria têm sido muito utilizados não só no que respeita à terapêutica mas também profilacticamente.

A CONSULTA DA DOR DO CENTRO REGIONAL DE ONCOLOGIA COIMBRA

Dr.^a. Paula Capelo Dr.^a. Fernanda Curado



A consulta da dor no IPO de Coimbra já existe há alguns anos, tendo começado por funcionar sem um espaço próprio e recorrendo muitas vezes ao bloco operatório para a execução de técnicas invasivas.

Há cerca de 2 anos, passou a ser integrada no edifício das consultas externas, com espaço e staff próprios.

FUNCIONAMENTO

A consulta funciona 3 dias por semana (2^a, 4^a e 6^aF), em local próprio, estruturado para o efeito.

É efectuada por um anestesista, com o apoio da enfermeira da consulta.

Todos os doentes observados são registados pelo Secretariado das Especialidades Médicas, possuindo a consulta código próprio. O resumo da história clínica, a observação e as terapêuticas efectuadas são registadas no diário clínico que acompanha o processo do doente.

Para além da consulta propriamente dita, é também dada a orientação terapêutica aos doentes internados, já ligados, ou não, à consulta. A articulação com os outros serviços é efectuada através do chamado “envio”, precedido, ou não, de contacto telefónico prévio.

PESSOAL

São três os anestesistas ligados à consulta da Dor, com uma rotatividade de 1,5 mês cada um.

Uma enfermeira dá apoio permanente, estando também disponível

para orientar os doentes nos dias em que não há consulta.

O anestesista, sempre que a situação o justifique, pode pedir a colaboração da Neurologista, do Psiquiatra ou do Internista, cujas consultas funcionam em gabinetes contíguos.

Por vezes, a consulta é enriquecida com a participação de internos de Clínica Geral.

ACESSO ÀS CONSULTAS

Têm acesso à consulta os doentes enviados pelos colegas das diferentes especialidades do IPO, ou através do médico de família. Os pacientes admitidos a esta consulta são todos do foro oncológico, com excepção de um ou outro caso.

ÁREA E LOCALIZAÇÃO

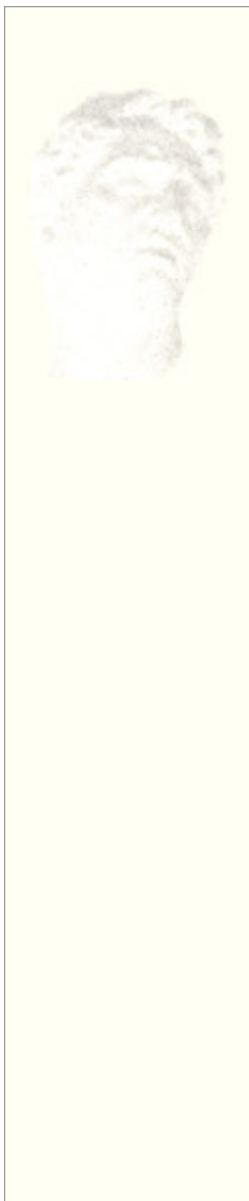
Conforme referido, a consulta da Dor está integrada no edifício das consultas externas.

Dispõe de um gabinete de consulta, de uma sala de tratamentos, devidamente equipada, e de uma sala com duas camas, que funciona como hospital de dia até às 15 horas.

OUTRAS ACTIVIDADES

Têm sido desenvolvidas Acções de Formação aos Médicos de Família, e em cursos de enfermagem.

É dada colaboração na formação de internos de clínica geral, a efectuarem estágio de Oncologia Médica no IPO.



DIFICULDADES E ESPERANÇA NO TRATAMENTO DA DOR

Dr. Victor Coelho



O estudo e alívio da DOR em todas as épocas suscitou a curiosidade do homem, reduzido, durante longo tempo, a especulações de ordem intelectual.

O problema da dor é muito amplo e inclui a necessidade de conhecer os aspectos básicos anatómicos, fisiológicos, farmacológicos, bioquímicos e sociológicos do problema.

Enquanto a dor aguda proporciona ao doente um aviso sobre a existência de uma disfunção, a sua cronocidade supõe para o doente, o médico, a família e a sociedade um importante repto.

Até há bem pouco tempo, este problema da dor apresentava algumas deficiências (algumas ainda não ultrapassadas) no seu manejo por:

O tema “DOR” não é contemplado na Planificação do Ensino nas nossas Escola Médicas. Perde-se no meio de todas as matérias leccionadas, repartido nas várias patologias dos vários órgãos ou aparelhos. A informação para estudantes e profissionais de saúde é rara ou quase inexistente. Isto dá lugar a uma aplicação inadequada dos conhecimentos e terapias disponíveis.

Devido à escassez dos quadros, alguns médicos, em exercício, pouco tempo e esforço podem dedicar a atender estes doentes.

A complicada natureza dos problemas da dor crónica torna quase impossível o êxito do tratamento por um só médico.

Durante muito tempo, ensinou-se aos estudantes a utilizarem a dor como uma ferramenta diagnóstica, a aplicarem as mesmas modalidades terapêuticas para se aliviarem a dor aguda e a dor crónica.

Observa-se um baixo consumo de analgésicos opióides em quase todos os países, relacionado com vários factores.

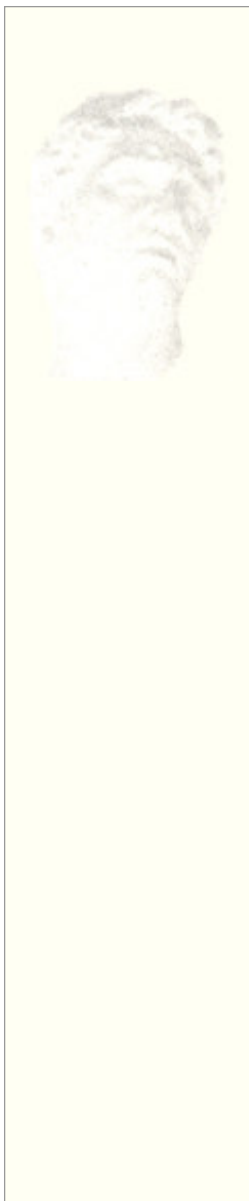
Destacamos, pela sua importância, o rígido controlo a que estão submetidos estes medicamentos, sobretudo em medicina ambulatória.

A receita dos estupefacientes enfrenta dificuldades injustificadas na sua utilização. Corrobora isto, o amplo uso de um fármaco opióide agonista-antagonista, aparecido no mercado.

As consequências de muitos entraves deste tipo, burocrático e legal, conseguem que o controlo de estupefacientes seja à custa da irracionalidade da sua escassa utilização.

Por último, existem factores importantes em relação às atitudes dos doentes, e sobretudo dos familiares, (por vezes são estes que pedem para não usar - ou atrasar o mais possível - a prescrição de opióides, devido ao significado atribuído à sua utilização, que popularmente está associado à morte).

E a fraca sensibilidade do Poder (Governantes, Direcções Hospitalares, Direcções de Serviço) para fomentar o aparecimento de Unidades de Tratamento de Dor, até há bem pouco tempo o que levou à sua escassa divulgação e organização.



EXPERIENCIA NA TERAPÊUTICA DA DOR NO HOSPITAL DO FUNDÃO

Dr^a Lurdes Borges

Dr^a Gabriela Valadas

Enf^a Lurdes Soares

Dr. Daniel Cartucho

Dr. A. Lourenço Marques

INTRODUÇÃO

A terapêutica da dor crónica, um sintoma determinante na génese da experiência do sofrimento, deve constituir uma preocupação maior. Quando persiste, de uma forma totalmente inútil, representa uma das causas mais importantes da deterioração da qualidade de vida dos doentes. Infelizmente, a dor crónica constitui o sintoma dominante na maioria dos doentes com neoplasias que ultrapassaram a fase de cura. Existe entre 30-50% dos casos em que há metastização e pode atingir valores situados na casa dos 90% da doença, nas fases avançadas. Esta dor tem a maioria das vezes a intensidade moderada ou intensa. A pouca atenção pelo problema está, porém, ainda muito generalizada, agravando-se nos países menos desenvolvidos. Um dos motivos fundamentais tem por base uma deficiente formação dos profissionais envolvidos sobre o problema.

De acordo com Lobo Antunes, o médico “comum” tem dificuldade em tratar a dor porque, entre outras razões, tem um conhecimento deficiente da farmacologia dos analgésicos e teme, de forma injustificada, a sobredosagem e o risco da habituação.

René Leriche afirmou, com grande perspicácia, que “a única dor que é fácil de suportar é a dos outros”. Isto talvez justifique o facto de ainda vingar, com muita frequência, a visão de a dor ser uma mera consequência das doenças. Esta atitude é prejudicial à abordagem da dor crónica, que passou a ser, de uma forma manifesta e ela própria, uma doença, susceptível de tratamento.



* - Curso multidisciplinar para 20 formandos "O doente em situação terminal e os cuidados paliativos", co-financiado pelo FSE, 30 horas, 22 a 26 Setembro, 1997; Estágios de enfermagem de alunos da Escola Superior de Enfermagem Dr. José Lopes Dias, Castelo Branco; Observação pós graduada de 2 enfermeiras diplomadas do I. P.O. de Lisboa, (durante duas semanas (Janeiro de 1999); O Serviço de Anestesia e a Unidade de Tratamento da Dor organizam o I Encontro sobre o Estudo e o Tratamento da Dor, subordinado ao tema "O papel das Unidades de Tratamento da Dor na assistência à dor oncológica", no dia 22 de Outubro de 1999, realizado na Universidade da Beira Interior, com 270 participantes.

