

DOR[®]

Orgão de Expressão Oficial da APED

Volume 9, Número 3, 2001

Director

José Manuel Castro Lopes

Director Executivo

José Manuel Caseiro

Acessora da Direcção

Ana Regalado

Conselho Científico

António Coimbra

António Palha

Aquiles Gonçalo

Armando Brito e Sá

Cardoso da Silva

Daniel Serrão

(P^o) Feytor Pinto

Gonçalves Ferreira

Helder Camelo

João Duarte

Jorge Tavares

José Luis Portela

José Manuel Castro Lopes

Maia Miguel

Martins da Cunha

Robert Martins

Walter Oswald

Zeferino Bastos

Sumário

Editorial

José Manuel Caseiro

3

Mensagem do presidente da APED

José Manuel Castro Lopes

5

Dor – Uma Visão Socio-Jurídica

José Alberto Fial

7

Morbilidade psiquiátrica numa unidade de dor

J. Arantes Gonçalves, A. Meireles

21

Descompressão microvascular no tratamento da nevralgia do trigémeo. Técnica cirúrgica e resultados a longo termo

Miguel Casimiro, Joaquim Pedro Correia, José Cabral

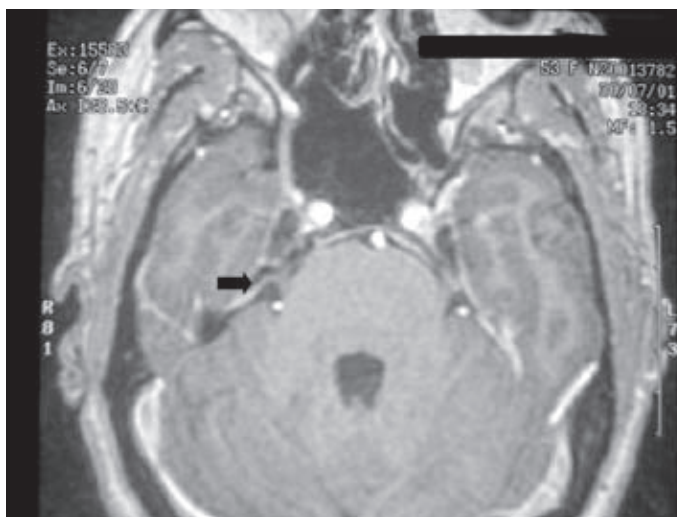
27



PERMANYER PORTUGAL

Av. Duque d'Avila 92 - 7.º E - 1050-084 Lisboa

Tel.: 21 315 60 81 - Fax: 21 330 42 96



NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



© 2001 Permanyer Portugal
Av. Duque d'Ávila, 92 – 7º E
1050-084 Lisboa
Tel.: 21 315 60 81 Fax: 21 330 42 96



Impresso em papel ecológico

ISSN: 0872-4814
Dep. Legal: B-17364/2000

Reservados todos os direitos.
Sem prévio consentimento da editora, não poderá reproduzir-se, nem armazenar-se num suporte recuperável ou transmissível, nenhuma parte de esta publicação, seja de forma electrónica, mecânica, fotocopiada, gravada ou qualquer outro método. Os comentários e opiniões publicados nesta revista são da exclusiva responsabilidade dos autores.

Editorial

José Manuel Caseiro

Acabou a EFIC (*European Federation of the IASP Chapters*) de declarar a semana de 8 a 13 de Outubro de 2001, como a "Semana Europeia Contra a Dor" (ver respectivo anúncio no interior desta revista), pedindo uma extensa colaboração para poder fazer-se deste evento um sucesso em cada país.

Se é com uma ponta de vaidade que não resisto a ver nesta iniciativa uma ideia manifestamente inspirada no pioneiro "Dia Nacional de Luta Contra a Dor" que o nosso País consagrou, sob proposta de um grupo de trabalho da Direcção Geral da Saúde, onde a APED esteve representada pelo Dr. Nestor Rodrigues, o Dr. Zeferino Bastos e por mim próprio, não é menos verdade que me perfilo, desde o primeiro instante, entre os que aplaudiram esta importantíssima declaração da EFIC.