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. Indicação do médico de família;
4. Acompanhamento, na primeira consulta, por familiar ou alguém que o substitua;
5. Ter residência no distrito de Castelo Branco.

Exige-se ainda que o encaminhamento do doente para a assistência na UTD seja feito por um médico assistente, quando entenda que é necessário este recurso para o tratamento da dor crónica. A outra indicação é o acompanhamento da fase terminal da doença, respeitando a vontade do doente.

Critérios de admissibilidade na UTD

Compreender isto traduz uma mudança na mentalidade médica essencial para resolver esta situação negativa.

A dor não é porém o único problema dos doentes com neoplasias incuráveis. Mas pela sua alta prevalência e pelo peso que tem na vida dos doentes, pode ter algum papel polarizador da assistência complexa que as situações de fim de vida implicam.

A experiência da Unidade de Tratamento da Dor do Hospital Distrital do Fundão constitui uma iniciativa pioneira dentro deste domínio. As suas características são descritas no presente artigo.

UNIDADE TRATAMENTO DA DOR

Organização

A Unidade de Tratamento da Dor (UTD) "Comendadora Maria Eva Nunes Corrêa", do Hospital Distrital do Fundão, é uma estrutura criada em 20 de Novembro de 1992, na sequência de eco público, através da imprensa local, do caso de um doente com neoplasia avançada da cabeça, uma forma particularmente mutilante de evolução arrastada. Residente no distrito de Castelo Branco, o doente, na fase terminal da doença, encontrava-se no domicílio "abandonado" do ponto de vista médico e assistencial.

O objectivo desta Unidade, então criada, foi a concretização das acções necessárias ao "estudo clínico, avaliação e tratamento da dor crónica, especialmente implicada na evolução de doenças malignas, até às fases terminais".

Isto é, a UTD destina-se a actividade assistencial, mas também potencialmente formativa. E, à medida que a actividade aí desenvolvida começa a ser conhecida, esta componente formativa tem tido expressão, não só a nível interno, mas também no externo.

A UTD, estrutura única do género na região, serve uma cidade e um distrito que no censo de 1997 apresentavam, respectivamente, 32.089 e 232.932 habitantes. Actualmente com 10 camas, funcionou até Setembro de 1998 com 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

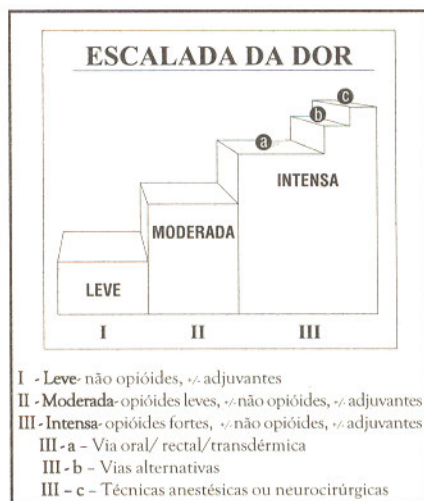


FIGURA 1 - Escada analgésica da OMS, modificada.

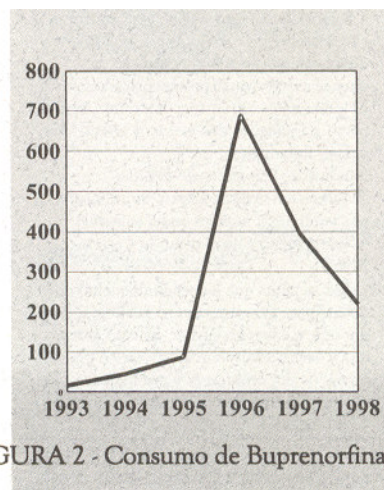


FIGURA 2 - Consumo de Buprenorfina.

com biblioteca e arquivo e uma sala de espera. Na nova apresentação, existem mais uma enfermaria de quatro camas e um posto de enfermagem situado numa posição central.

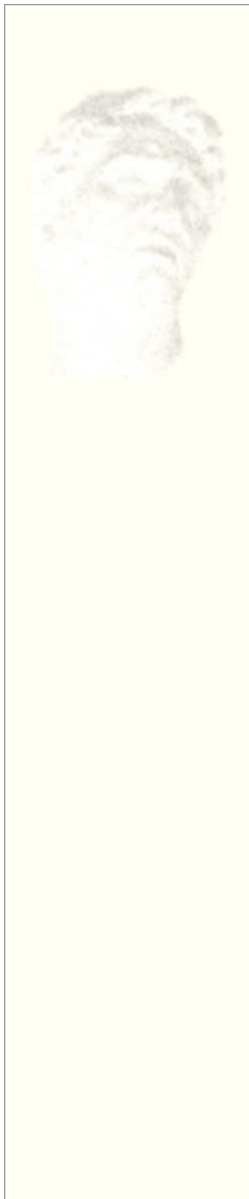
Integrada no Serviço de Anestesiologia, teve a excelente cobertura da enfermagem do Serviço de Cirurgia até ao seu alargamento recente. Hoje dispõe de enfermagem autónoma, constituída por sete elementos. Os doentes podem beneficiar das especialidades de Medicina Interna e de Cirurgia Geral, bem como de Psiquiatria. Participa também uma Psicóloga Clínica, um Fisioterapeuta, uma Dietista e uma Assistente Social. Não esquecendo o pessoal auxiliar, dispõe também do trabalho do voluntariado e da assistência do Capelão.

Funcionamento

Os doentes são assistidos através da 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 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. Existe articulação com o serviço domiciliário do Hospital.

METODOLOGIA BÁSICA DA TERAPÊUTICA DA DOR

Relativamente ao tratamento da dor neoplásica, a nossa metodologia básica é a aplicação da escada analgésica da OMS, com três escalões (figura 1), ajustada do seguinte modo (Barón, 1996): no terceiro patamar, ao qual ascendemos na sequência dos dois anteriores, que servem para a escolha dos analgésicos não opióides e opióides fracos respectivamente, usamos os opióides fortes, podendo visualizar-se mais dois níveis, um para os casos em que há impossibilidade de empregar a via oral, a via transdérmica (Fentanil) ou a via rectal, e um último nível quando é necessário intervir com outras técnicas invasivas, nomeadamente os bloqueios nervosos e outras intervenções destrutivas



do tecido nervoso.

No terceiro escalão, usamos a morfina, em doses progressivas, de acordo com a intensidade da dor, sem estabelecermos um limite de dose, ou seja, o nosso limite é o controle eficaz da dor ou o aparecimento de intolerância, que pode ser manifestada por efeitos secundários incontroláveis. A via oral, quando praticável, é a que preferimos e a base da administração é a regularidade horária.

Em alguns casos também usamos a buprenorfina, por via sublingual. Na nossa Unidade, porém, este fármaco encontra-se em franco desuso (figura 2), porque a superior qualidade do controle da dor conseguido pela morfina e a melhor versatilidade na utilização desta, justificam a preferência.

Quando a via oral não é exequível por problemas locais, vômitos persistentes ou alterações do estado de consciência (muitas vezes na fase terminal) e depois de ponderada a utilização de fentanil por via transdérmica, passamos a um outro nível. Administramos então a morfina por via subcutânea, através de agulha butterfly implantada na parede anterior do tórax ou na parede abdominal. Esta é feita quer com regularidade horária, quer por meio de bomba infusora de administração contínua, com suplementos S.O.S., pela mesma via. Também por esta via, administramos outras substâncias, podendo uma delas ser misturada com a morfina: midazolam, butilescopolamina, haloperidol, clorpromazina, metoclopramida, hidroxizina e dexametasona.

No último nível, quando não é possível o controle pelos meios habituais (casos de neoplasias do pâncreas, das vias biliares e do estômago), fazemos a administração de opióides por via sub-dural, com cateter permanente tunelizado (5 ou mais mg de morfina em 10 c.c. de DW 5%, em intervalos de 10-12 h, com ou sem associação de bupivacaína).

Utilizamos também uma bomba PCA para administração dos medicamentos pelo cateter peridural, com uma base de infusão contínua, suplementada por bolus administrados pelo próprio doente. Neste nível, ponderamos também a execução de bloqueios de plexos. A associação com medicamentos adjuvantes faz-se desde o primeiro degrau da escada, de acordo com a etiologia e a natureza da dor. Na dor, associada a metastização óssea e hipercalemia, ponderamos ainda o uso de bifosfonatos por via I.V.

Embora possamos afirmar que a dor oncológica se alivia eficazmente em cerca de 90% dos casos com as técnicas referidas, a dor neuropática é, no entanto, a mais rebelde ao tratamento. Utilizamos também medicamentos adjuvantes, os anticonvulsivantes e os antidepressivos com o reforço dos opióides.

A utilização de gabapentina tem-se revelado útil, em alternativa à carbamazepina. Em algumas situações solicitámos ao serviço de fisioterapia emprego de TENS (estimulação eléctrica nervosa transcutânea). Nas fases terminais, com dor refractária ou ultrapassada do ponto de vista terapêutico, procuramos obter benefícios com a associação de midazolam, por via subcutânea.

Como regra, não praticamos ressuscitação tardio-respiratória (doenças oncológicas avançadas).

RESULTADOS

Até 31 de Dezembro de 1998, houve 517 internamentos, tendo sido directamente acompanhados na fase terminal 282 doentes, quer no hospital quer no domicílio.

A distribuição (Quadro I) é feita de acordo com as particularidades dos síndromas dolorosos crónicos consoante a localização: Cólon/Recto

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Cabeça e pescoço	6	5	13	8	8	5
Pulmão	1	3	4	4	2	5
Mama	1	5	4	4	4	8
Estômago	11	4	6	8	6	8
Pâncreas	1	1	6	5	3	4
Cólon/recto e ginecológico	7	9	3	12	15	13
Renal e bexiga	2	2	3	3	4	1
Próstata	3	1	2	3	4	5
Outros	4	4	7	5	9	9
TOTAIS	36	34	48	52	54	58

QUADRO I - Distribuição da localização da patologia neoplásica em doentes acompanhados na fase terminal

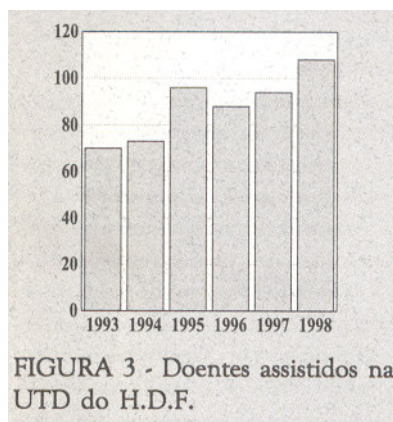


FIGURA 3 - Doentes assistidos na UTD do H.D.F.

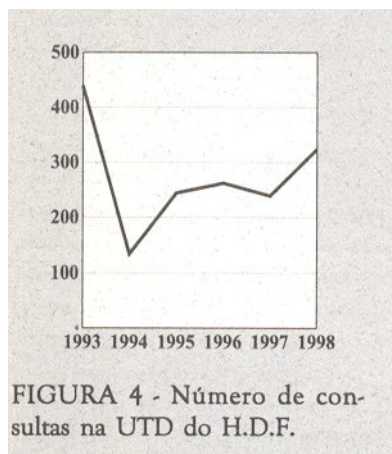


FIGURA 4 - Número de consultas na UTD do H.D.F.

e Ginecológicas, Estômago, Cabeça e Pescoço, Mama, Pâncreas, Pulmão, Próstata e Rins/Bexiga.

O Quadro II regista os totais, assim diferenciados, falecidos no mesmo período.

Cabeça e pescoço	45
Pulmão	19
Mama	26
Estômago	44
Pâncreas	20
Cólon/recto e ginecológico	59
Renal e bexiga	15
Próstata	18
Outros	38
TOTAL:	282

QUADRO II - Regiões anatómicas, aparelhos e órgãos mais atingidos.

Neste período dos seis 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. Os Hospitais, para além do Fundão, que enviaram doentes para esta Unidade são o Hospital Amato Lusitano-Castelo Branco e o Hospital Distrital da Covilhã. Houve também vários doentes orientados pelo Institutos de Oncologia de Coimbra, Lisboa e Porto e, ainda, pelos Hospitais da Universidade de Coimbra.

É patente um progressivo aumento dos doentes assistidos na UTD (Figura 3).

O número de consultas efectuadas, figura 4, 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, efectuaram-se vários domicílios, tendo havido casos com um enquadramento excepcional. Foi possível realizar

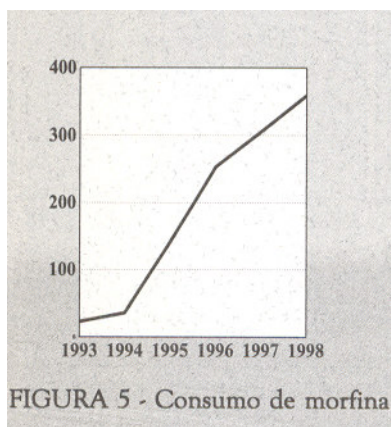


FIGURA 5 - Consumo de morfina

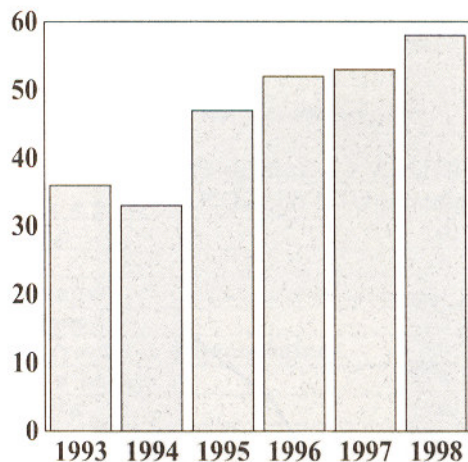


FIGURA 6 - Número de doentes assistidos no falecimento

aí, inclusivamente, transfusões sanguíneas.

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 conseqüentemente um tratamento mais adequado. No fundo, reflecte também a erosão do chamado mito da morfina.

Pretende-se, actualmente, melhorar a metodologia da avaliação da intensidade da dor, através da utilização regular de escalas apropriadas.

O consumo de morfina, figura 5, atingiu os seguintes valores expressos no quadro III.

O número de doentes assistidos no falecimento, nesta Unidade, com 36 no primeiro ano de funcionamento e 58 doentes em 1998, está representado na figura 6. Fica bem expresso que existe um número crescente de doentes que usufruíram da assistência da UTD, na fase terminal da doença oncológica.

COMENTÁRIO

Estes números aqui apresentados, e que reflectem a prática da terapêutica da dor na UTD do Fundão, traduzem uma abordagem concreta, um modelo organizativo possível, reflectindo ainda o estado da sensibilização para este sintoma. Do nosso ponto de vista, no entanto, muitos doentes continuam ainda a não beneficiar de um recurso deste tipo, que consideramos essencial.

Esta abordagem pelos números apresenta, no entanto, outros inegáveis benefícios para a instituição. Tomemos o exemplo do Serviço de Cirurgia onde a dor associada aos processos mórbidos e/ou acto cirúrgico vem tendo uma abordagem mais eficaz, fruto também de um despertar, de uma sensibilização, entretanto recebida para esta questão.

É conhecido que o consumo de opióides é um indicador fiel do nível de assistência à dor num dado distrito. Assim, é significativa a experiência na Unidade de Tratamento da Dor do Hospital do Fundão, onde o consumo de morfina para tratamento da dor crónica tem mostrado um crescimento significativo. Em 1993, o primeiro ano integral de funcionamento, o consumo foi de 22.810 miligramas.

Em 1998, atingiu 358.920 mg. Um crescimento importante, onde os

números falam por si.

Constatamos ainda um número crescente de doentes assistidos no fim da vida. Pensamos que tal facto corresponde a uma aceitação progressiva de uma Unidade com as características que esta apresenta. E isto, por si só, é algo positivo e que nos responsabiliza para dar resposta a uma comunidade cada vez mais desperta para o interesse da qualidade de vida, também nos últimos tempos da existência, e preocupada com a dignidade da morte. Realça-se a resistência em aceitar os antigos sentimentos ligados, de algum modo, à ideia da fatalidade de se viver no interior, promovendo-se também aqui serviços de boa qualidade como este, que é inclusivamente pioneiro no país. Os profissionais que aqui trabalham têm captado também, quer de outros profissionais dos Hospitais da proveniência dos doentes, quer dos próprios familiares destes, um reforço da relação de confiança, expresso por exemplo nos inúmeros testemunhos públicos de reconhecimento nela qualidade da assistência anuí desenvolvida.

Bibliografia

Barón, M. González, et al. Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de Soporte en el Enfermo com Cáncer. Editorial Medica Panamaricana, 1966, pp. 524

Lobo Antunes J. Um modo de ser. 6ª Edição, Editora Gradiva, Lisboa, 1977, pp. 98

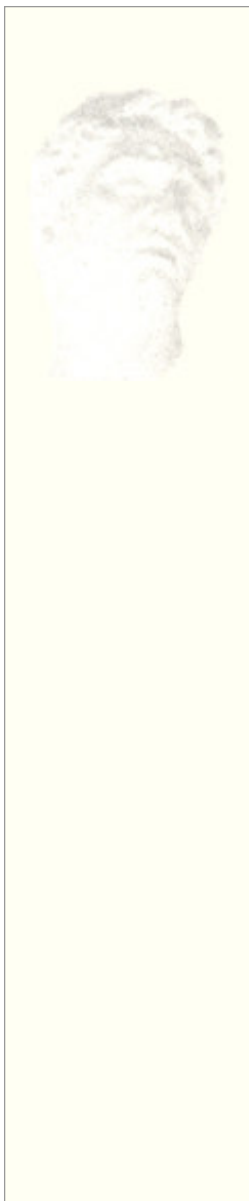
Wall, P.D., Melzak R. Handbook of Pain. Churchill Livingstone, London, 1994, pp. 261-274; 1337-1348; 1367-1380.

Cancer Pain Relief. Second Edition, World Health Organization, Geneve, 1996.

Doyle D. Edit. Opioids in the treatment of cancer pain. Royal Society of Medicine Services. London, New York, 1990.

Muriel C., Madrid Arias J.L. Estudio e Tratamiento del Dolor Agudo y Crónico. 2ª Edição, Editorial Libro del Año SL, 1995.