Está já garantida a participação da APED na divulgação em Portugal dos propósitos gerais que se anunciam e que têm, como objectivos extremos, duas metas a atingir: 1) informar e sensibilizar os líderes de opinião sobre a problemática da dor e das necessidades de quem sofre e dos que deles cuidam; 2) incrementar os conhecimentos sobre a dor e a sua abordagem entre os clínicos e os outros grupos profissionais nela envolvidos.

É portanto a altura ideal para podermos reflectir sobre o que poderá significar, no nosso País, um sucesso desta iniciativa, tanto mais que se aproxima o momento da divulgação do já concluído e superiormente aprovado Plano Nacional de Luta contra a Dor, pelo que lanço também o repto à Direcção Geral de Saúde para que garanta, se o não fizer antes, a sua larga distribuição durante o período proposto.

Permitirá o eco que os *media* se encarregarão de fazer durante essa semana, permitirá sensibilizar os responsáveis da saúde, os líderes de opinião, os gestores hospitalares e até a sociedade civil para a importância da verdadeira implementação nacional de medidas de combate à dor?

E os profissionais de saúde, sejam eles quais forem, médicos e enfermeiros incluídos, estarão disponíveis para interiorizar a necessidade de uma prática permanente de atitudes que possam conduzir à erradicação da dor, sem sistematicamente desvalorizarem o que de bem já se vai

fazendo ou depreciarem o inconformismo dos que teimosamente se posicionam no terreno a favor deste combate?

E a Ordem dos Médicos? O problema interessa-lhe? Quantas vezes já se debruçou ou se pronunciou sobre ele e que tipo de importância pretende dar-lhe no futuro? Irá tentar seguir na carruagem da frente ou refugiar-se na expectativa de ver em que pararão as decisões de outros países para, sobre elas, construir a sua própria?

E os novos Hospitais, públicos ou privados? Vão finalmente dar o exemplo, constituindo unidades de dor multidisciplinares com *staff* próprio, apostando numa estratégia de apoio aos doentes com dor?

E os velhos Hospitais? Vão aproveitar a onda e, utilizando os meios que dispõem, com ou sem Quadro Comunitário de Apoio, organizarem-se em volta destes objectivos?

E o Ministério da Saúde? Abraçará, de facto, a sua promessa de fazer da terapêutica da dor uma prioridade do Serviço Nacional de Saúde?

E as Faculdades? Assumirão em definitivo a necessidade de incluir no ensino da medicina a disciplina da Abordagem e Terapêutica da Dor?

É que, verdadeiramente, não consigo descortinar o que em Portugal poderá significar sucesso desta oportuníssima iniciativa da EFIC, se aquelas perguntas que deixei não começarem urgentemente e de forma irreversível a ser respondidas.

Não consigo esconder algum desencanto sobre o actual panorama nacional nesta matéria, quando olho para o lado e não vejo progressos palpáveis na alteração de comportamentos e atitudes nem na implementação de medidas consistentes de mudança.

Este estado de espírito justifica também alguma descrença, que não disfarço, nos resultados que a Semana de Luta Contra a Dor irá obter no nosso País, mas não gerará em mim qualquer atitude de desânimo nem de desistência, na denúncia das citadas insuficiências, nem abalará a paixão com que me dedico a esta causa, em total solidariedade com todos os que também pensam deste modo e que já não são assim tão poucos.

Será a persistência deles que alimentará a minha e o seu exemplo que me encorajará.

Mensagem do presidente da APED

José Manuel Castro Lopes

Os novos corpos sociais da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) foram eleitos em Espinho no passado dia 14 de Junho, naquela que foi, provavelmente, a Assembleia Geral mais participada na história da APED. Esta participação deve-se certamente ao aumento considerável do número de associados verificado nos últimos anos, e também ao facto de ter ocorrido no dia em que se comemorava o 3.º Dia Nacional de Luta Contra a Dor, no decurso do DOR 2001, um congresso que contou com cerca de 250 participantes.

A confiança expressa na votação na lista concorrente representa pois uma responsabilidade acrescida para quem agora inicia funções. Responsabilidade essa claramente assumida por todos os elementos da direcção e do conselho fiscal, e consubstanciada no compromisso de continuar empenhadamente o trabalho dos nossos antecessores no sentido de contribuir para a melhoria, no nosso país, do ensino, investigação e assistência no âmbito da dor.