Doyle Derek. Domiciliary Palliative Care. Oxford University Press, 1994.



TRATAMENTO DA DOR NO HOSPITAL AMATO LUSITANO

Dr.ª Rita Resende

É desejável que esta entidade clínica tão temida não só pelos doentes e familiares, como pelo clínico, seja tratada numa consulta especializada e multidisciplinar. Esta deveria englobar não só o responsável pela consulta como clínicos responsáveis pelo doente das diferentes áreas - Cirurgia, Oncologia Médica, Radioterapia - o psiquiatra, a assistente social, ou seja, todos os que de alguma maneira contribuem para o minorar da doença oncológica.

Infelizmente, no H.A.L. não temos ainda uma consulta direccionada para a problemática desta patologia. Desde a abertura da Unidade de Administração de Citostáticos (U.A.C.) do Hospital, há aproximadamente três anos, que aguardamos a constituição de uma equipa para o tratamento da dor oncológica, pelo que sempre que a nossa capacidade de intervenção se esgota recorreremos à Unidade de Terapêutica da Dor do Fundão, assim como nos casos em que o doente e/ ou a família nos solicita o envio para aquela Unidade.

A expressão dos números dos doentes que temos tratado na U.A.C., bem como a metodologia seguida, são apresentados na comunicação.

ANO	TRATAMENTOS			DOENTES
	H	M	TOTAL	
1996 (Janeiro a Setembro)			284	
1996 (Outubro a Dezembro)	92	148	240	66
1997	1206	740	1946	120
1998	832	481	1313	118
1999 (1º Semestre)	433	487	920	96

Movimento da Unidade de Administração de Citostáticos do HAL

UNIDADES DE TRATAMENTO DA DOR: QUE POSSIBILIDADES OU DIFICULDADES?

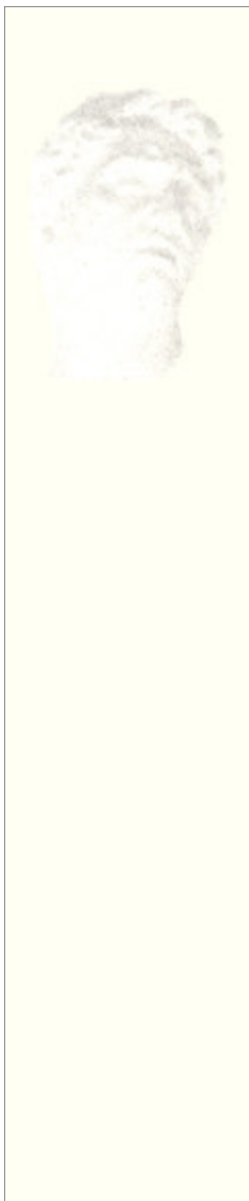
Dr. A. Lourenço Marques

A preocupação crescente acerca do tratamento da dor crónica, quer por parte dos médicos, quer de outros profissionais de saúde e também das próprias instituições, é um dado que, felizmente, começa a ser brevemente no nosso meio, mas que, todavia, precisa de crescer mais perante a envergadura do problema. Existe ainda, em grande medida, algum “desprezo” perante a dor que já não tem o significado de alerta ou sinal de uma doença a desvendar, e que portanto se tornou inútil, restando-lhe a carga perene do sofrimento. A cultura médica, virada para o sucesso da cura das doenças, parece não admitir bem o chamado “fracasso terapêutico” ou, seja, a realidade das doenças incuráveis ou terminais, isto é, aquelas que acabam por causar a morte do doente. Essas dores que persistem, quando a doença causadora já não é sensível à cura, podem porém sucumbir às armas terapêuticas da própria medicina.

Tais recursos médicos devem pois ser utilizados e democratizados.

Há diversas causas que justificam o nosso atraso, à semelhança de muitos outros países. Em primeiro lugar, talvez ainda não tenha sido suficientemente reconhecido o próprio problema, ou, seja, que a dor crónica é uma realidade com alta prevalência e que não recebe, em muitos casos, o tratamento adequado. Se tomarmos como exemplo o cancro, a doença em que o conhecimento e o tratamento da dor mais progrediram, sabe-se agora que é de alta prevalência na doença avançada, em particular nos tumores sólidos. Mas só nos últimos dez ou quinze anos tal realidade se tornou evidente, com a investigação realizada em vários países mais desenvolvidos, concentrando as atenções dos responsáveis e tornando-se numa prioridade dentro dos respectivos sistemas de saúde.

Entre os principais motivos desta lentidão na percepção e resolução do problema estão os que dizem respeito aos próprios profissionais de





saúde, que se reconhece serem determinantes: a insuficiente ou inadequada preparação profissional sobre o tratamento da dor, nomeadamente quanto aos aspectos teóricos; a inabilidade na avaliação deste sintoma ou mesmo a sua desvalorização ou depreciação, atitude que é eticamente lamentável; receios acerca da utilização de substâncias que têm um controlo especial, como é o caso da morfina; receio dos efeitos secundários dos analgésicos; medo da dependência psicológica e da diminuição de efeito no decurso do uso prolongado dos medicamentos (adição e tolerância respectivamente); etc. Estes receios constituem o chamado mito da morfina, que hoje, felizmente, se vai esbatendo.

Há também dificuldades relacionadas com os doentes: a relutância em falar apropriadamente sobre a dor sentida através de atitudes de negação e de ocultação do sintoma, com a falsa expectativa de assim os médicos se preocuparem mais com o tratamento da doença subjacente; receio mesmo de tais queixas se tornarem aborrecidas e virem a gerar a aversão dos profissionais, como se houvesse bons e maus doentes de acordo com as queixas. Há também problemas relacionados com a adesão às terapêuticas, ou, seja, o cumprimento das prescrições, baseados em diversos factores culturais e sócio-económicos.

Finalmente, temos os problemas que se prendem ao sistema de saúde: à frente destes, e como o mais decisivo, está o fraco interesse pelo problema, manifestado pelos responsáveis. Embora a Organização Mundial de Saúde tenha definido o tratamento da dor como uma prioridade, em muitos países persiste o desinteresse por este aspecto da assistência. As consequências são dramáticas. Os medicamentos, nomeadamente os opióides, estão pouco acessíveis; há regulamentos muito restritivos sobre a sua utilização, a comparticipação é inadequada, tornando os tratamentos correctos demasiado caros para os doentes, que muitas vezes perderam a autonomia, ainda mais se forem velhos, fase da vida em que as doenças geradoras de dor aumentam. A contenção dos custos é, infelizmente, uma intenção demasiado vulgar e, por vezes, cega.

Temos a convicção, contudo, que devem ser os profissionais de saúde os impulsionadores decisivos da mudança. A responsabilidade do

insuficiente ou inadequado ou mesmo inexistente tratamento da dor crónica acabará por ser-lhes assacada em grande medida. Eles é que têm obrigação de identificar o problema, de o fazer sentir e em consequência de exigir, a quem de direito, os meios necessários para a sua solução.

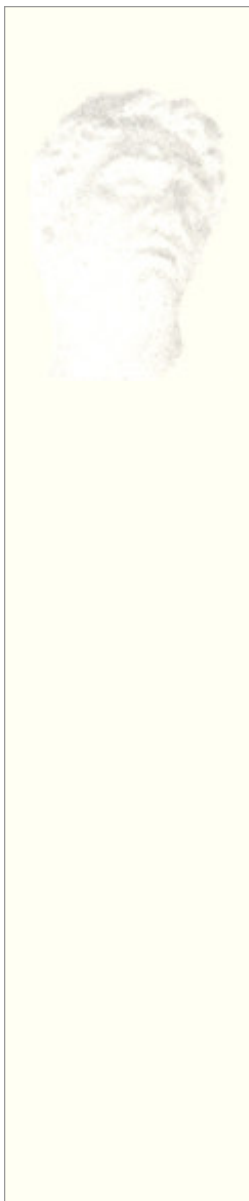
Um dos aspectos mais sensíveis é mesmo o da organização dos serviços de assistência correspondentes, um assunto em aberto em muitos países, apesar de existirem orientações que permitem a sua concretização mais acertada.

O tratamento da dor é efectivamente uma obrigação de todos os médicos. No entanto, o estudo e o tratamento de alguns tipos de dor levantam dificuldades muito importantes, que obrigam ao recurso de meios e especialidades médicas e cirúrgicas nem sempre disponíveis em regiões mais periféricas.

As unidades de tratamento da dor podem ser classificadas em três grupos distintos: as unidades de tratamento multidisciplinar; as unidades de monomodalidades de tratamento (bloqueios nervosos, biorretroalimentação, etc.); e as unidades para tratamento de dores específicas, relacionadas com uma única doença ou com doenças aproximadas.

Embora a multidisciplinaridade seja uma característica que atravessa hoje qualquer área da medicina, as unidades de tratamento da dor multidisciplinares que se destinam ao tratamento de todos os tipos de dor crónica, têm que contar com uma equipa relativamente vasta de especialidades médico-cirúrgicas, devendo incluir anesthesiologistas, neurologistas, neurocirurgiões, psiquiatras, ortopedistas, fisiatras, psicólogos e enfermagem específica. Só com o contributo deste leque de especialistas será possível, verdadeiramente, considerar uma consulta de dor com capacidade para dar resposta e tratar objectivamente a totalidade dos síndromas dolorosos crónicos. Ora não é fácil, nas zonas mais afastadas dos centros, onde se concentram os meios médicos, dispor de tais consultas multidisciplinares.

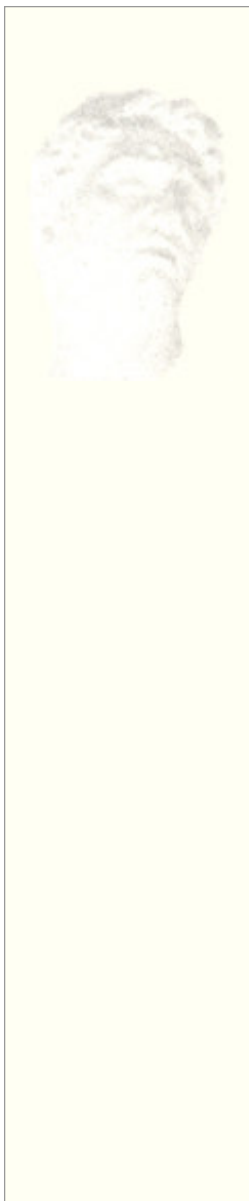
As consultas existentes nos serviços de Anestesia têm a particularidade de oferecerem um recurso específico muito importante, os bloqueios nervosos, e são, por isso, mais apropriadamente classificadas como consultas de monomodalidades de tratamento, ou



seja, restringem-se a um tratamento específico e especializado só aplicável a situações também específicas, longe de abrangerem o grande universo da dor crónica.

Outras unidades (caso da Unidade de Tratamento da Dor do Hospital Distrital do Fundão, criada em Novembro de 1992) destinam-se ao tratamento de dores específicas. Esta unidade, tratando a dor oncológica, em particular de doentes em que a doença já não tem cura, pratica também a medicina paliativa, que é uma abordagem científica da situação de doença incurável e progressiva, tendo em atenção precisamente a qualidade e a dignidade da vida antes da morte. Trata-se de um serviço exequível no nosso meio, para os casos definidos pelos critérios de admissão. A sua actividade tem sido objectivada a partir dos consumos de analgésicos específicos do tratamento da dor crónica desta doença (opióides). Tais valores, definidos pela Organização Mundial de Saúde como bons indicadores da qualidade do tratamento, permitem avaliar também os próprios serviços.

Em conclusão, este tipo de Unidade, com os recursos actualmente existentes e as orientações que presidem à sua actividade, desenvolve o trabalho, em especial, no âmbito da medicina paliativa, assumindo-se como integrante desta assistência



INTERFACE DO TRATAMENTO DA DOR E A MEDICINA PALIATIVA

Dr.ª Isabel Galriça Neto



“Interface “ remete-nos para a ideia de superfície de contacto, de partilha e ligação.

Esta parece-me ser precisamente a ideia central a sublinhar relativamente às áreas da Medicina e Cuidados Paliativos e à do tratamento da dor. Estamos, em meu entender, em presença de duas matérias que , apesar das especificidades de cada uma, partilham aspectos comuns inevitáveis.

Da definição de Medicina Paliativa pela Associação Europeia de Cuidados Paliativos gostaria de destacar o seguinte refere-se aos cuidados médicos apropriados dos doentes com doença avançada, progressiva e incurável, em que o foco central é a manutenção da máxima qualidade de vida possível, sendo o prognóstico normalmente limitado. Este tipo de cuidados obriga a considerar as necessidades da família antes e depois da morte do paciente.

Esta definição apoia-se classicamente em três grandes áreas: a do controlo dos sintomas, a do apoio psico-social e da comunicação, e a do apoio à família.

Porque todos os médicos com actividade clínica se deparam, mais cedo ou mais tarde, com doentes em situação terminal, é desejável que todos eles possuam aptidões básicas nesta área, por forma a estar bem preparados para responder às necessidades daqueles que apoiam - mesmo não curando.

Apesar da especificidade que advém deste tipo de problemática, poderemos, a meu ver, considerar a Medicina Paliativa como uma Medicina generalista que partilha com outras áreas do TRATAR e CUIDAR uma abordagem global, que tem no centro as necessidades da pessoa doente como um TODO. Será assim uma medicina que se estende na horizontal, partilhando saberes que provêm de áreas tão diversas como



a Anestesiologia, a Oncologia, a Medicina Geral e Familiar, a Radioterapia, a Psicologia e o Apoio Social.

O controlo da dor será pois, uma das vertentes que obrigatoriamente se inclui nos cuidados paliativos, quer pela abordagem global que obviamente se preconiza, quer pelo relevo que este sintoma detém para os doentes e seus familiares. Apesar da maioria das séries não o referir como o sintoma mais frequente na fase avançada das neoplasias e outras doenças progressivas - é normalmente ultrapassado pelo síndrome de astenia/anorexia -, a dor detém uma importância incontornável para todos aqueles que lidam com o sofrimento, o mesmo será dizer, com a chamada DOR TOTAL.

Nesta perspectiva, e apesar dos progressos farmacológicos na área da dor oncológica, encontramos ainda uma percentagem que varia entre 5-10% de dores de difícil controlo. Aqui faz todo o sentido que o recurso a técnicas ditas invasivas se faça, sendo as Unidades de Dor e seus profissionais chamados a dar o seu inestimável contributo para a satisfação das necessidades dos nossos doentes.

Sendo desejável que a abordagem da dor se faça de forma global, atendendo à pessoa como um todo e ultrapassando o “mero “ aspecto sintomático, poderemos assim descobrir alguns dos aspectos da interface a que inicialmente aludíamos.

Penso, todavia, que poderemos considerar a área do controlo da dor preconizada para as Unidades de Dor - unidades de referência para situações específicas - como uma linha de desenvolvimento vertical da Medicina. A interface existe; estamos é neste último caso a considerar uma frente da Medicina que detém práticas e metodologias mais intervencionistas.

Se os profissionais de Cuidados Paliativos e das Unidades de Dor se detiverem nas verdadeiras necessidades daqueles que atendem e se fizerem da resposta às mesmas o eixo central do seu trabalho, veremos que não existe lugar para confrontos entre uns e outros.

As controvérsias existirão sempre. As metodologias poderão ter aspectos específicos. Os doentes, contudo, serão os mesmos e esses precisam do contributo de todos aqueles que estão verdadeiramente interessados em lutar por eles.

A INFORMAÇÃO E A DESOCULTAÇÃO DA DOR

Dr. Fernando Paulouros Neves

“...as palavras mordendo a solidão
atravessadas de alegria e de terror”

Eugénio de Andrade



O silêncio, explicava Sartre num belíssimo texto sobre Paul Nizan, é a melhor maneira de ocultar um homem. Quando a semente de silêncio germina e se impõe à realidade, produz-se a mais radical negação da vida: uma espécie de morte antecipada que a história, depois, reduz a pó.

A Informação é condição de vida. E hoje está em todo o lado. O lugar e o tempo do acontecimento regressaram ao discurso da história, menos para fazer a crónica de circunstância do que para tipificar uma nova matriz civilizacional.

Somos incapazes de imaginar-nos a viver em sociedades privadas de informação. E este século, que já nos deu o melhor em louvor do Homem, desde as inúmeras conquistas da ciência e da tecnologia até ao sonho materializável de pisar outro planeta, também nos ofereceu o pior, um longo inventário de crimes contra a Humanidade onde figuram as duas guerras mundiais com os seus cortejos de sangue, os holocaustos, a lâmina de dor de Auschwitz, a terra queimada do Vietname, as valas comuns, os Ruandas, as fomes, a morte anunciada de uma casa comum chamada Terra.

Desde que na metáfora de Mc Luhan, o mundo se transformou numa enorme aldeia planetária, a história humana tornou-se cada vez mais uma corrida entre a comunicação e a catástrofe. A visibilidade da dor, nas suas múltiplas expressões, passou a fazer parte do quotidiano.

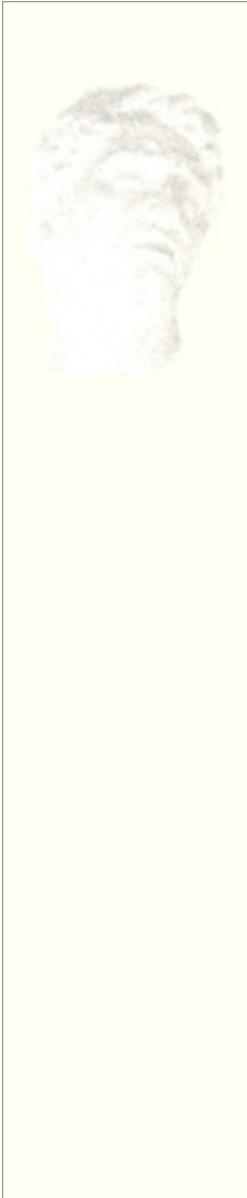
Dilatado o mundo, o tempo das notícias sofreu transformação radical. Mais do que nunca, o jornalista é testemunha selectiva da realidade e essa nova forma de olhar tem reflexo no plano da escrita ou na caligrafia

dos sons e das imagens. Todos estamos envolvidos nos acontecimentos e deles somos, ao mesmo tempo, participantes e reflexo.

Nesta mudança estrutural, o jornalismo deu à emergência do quotidiano expressão factual: “o presente cada vez mais nos impõe o vivido”.