Os objectivos a que nos propomos podem dividir-se fundamentalmente em 2 "frentes", uma interna e outra externa. Na frente interna saliento a necessidade de se proceder à revisão dos estatutos da associação, solicitar o estatuto de "Associação Científica Sem Fins Lucrativos", proceder ao registo da sigla e do logotipo da APED, manter a publicação regular da revista DOR como órgão de expressão oficial da APED, mantendo a prestimosa colaboração do Dr. José Manuel Caseiro, criar uma página da APED na Internet e proceder à re-organização interna da associação, tarefa que se torna agora mais necessária dado o já mencionado aumento do número dos seus associados.

Na frente externa ressalta o propósito de dar uma maior visibilidade à APED, através da promoção de actividades organizadas pela própria associação ou em conjunto com outras organizações, de modo a que a associação congregue um cada vez maior número de pessoas de diversas áreas interessadas na dor. Será também feito um esforço para que, não só os profissionais de saúde e as entidades governativas, mas também a população em geral, tome consciência da importância da dor crónica como um grave problema de saúde pública. Neste contexto, é nossa intenção apoiar a realização de um estudo

epidemiológico, cientificamente validado, sobre a incidência da dor crónica no nosso país. Iremos também promover um inquérito sobre o ensino da algologia nas instituições universitárias, e prosseguir o debate sobre a eventual criação de uma subespecialidade ou competência em Algologia / Medicina da Dor.

O Plano Nacional de Luta Contra a Dor, elaborado no seio da Direcção Geral de Saúde com a colaboração de vários membros da anterior e actual direcção da APED, foi aprovado pela Dr.^a Manuela Arcanjo dias antes da sua demissão como ministra da Saúde. Existem já alguns indícios do empenhamento da nova equipa governativa na sua implementação. Dado o enorme avanço que a sua aplicação prática representará no capítulo assistencial da dor, receberá a nossa particular atenção.

Enumerei alguns dos nossos objectivos, mas nesta hora de mudança não posso deixar de me referir ao trabalho realizado pela anterior direcção da APED, e em particular pelo meu antecessor, Dr. Nestor Rodrigues. Não sou seguramente a pessoa indicada para o fazer, pois por um lado exerci funções na anterior direcção, e por outro lado ligam-me ao Dr. Nestor Rodrigues laços de uma amizade muito antiga que certamente influenciam o meu raciocínio.

Posso no entanto enaltecer aqueles que foram para mim os dois contributos mais importantes da anterior direcção da APED, até porque muito pouco contribuí para a sua realização: o aumento extraordinário do número de associados e a elaboração do Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Como acima mencionei, empenhar-nos-emos firmemente para consolidar esta faustosa "herança".

Por fim, seria uma profunda e imperdoável injustiça não realçar o pioneirismo e o contributo ímpar que o Dr. Nestor Rodrigues prestou à APED e à causa do combate à dor em Portugal. Combate esse que foi muitas vezes sinónimo de combate à ignorância, ao atavismo, ao preconceito, e cujas linhas mestras foram já referidas nesta revista no editorial da autoria do Dr. António Gonçalves Ferreira (DOR 2001; 9: 3-4). Penso que a homenagem que lhe devemos não cabe nas páginas de uma revista pelo que, para já, apenas aqui deixo o meu singelo: MUITO OBRIGADO!

Dor - Uma visão sociojurídica

José Alberto Fial

Introdução

Sendo a dor uma realidade incontestável, ela manifesta-se de formas diferentes para a pessoa que a sofre ou para a sociedade a quem a pessoa sofredora pertence. Sendo um fenómeno conhecido por todos, todos o conhecem de maneira diferente em função do tipo de experiência, das características individuais e do contexto em que teve lugar.

Numa perspectiva sociojurídica, a realidade dor pode ser analisada enquanto elemento condicionante da personalidade humana. Assim, são tomadas em consideração as respectivas componentes física e moral, enquanto partes integrantes de uma unidade bio-psíquico-social¹. A extensão do fenómeno e as repercussões deste na relação do indivíduo com o mundo servirão igualmente de base a esta breve abordagem do tema dor.

No âmbito do presente trabalho, e em primeiro lugar, é estudada a dor enquanto realidade histórica, biológica, psíquica, sociológica. De seguida, tomando como ponto de partida a concepção e estudo do fenómeno "dor", é realizada breve alusão ao sistema jurídico de protecção da integridade humana nas suas várias vertentes, verificando-se de que modo a dor é integrável na disciplina jurídica das relações sociais e humanas.