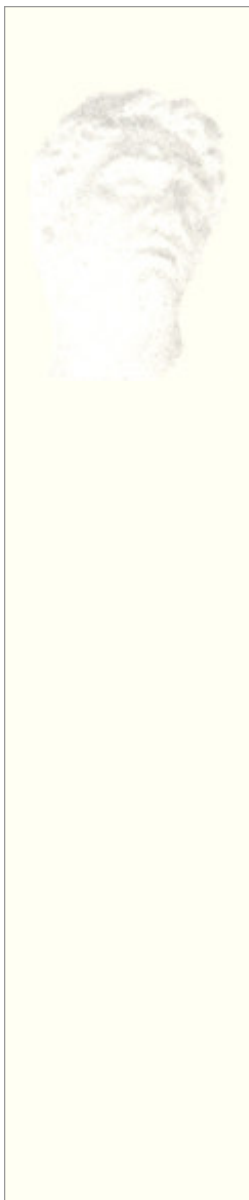
Mesmo que a tendência para produzir a própria realidade, mesmo que os perigos da manipulação nos inquietem, a Informação é um fenómeno ligado à libertação do homem e, sobretudo, à preservação da memória. Foi a Informação que dilatou as precárias unidades sociais e tornou possível, em larga medida, a libertação da palavra e do gesto, e hoje, a vivência da contemporaneidade. Foi um caminho que se fez caminhando, desde as palavras balbuciadas a medo ao espectáculo da mundialização dos acontecimentos.

Um grande poeta, Carlos de Oliveira, disse: “as solidões somadas pesam mais que uma só”. A Informação desfaz o nó da solidão. Mesmo que as palavras, às vezes, surjam “atravessadas de alegria e de terror”.



A DOR HUMANA E O MISTÉRIO DO SOFRIMENTO

Prof. Doutor Daniel Serrão

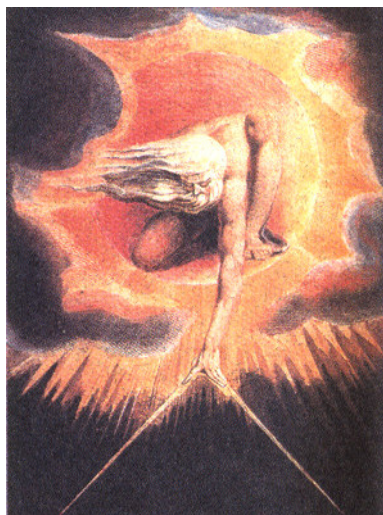


Uso a palavra mistério num sentido muito particular e sem conotação religiosa, metafísica ou transcendental. O que quero dizer é que sabemos muito sobre a substância da dor e muito pouco sobre a sua natureza essencial e o seu lugar na economia do viver humano, como sofrimento.

Os neuro-anatomistas têm feito um trabalho extraordinário para conhecer o que tenho chamado os “fios” da dor; ou seja, as estruturas nervosas que, a partir de uns corpúsculos morfológicos, de uma grande beleza e harmonia quando observados em microscopia electrónica, vão provocar a circulação de um estímulo eléctrico ao longo de um fio condutor; estes corpúsculos neurais, nos quais o estímulo gera urna circulação de um sinal eléctrico que vai ser, depois, percebido como dor, estão localizados em áreas estratégicas, todas relacionadas com a sobrevivência e funcionam como sinais de alerta em relação a estímulos com significado de ameaça - o calor ou frio excessivos, a acção mecânica, a acção química, todos são, em muitas variedades, estímulos dolorosos.

Os bioquímicos têm progredido imenso para nos explicarem como um estímulo eléctrico se transforma num sinal químico e como à comunicação com fios se sucede uma telegrafia sem fios, que usa moléculas químicas significastes que, como as palavras da linguagem articulada, produzem um efeito.

Os especialistas das neuro-ciências, mais dedicados ao estudo do sistema nervoso central, explicam-nos como actua esta central processadora de sinais e, curiosamente, dizem-nos agora que estes sinais de alarme são processados no nosso cérebro filo-geneticamente mais antigo, o nosso cérebro reptiliano, o qual reage imediatamente, ordenando um efeito. Se eu, distraído a conversar, tenho, na mão, um fósforo aceso, sacudo-o, imediatamente, logo que sinto a dor da queimadura; mas este movimento brusco foi resposta de um cérebro



antigo reptiliano, minimamente supra-talâmico. Esta dor, no instante em que foi estímulo e provocou uma resposta motora, não me provocou qualquer sofrimento. Uma flictena no dedo indicador pode durante um ou dois dias produzir-me algum incómodo, mas não me causa qualquer sofrimento.

Atrevo-me, pois, a afirmar que a dor humana é uma realidade biológica, quase uma banalidade, comum aos grandes metazoários e ao homem. Mas afirmo, também, que o sofrimento humano partilha do que ainda é o mistério da consciência reflexiva ou auto-consciência, qualidade específica dos seres humanos.

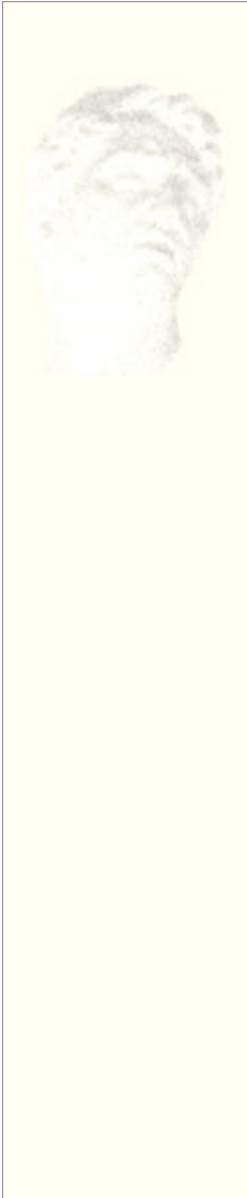
O médico tem a singular responsabilidade de acolher pessoas humanas, que são unidades substanciais de corpo e de espírito ou, como diz um pensador moderno, que são espíritos encarnados.

A formação científica do médico, a sua sabedoria anatómica, histológica, químico-física, fisiológica, permite-lhe conhecer o corpo do homem como uma máquina termodinâmica especial que vai lutar durante umas dezenas de anos contra a entropia até ser, por ela, vencida e deixar de poder ser, como são todos os seres vivos, medidora do tempo biológico e cósmico.

Mas esta formação científica do médico não lhe dá uma explicação coerente para compreender a pessoa que está sentada na sua frente, no momento mágico da primeira consulta e se queixa porque sofre. A genética é um programa, não é uma explicação. Entre a possibilidade e o acto, fica um vazio que não sabemos, ainda, preencher. O programa genético que faz aparecer, nas células nervosas, receptores gaba-érgicos ou receptores para endorfinas, não é uma explicação dos efeitos resultantes do uso destes neuro-receptores.

A pergunta radical - porque é que o ser humano sofre ou como sofre o ser humano - não pode ser respondida por uma ciência que é, por necessidade metodológica, redutora. Mas também não pode ser respondida por uma metafísica que é, também por necessidade metodológica, especulativa e, portanto, redutora.

Facts and fancies, na expressão de um pensador inglês, que os opunha, teriam valor diferente: *fact* é o real, *fancy* é a fantasia; o real vale, a fantasia é inútil ou pouco vale porque não poderá ser partilhada por outros.



Porém, na biologia, quando procuramos descobrir o que, no facto, é verdadeiramente “fáctico”, pouco nos resta como sugeri a propósito da genética e se vai tornar perfeitamente claro quando todo o genoma humano estiver descodificado ou cartografado. Por outro lado, se por *fancy*, entendermos não a fantasia, no sentido de ilusão fantástica ou fantasmática, mas a imaginação, encontramos-nos com a maior força do desenvolvimento humano e com a fonte de toda a criatividade que transformou o homem numa espécie triunfante.

A grande proposta para o entendimento da condição humana, na qual o sofrimento ocupa, há milénios, um lugar central, é a proposta bioética.

Esta proposta, no pensamento do criador da própria palavra bioética, Van Potter, tem os seguintes contornos. Primeiro, que os cientistas, biólogos moleculares, geneticistas, fisiologistas, bioquímicos, morfologistas e tantos outros estudem o *bios* para saberem, sempre cada vez mais, da natureza da vida, tal como se manifesta nas plantas, nos animais e no homem.

Depois, que os filósofos, antropólogos, sociólogos e teólogos estudem e saibam cada vez mais sobre a natureza espiritual do homem, o *ethos* humano.

Finalmente, que seja criada uma nova disciplina do saber que cruze os conhecimentos do *bios* e do *ethos*, para atingir uma sabedoria nova: a sabedoria de usar todos os outros saberes no benefício e salvação do homem e na melhoria da condição humana. A esta nova disciplina, a esta nova sabedoria chamou, Van Potter, bioética.

O sofrimento humano só pode ser compreendido nesta nova disciplina, nesta nova perspectiva que é a bioética. Porquê?

O sofrimento humano tem um componente bio, é a dor; a dor no seu suporte neurológico e neuroquímico e na perturbação de alguns circuitos neuronais que gera a percepção dolorosa; esta, no nível neuronal, é uma compensação (reward) afectiva negativa que tem efeito imediato quase sempre neuro-motor e, uma vez memorizado, condiciona comportamentos futuros; o objectivo ou teleonomia dos efeitos neuronais que se revelam na percepção da dor é a protecção do indivíduo face a estímulos ameaçadores que podem ser mortais.

Mas o sofrimento tem ainda um componente *ethos* que é afectivo e racional, que passa pela estrutura supra-talâmica e cortical mas não

tem, ainda hoje, uma explicação biológica.

Estes três ingredientes do sofrimento humano - o estímulo sensitivo, a valorização afectiva e a interpretação racional - vão ter um peso relativo muito diverso, consoante a natureza e a intensidade do estímulo, consoante a tensão maior ou menor do campo afectivo e ainda consoante a decisão racional resultante da análise do estímulo e da coloração afectiva. Por exemplo, o faquir que se deita sobre uma cama de pregos ou atravessa os espaços metacarpianos com agulhas tem, obviamente, dores biológicas neuronais, mas não tem sofrimento porque uma decisão racional bloqueou a expressão afectiva, tornando a cama de pregos ou as agulhas afectivamente neutras.

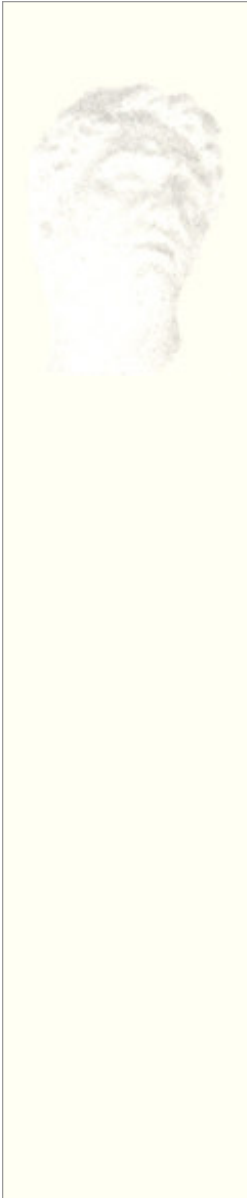
Por outro lado, estímulos dolorosos mínimos são percebidos como grandes dores, porque a tensão do campo afectivo está pré-orientada para maximalizar o efeito neurológico do estímulo. Este facto é bem evidente na resposta afectiva das pessoas que, por exemplo, têm de fazer uma colheita de sangue venoso para análises.

A dor do membro fantasma, por reverberação dos circuitos neuronais que memorizaram os estímulos dolorosos é, em regra, acolhida com muito menos sofrimento do que as dores sentidas antes da amputação.

Há por fim, nas situações de doença e fora delas, muito sofrimento com ausência de qualquer estímulo do circuito neuronal da dor, periférico ou central. E ainda a mutação patológica da dor física em prazer sexual.

A análise qualitativa das situações de sofrimento que se apresentam ao médico tem, portanto, de ser bioética; não chega o saber neurológico, não basta a empatia afectiva ou o rigor racional interpretativo; é necessário saber cruzar estes conhecimentos e atitudes e perceber que a morfina pode bloquear a reacção afectiva negativa, face ao estímulo doloroso, mas não exerce nenhum efeito sobre a componente racional do sofrimento (a menos que anule a auto-consciência).

A abordagem bioética da pessoa que sofre impõe, por conseguinte, uma preparação adequada do médico e dos outros profissionais que trabalham nas Unidades da Dor que terão de ser, também, Unidades de Sofrimento. A dor oncológica é particularmente complexa. O doente oncológico está afectivamente predisposto para ter dores porque, no imaginário de todos nós, está arquivada a associação entre cancro e dor. Muitos doentes conhecedores do seu diagnóstico, admiram-se por



não terem dores e até duvidam do diagnóstico - como é que posso ter cancro se não tenho dores?

A amplificação afectiva da dor oncológica quando esta, não neurologicamente, existe, é subliminarmente pressentida pelo doente como uma forma de obter o melhor tratamento ou mais atenção de médicos e enfermeiros.

Mas a dor oncológica é subtilmente modulada na sua expressão de sofrimento pela consciência da morte inevitável e próxima, em especial quando a actividade psíquica superior não está afectada directamente pela doença. A morte, vivida como o desmoronar de um grandioso edifício emocional e intelectual, construído ao longo de anos e que agora vai implodir, vai ser destruído a partir de dentro, pode causar, no doente oncológico um profundo sofrimento que é comunicado ao médico como uma dor que, neurologicamente, não existe.

A finura bioética do terapeuta da dor é aqui posta à prova, porque ela vai ter de navegar entre escolhos de difícil percepção e corre o risco de neles chocar e, assim, afundar as suas possibilidades de chegar a um bom porto terapêutico.

Se me é permitida uma sugestão final direi assim: na Unidade da Dor que queira ser Unidade do Sofrimento é necessário dispor de tempo, de todo o tempo preciso para avaliar a pessoa que sofre, queixando-se de dores, na sua complexidade biológica, psico-afectiva, familiar, social, profissional; esta avaliação deve ser feita por médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social e cada um faz o seu retrato compreensivo daquela pessoa que sofre; depois os vários retratos são confrontados em conjunto na reunião da equipa e é elaborado um plano terapêutico no qual cada um vai ter o seu papel, direi a sua missão, já que é de uma verdadeira missão que se trata. Atacada, por todos os lados, por uma acção bioética concertada, a dor oncológica, em regra, não resiste e a pessoa pode viver o seu processo de morrer com a serenidade possível.

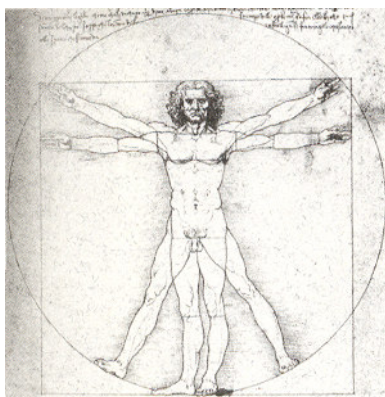
O gesto brutal de suprimir a vida porque a pessoa pede ou o médico decide, é que não é nunca uma solução para o sofrimento da pessoa; é mesmo a negação de qualquer solução porque não atenua o sofrimento da pessoa. Elimina a pessoa.

E a ninguém pode ser dado o poder de eliminar outra pessoa, sejam quais forem os motivos invocados.



O SENTIDO HUMANO DO ALÍVIO DA DOR

Padre Victor Feytor Pinto



1. A Unidade do Tratamento da Dor, no Fundão, constitui uma iniciativa local do maior interesse e que deveria ser seguida em todos os hospitais do país.

O tratamento da dor, o alívio do sofrimento, sobretudo quando desnecessário, é um problema de relação humana que exige ser encarado sem medo, nos processos terapêuticos, sobretudo nas situações terminais. Vencida a dor, a pessoa está mais disponível para viver com qualidade todo o tempo de vida que tem ainda à sua frente.

Agora, esta terapia da dor supõe a qualidade científica, técnica e humana que é sempre indispensável.

2. Toda a medicina está ao serviço da pessoa humana que os profissionais de saúde desejam ver feliz, para além das circunstâncias que está a viver.

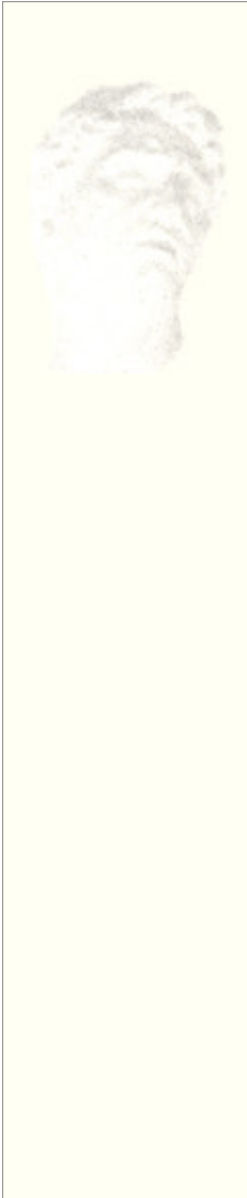
Os objectivos da medicina não são só a educação para a saúde e o tratamento do doente, são também o alívio do sofrimento e o acompanhamento do doente.

E nestas últimas expressões que se insere a medicina paliativa. No tempo da crise, a acção médica visa dar mais qualidade de vida à pessoa que se acompanha. Se a dor é muita, a pessoa descontrola-se e já não é capaz das grandes opções que os momentos mais importantes da vida lhe reclamam.

O ser humano, toda a pessoa, precisa da medicina na sua realidade bio-psico-social e cultural, precisa por isso do alívio da dor, sem o que toda a sua realização humana sai comprometida.

3. A dor humana pode no entanto ser importante e é, mesmo, por vezes, natural.

- a dor aparece como despertador, como indicativo, na definição do diagnóstico, do prognóstico e da evolução terapêutica



- a dor aparece como expressão de vida, no momento do parto, para o nascimento, no tempo do grito, na proximidade da morte
 - a dor aparece como desafio à criatividade, à investigação ou mesmo à busca de mais qualidade global
 - a dor aparece ainda como inimigo a enfrentar e a vencer, porque destrói a capacidade de realização e de felicidade.
- Avaliar a dor, descobrir o porquê dela e como ultrapassá-la, são desafios interessantíssimos que são colocados à medicina e à enfermagem, sobretudo nas situações limites.
4. Aliviar o sofrimento é humanizar a vida.
- a dor desnecessária deve ser eliminada
 - a dor excessiva deve ser aliviada por todos os meios
 - a dor não pode justificar processos de perda de consciência e da capacidade de decisão, pela ingestão de analgésicos
 - a dor pode ser controlada, neutralizando as consequências negativas
 - a dor deve ser educada para que o próprio doente ajude o técnico a orientar-se na administração de fármacos
 - a dor aceita pode constituir elemento positivo na referência filosófica e espiritual da pessoa que encontra nela sentido para valores superiores.
- O sentido da dor só se encontra no sentido da vida. Sem o sentido da vida, a dor não tem qualquer sentido.