A dor como uma realidade

Realidade histórica

Desde o princípio dos tempos que aparecem referências a esta realidade tão comum à existência humana. É a experiência mais antiga que se conhece, anterior mesmo ao conhecimento². Não há nada de mais comum entre diferentes seres, diferentes etnias ou culturas³. A dor é universalmente sentida mas apenas por quem a experimenta, e este facto traduz a dificuldade principal que origina a maior parte dos problemas sociais e de enquadramento jurídico que pode enfrentar quem a sente.

Simbolicamente a dor tem uma conotação negativa. A própria saída do paraíso está associada ao aparecimento da dor como símbolo do sofrimento e das dificuldades terrenas. Para alguns escritores a existência de dor modifica inclusivé a imagem que se tem do mundo: "... não há melhor paraíso do que o mundo em que estou, quando me vejo livre do inferno da dor...". Como um fantasma, a dor é invisível mas restringe o homem na sua liberdade e até nos seus direitos pelo facto de não existir objectivamente.

A interpretação da dor, o seu significado e a actuação do homem em face a esta realidade, foi-se modificando ao longo da história. Como ponto comum convém salientar a importância dada ao alívio da dor, mesmo que a doença não tivesse tratamento.

O homem primitivo, na ausência de uma lesão objectiva, considerava a dor como uma agressão proveniente da arte mágica dos espíritos. Os curandeiros, o uso de amuletos, os rituais e as cerimónias espirituais foram práticas que se estenderam até à civilização egípcia. A dor era sempre valorizada e, mesmo que os meios utilizados fossem pouco eficazes, o doente não era abandonado por aqueles a quem recorria.

O poder divino influenciou outras civilizações e culturas, que entretanto davam interpretações diversas do mesmo fenómeno. Buda veio estabelecer uma relação entre a existência de dor e a frustração dos desejos, admitindo-se então a influência da componente emocional na génese da experiência dolorosa.

A primeira abordagem organicista da dor pertenceu aos gregos, que consideravam o cérebro como centro das sensações e da razão. A teoria aristotélica, que durou quase 23 séculos, considerava que a dor se constituía no coração como um sentimento após a viagem do estímulo através do sangue.

Galeno deu início aos estudos fisiológicos que levaram à confirmação do sistema nervoso como peça importante na origem da dor, mas só com Von Müller, no século XIX, é que se vieram a desenvolver as principais teorias fisiológicas, a partir das quais se construíram os mecanismos científicos hoje adoptados.

O advento da medicina científica veio relegar para segundo plano a importância da dor, que passou a ser considerada como apenas um sintoma de doença. A atenção era centrada na cura

Assistente graduado de Anestesiologia do Hospital Distrital de Faro (Trabalho concorrente ao Prémio Grunenthal 2000).

clínica da doença, julgando-se que a dor desapareceria como sua consequência, pelo que o sintoma era mantido como elemento de monitorização da eficácia terapêutica. A utilização do ópio e do álcool para o alívio das dores, passou a ser considerado um comportamento obsoleto, menosprezado face à possibilidade de cura etiológica.

Porém, constatando-se o falhanço da medicina na eliminação dos sintomas, apesar do tratamento das patologias, verificou-se que o doente havia sido abandonado ao seu sofrimento. Com o aparecimento da teoria do *gate control* de Wall e Melzack e os contributos de John Bonica, passou a ser dada maior importância ao tratamento da dor como parte integrante da saúde. Assim se deixou de considerar a eliminação da doença como revestida de maior importância que a eliminação dos sintomas.

Realidade biológica

Embora invisível, a dor é sentida através de mecanismos reais e complexos sujeitos a estudos cada vez mais aprofundados e a demonstrações cada vez mais fundamentadas pela comunidade científica. Sabe-se hoje de que maneira é que o fenómeno dor é desencadeado a partir de uma lesão ou agressão, mas sabe-se também que a dor pode existir ou continuar mesmo sem a concomitância de lesão alguma.

A nível local, para além do estímulo resultante da lesão tecidual, existe a libertação de várias substâncias (tais como os leucotrienos, bradiquinina, tromboxano ou substância P) que ao modificarem o ambiente da lesão ou por alteração da capacidade de sensibilização dos nociceptores, condicionam à partida a forma como o estímulo lesivo vai ser iniciado.

Sabe-se também que da passagem do estímulo inicial, vindo do sistema nervoso periférico, para o sistema nervoso central no corno posterior da medula se processam interligações entre diferentes fibras ascendentes, de velocidade de condução diferente, e outras descendentes com finalidades moduladoras. Fruto da interacção local entre células e neurotransmissores resultam efeitos facilitadores ou inibidores da transmissão do estímulo.

A transmissão do estímulo ao longo do sistema nervoso central vai sofrer a influência não só destes mecanismos de modulação, como vai encontrar, em áreas supra-espinhais, centros que vão integrar neste estímulo componentes afectivos e actividades cognitivas. A imagem do estímulo inicial é assim tratada, não só em termos de intensidade mas também de significado, pelo que a percepção pelo córtex cerebral é o resultado de um intenso trabalho de relacionamento sensorial e emocional.

A par dos processos directamente relacionados com a propagação do estímulo, há outros mecanismos que serão responsáveis pela

forma como os próximos estímulos irão ser sentidos, como irá ser perpetuado o estímulo presente ou até mesmo como poderá ser criado um estímulo a partir da memória de uma lesão inexistente. Em suma, a percepção da dor deixou de estar exclusivamente relacionada com a lesão que supostamente a originou.

Assim, o aparecimento de uma dor pode relacionar-se não só com uma doença (v.g. uma neoplasia) ou com uma lesão física (v.g. um traumatismo), mas também com o tratamento dessa mesma doença (v.g., com a quimioterapia). Inclusive, a dor pode até persistir para além do desaparecimento da doença que lhe deu origem (v.g., pós-herpes zoster) ou até aparecer sem nunca ter existido lesão física (v.g., uma cefaleia).

Em face desta multiplicidade de circunstâncias em que a dor se poderá manifestar, fica plenamente justificada a definição da IASP (*International Association for the Study of Pain*), que considera a dor com "uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a lesão tecidual potencial ou real, ou descrita em termos dessa lesão".

Até à percepção pelo córtex cerebral, é necessário um longo trajecto desde a periferia. Durante a sua transmissão ao longo do sistema nervoso, e através de mecanismos de modulação, o estímulo inicial é modificado, potenciado ou inibido até chegar ao conhecimento. A dor que se sente é apenas o resultado final de um conjunto de processos que podem variar em cada situação ou em cada pessoa.

Do mesmo modo que a imagem que se tem de um estímulo doloroso é condicionada pela influência de vários mecanismos, também a dor presente é responsável pela posterior modificação desses mesmos mecanismos. A memória de experiências prévias vai ter cada vez mais peso na forma como as experiências seguintes vão ser integradas.

Realidade psíquica

"... Os corpos não sofrem, as pessoas sim..."⁴. É uma realidade que o sofrimento só existe para uma pessoa a partir da altura em que ela o sente, independentemente da dimensão da lesão que atinge o corpo. Vingou a ideia de que o problema já não é a lesão em si, mas as consequências que ela tem para aquela pessoa específica. O contexto no qual a lesão ocorreu e a valorização que a pessoa lhe dá são factos que, sendo menosprezados, retiram grande parte da dimensão subjectiva da experiência dolorosa.

É mais fácil relacionar uma dor ou um sofrimento com a dimensão objectiva da agressão física que a originou, mas provavelmente mais importante do que isso é a agressão da imagem corporal da própria pessoa que está em causa para si mesma. Pode até não existir corpo, como no caso dos amputados, mas a imagem dele

continua a ser agredida e a pessoa sofre apesar disso.

Sem consciência não há dor, mas para se ter consciência de algo é necessário que o facto em si tenha captado a nossa atenção. É esse estado de atenção, provavelmente anterior à própria percepção da dor, que vai alertar o organismo e prepará-lo para enfrentar as dificuldades associadas ao significado da experiência dolorosa.

A dor, quando recebida, já vem revestida de todas as associações afectivas que colocaram o organismo em estado de alerta, o que pressupõe que a dor não é recebida no seu estado puro e simples como se necessitasse de uma apreciação consciente para ser valorizada. Os mecanismos envolvidos na percepção e valorização da dor são múltiplos e têm estado a ser revalorizados na sua importância. A própria missão da dor pode não ser simplesmente a de anunciar a existência de um estímulo, mas a da existência também da necessidade de uma reacção a uma situação de *stress* real ou potencial.