CONCLUSÕES

I Encontro sobre
o Estudo e o
Tratamento da
Dor

UNIVERSIDADE
DA BEIRA INTE-
RIOR, 22 DE
Outubro DE
1999

Os participantes no I Encontro sobre o Estudo e o Tratamento da Dor, que decorreu na Universidade da Beira Interior, no dia 22 de Outubro de 1999, tendo em conta as exposições apresentadas e a discussão suscitada, definem como conclusões do Encontro as seguintes proposições:

1. O I Encontro sobre o Estudo e o Tratamento da Dor, face aos seus objectivos e à grande adesão verificada, veio de encontro a uma preocupação crescente em relação ao tema.

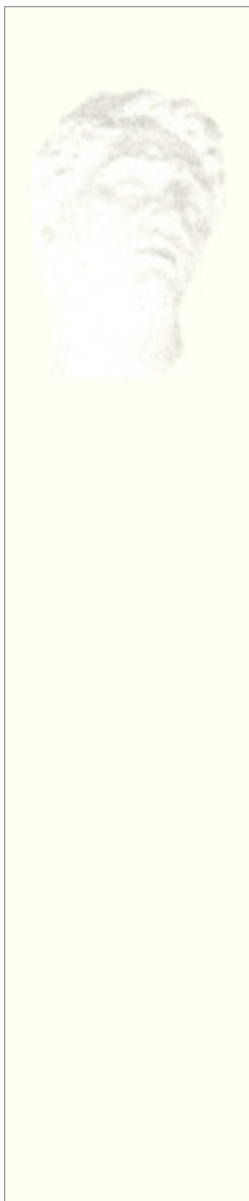
2. Reafirmou-se que aliviar o sofrimento é humanizar a vida, devendo por isso ser eliminada a dor desnecessária, mas admitindo-se que a dor aceite pode constituir um elemento positivo na referên cia filosófica e espiritual da pessoa que encontra nela sentido para valores superiores.

3. Dada a importância do problema, a formação na problemática da dor e em cuidados paliativos deve iniciar-se no ensino pré-graduado e em acções de pós-graduação.

4. As unidades de dor, devido à continuidade dos cuidados nos doentes oncológicos, assumem uma importância no tratamento da dor crónica que não pode ser menosprezada, devendo esta ques tão continuar a merecer o debate com vista à normalização do entendimento sobre o seu verdadeiro papel.

5. É importante uma articulação adequada entre as unidades de dor e a medicina do ambulatório capaz de responder, eficaz e atempadamente, às necessidades cio doente.

6. Constatando-se que a situação mais comum, entre nós, é o aparecimento de iniciativas isoladas de organização de serviços para tratamento da dor crónica, com base em grande medida nas especificidades das instituições de onde emergem, é desejável, no entanto, que a terapêutica da dor crónica seja definitivamente assumida como uma prática regular.

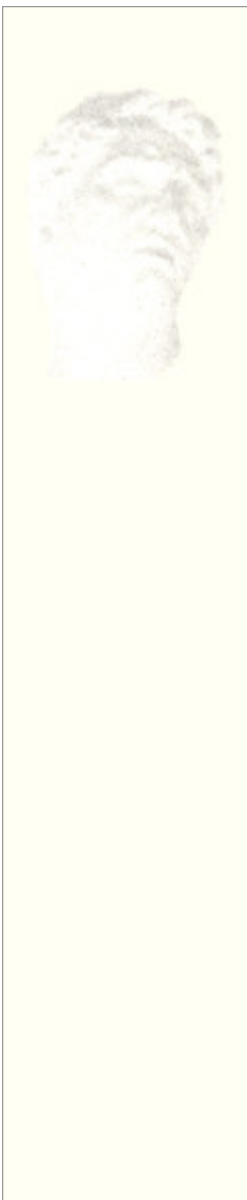


7. Registrou-se, com satisfação, que houve recentemente uma alteração na política de saúde relativamente a esta matéria, sendo agora a altura certa para conjugar esforços para a sua efectiva promoção.

8. Ficou confirmado que uma forma proveitosa de aprofundar este tema e a abordagem interdisciplinar.

9. A experiência deste primeiro encontro provou a importância em se assegurar a sua continuidade. Deve a organização promover as iniciativas necessárias à sua concretização.

PARTICIPARAM NESTE LIVRO



António Lourenço Marques

Chefe de Serviço de Anestesiologia. Director do Serviço de Anestesia e da Unidade de Tratamento da Dor do Hospital Distrital do Fundão. Director de Cadernos de Cultura *“Medicina na Beira Interior-da Pré-história ao Séc. XX”*.

António Salvado

Escritor. Membro da Cátedra Poética *“Fray Luis de León”* da Universidade Pontifícia de Salamanca. Editor de Cadernos de Cultura *“Medicina na Beira Interior - da Pré-história ao Séc. XX”*. Desempenhou no Estado as funções de Director - Conservador do Museu Francisco Tavares Proença Jr.. (Castelo Branco) e Professor do Ensino Superior Politécnico.

C. Muriel Villoria

Professor Catedrático e Chefe de Serviço de Anestesiologia - Reanimação e Terapêutica da Dor do Hospital Clínico Universitário de Salamanca. Presidente eleito da Sociedade Espanhola de Dor. Investigador com vasta obra publicada.

Daniel Cartucho

Assistente Hospitalar de Cirurgia Geral. Director do Serviço de Cirurgia do Hospital Distrital do Fundão. Editor de *“Revista de Saúde Amato Lusitano”*.

Daniel Serrão

Professor Catedrático da Faculdade de Medicina do Porto. Membro do Conselho Nacional

de Ética para as Ciências da Vida. Membro de várias comissões internacionais de Bioética (Conselho da Europa, UNESCO, Academia Pontifícia).

Eugénia André

Assistente Hospitalar de Medicina Interna. Directora do Serviço de Urgência do Hospital Distrital do Fundão.

Fernanda Curado

Assistente Hospitalar Graduada de Anestesiologia. Coordenadora da Consulta da Dor do Serviço de Anestesiologia do Centro Regional de Oncologia de Coimbra.

Fernando Paulouro Neves

Jornalista. Chefe de Redacção do *“Jornal do Fundão”*. Pertence à direcção do Sindicato dos Jornalistas.

Gabriela Valadas

Assistente Hospitalar de Cirurgia Ge-ral do Hospital Amato Lusitano. Desempenhou as funções de Directora do Serviço de Cirurgia do Hospital Distrital do Fundão.

Isabel Galriça Neto

Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar. Formadora em Cuidados Paliativos. Coordenadora do Projecto de Cuidados Continuados e Apoio Social. Sub-Região de Saúde de Lisboa.



Isabel Marques

Assistente de Cirurgia Geral do Hospital Distrital do Fundão.

J. Reis Nunes

Assistente Graduado de Cirurgia Geral. Director do Hospital Distrital do Fundão.

J. Luís Portela

Director do Departamento de Anestesia e da Unidade de Tratamento da Dor do Instituto Português de Oncologia de Lisboa.

J. Santos Silva

Professor Catedrático. Doutorado em Engenharia Têxtil. Reitor da Universidade da Beira Interior.

Lurdes Borges

Assistente Hospitalar de Anestesiologia do Hospital Distrital do Fundão, desenvolve actividade na UTD.

Lurdes Soares

Enfermeira Chefe do Serviço de Cirurgia e da Unidade de Tratamento da Dor do Hospital Distrital do Fundão.

Maria Augusta Silva

Jornalista. Autora de, entre outros livros. "Em Nome da Vida".

Nelson Seabra

Chefe de Serviço de Medicina Interna. Director do Serviço de Medicina do Hospital Distrital do Fundão.

Odete Miranda

Assistente Hospitalar de Medicina Interna do Hospital Distrital do Fundão.

Paula Capelo

Assistente Hospitalar de Anestesiologia. Colaboradora da Consulta da Dor do Serviço de Anestesiologia do Centro Regional de Oncologia de Coimbra.

Ribeiro Farinha

Artista Plástico.

Representado em museus portugueses e estrangeiros. Várias vezes premiado em Portugal e no estrangeiro.

Rita Resende

Assistente Hospitalar de Medicina Interna. Responsável pela Unidade de Administração de Citostáticos (UAC) do Hospital Amato Lusitano.

Vítor Coelho

Assistente Graduado de Anestesiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Responsável pela Consulta da Dor HUC.

Victor Feytor Pinto

Pároco da Paróquia do Campo Grande (Lisboa). Presidente da Comissão Nacional da Pastoral da Saúde. Desempenhou as funções de Alto Comissário do Projecto Vida.

Zeferino Bastos

Chefe de Serviço de Anestesiologia. Coordenador da Unidade de Dor do Instituto Português de Oncologia, Centro do Porto.