A existência de uma doença física incurável transmite ao doente a sensação de morte eminente, e a existência de dor aumenta o sofrimento pela proximidade dessa morte. Não é a doença, mas o sofrimento que ela causa, que preocupa a doente e o leva a procurar o médico. A frustração instala-se e a atenção é concentrada mais na doença que no doente, que no caso de incurabilidade clínica fica abandonado ao sofrimento.

Tanto em situações de cronicidade como de ausência de lesão, a dor assume o papel de doença. Não só constitui a preocupação que lidera o quadro clínico, como pode ser a única face tratável da doença que faz sofrer a pessoa. Os sentimentos de solidão e a depressão intensificam-se se o doente não for ajudado a enfrentar a dor.

A dor e o sofrimento sendo atributos da pessoa pressupõem não só uma componente neurológica, mas também a memorização e o repercutir psicológico que lhe dão uma clara implicação em comportamentos futuros⁵. A dor não é exclusiva só de quem se queixa, o que tem implicações bioéticas pois os fetos, recém nascidos ou os doentes em coma também sofrem apesar de não poderem expressar objectivamente esse sofrimento.

Realidade sociológica

"... Pain is what the patient says hurts..."⁶. Frequentemente, a sociedade ignora o sofrimento só porque ele não pode ser demonstrado em termos objectivos. É bem mais fácil aceitar a simulação de alguém que tira partido de uma lesão visível e indolor, do que acreditar no sofrimento de outra pessoa quando a causa que o origina não pode ser exibida em toda a sua dimensão. Inclusivamente em termos jurídicos a valorização do dano dor está sujeita a uma dupla subjectividade, não só pela dependência em relação ao doente como ao juízo de valor do perito.

A existência de sofrimento, de que a dor é uma forma de expressão, pode ser comparada a um acto de tortura, que a sociedade crê haver erradicado pelo facto de ter consagrado a respectiva proibição legal, quer a nível internacional, quer a nível interno. Porém, na verdade, a tortura do sofrimento nem sempre é fruto de uma acção intencional de o provocar, mas pode resultar da omissão de não o aliviar.

Embora a dor e o sofrimento sejam realidades diferentes, os respectivos conceitos são frequentemente confundidos em grande parte pelo facto de aparecerem quase sempre associados. Na realidade, a dor é tradicionalmente interpretada como a face visível do sofrimento, sendo comum que uma pessoa em sofrimento o exprima através de uma dor.

Apesar da subjectividade, é reconhecido que a existência de dor não obriga à concomitante existência de uma lesão objectiva, pelo que será lícito admitir que quando um doente diz que tem dor é porque a sente mesmo. De igual modo, o sofrimento não obriga à existência simultânea de dor mas é um terreno que lhe é propício pelo que será possível também dizer que quem está a sofrer sente-o com dores.

Situações há em que o sofrimento e a dor não estão associados, podendo existir um sem o outro. Uma dor de dentes pode não provocar sofrimento se isso não constituir preocupação, há uma razão para o seu aparecimento e também para o desaparecimento (a consulta no dentista vai resolver o problema). Já alguém com distúrbios mentais ou grande ansiedade pode sofrer bastante pela hipervalorização de algo a que dá importância, mas não sentir dor.

De um modo geral, a dor relaciona-se com uma dificuldade orgânica resultante de uma agressão física, e nesse sentido manifesta-se de acordo com sensações físicas: queimadura, picada, pressão, descarga eléctrica. Há pelo menos a imagem de que uma região do corpo está a ser ofendida ou danificada por algo, mesmo que o agente dessa agressão não seja visível.

Em contrapartida, o sofrimento está mais relacionado com a afectação da esfera psíquica, em situações que transportam grande expectativa e geram medo, angústia ou ansiedade. Aqui importa mais o significado da situação, e qual a sua repercussão no futuro do indivíduo face aos seus projectos e ambições.

A diferença entre dor e sofrimento corresponde à visão dualista que distingue o corpo do espírito e que, contrariando o conceito holístico do doente, o considera numa perspectiva do modelo biomédico que, ao separar a componente fisiológica da psicológica, frequentemente ignora esta última.

Contudo, a dor é uma realidade desagradável para a pessoa que a sofre, e embora acompanhe frequentemente a existência de uma doença pode, como vimos, persistir para além dela ou pelo menos revestir-se de maior importância para

o doente do que a própria doença em si. Lamentavelmente, nos últimos tempos a medicina moderna esteve mais preocupada com a doença do que com o doente, mais com os resultados clínicos do que com a satisfação do paciente.

A dor e o sofrimento não deveriam ser separados tão facilmente, como acontece com a visão dualística corpo/espírito. O sofrimento é o maior dano/incómodo dos dois, sendo a dor uma forma de expressão do sofrimento e talvez até a que mais possibilidades tem de tratamento efectivo.

A concepção holística do ser humano deriva da filosofia de Aristóteles, segundo o qual existem quatro componentes da alma:

1. Vegetativo - correspondendo às funções fisiológicas, cujo equilíbrio é a base da saúde.

2. Apetitivo - em relação com as emoções, desejos responsáveis pela sensação de bem-estar.

3. Deliberativo - ordena decisões práticas e racionais, a sua satisfação é traduzida pelo sucesso.

4. Contemplativo - noção do significado da existência humana que se completa quando se encontra um sentido para a própria vida.

Não é possível separar cada um destes níveis de existência, pelo que as respectivas expressões coexistem num todo, integrando a pessoa como uma unidade. A ruptura do ser humano como uma unidade vai desde logo criar sofrimento, que pode ser entendido como a frustração resultante dessa mesma ruptura.

A doença, enquanto alteração biológica ou vegetativa é, de qualquer modo, uma forma objectiva de sofrimento. A sua existência ou a existência da dor que se lhe associa origina um estado de mal-estar, constituindo sofrimento também pelo facto de impedir a satisfação dos desejos ou alterar a relação da pessoa com o mundo. A pessoa deixa de se sentir bem, quer no seu mundo quer no seu corpo, esquecendo a sua relação e os seus projectos com os outros.

A sensação de poder, autonomia e auto-suficiência que são necessárias para levar a cabo os projectos pessoais e com eles obter o sucesso, está comprometida na existência de um impedimento físico. Há uma dependência em relação à realização de projectos pessoais. A pessoa deixa de se sentir segura com o próprio corpo e evita dispor dele para não sofrer.

A capacidade de decisão e iniciativa ficam debilitadas em face do estado de desânimo que surge perante a persistência do sofrimento. Nem sequer faz sentido perder tempo à procura da satisfação resultante de projectos que já não se acredita poder concluir. O prazer da vida e do trabalho, o sucesso e o empenho em fazer bem as tarefas deixam de ter interesse, mesmo que a capacidade física não esteja diminuída, só pelo facto de a pessoa se sentir doente e miserável, na ausência da sensação de bem-estar.

A nível da integração superior dos objectivos relativos à existência humana, o aparecimento

da dor e através dela do sofrimento, leva a um sentimento de injustiça pela perda de um significado para a vida: porquê eu?, porque tenho de sofrer?, porque não melhora? O medo relativo ao futuro não está por vezes ligado ao diagnóstico, mas ao aparecimento de sofrimento e ao significado que isso possa trazer: acreditei no mundo e agora ele ignora-me no meu sofrimento.

Ao negligenciar o tratamento da dor, a medicina perde a imagem de humanização que a vinha caracterizando e que justificou a posição de Victor von Weizsäcker ao afirmar que a imagem fundamental da medicina é constituída por um homem em situação de emergência e outro que o socorre. O progresso médico no diagnóstico e terapêutica é necessário e sensato, mas não deve ser esquecida a dimensão antropológica da medicina, apesar da necessidade tecnológica⁷.

Realidade jurídica

A dor, enquanto fenómeno humano e realidade condicionadora das actuações dos indivíduos, não pode deixar de ser tomada em conta no que respeita às regras de organização da sociedade, de normatização de comportamentos, e de disciplina de direitos e obrigações.

Assim, a necessidade de organização da vida em sociedade e da protecção de valores inerentes à personalidade humana implicam a intervenção reguladora de um conjunto de normas que atribuem direitos, instituem deveres, e estruturam as relações que se estabelecem entre as diferentes entidades, públicas ou privadas, que constituem o tecido social.

Tais normas podem implicar uma valoração jurídica da realidade dor sob diferentes prismas: assim, pode considerar-se a ausência de dor como fazendo parte dum direito à saúde e à integridade pessoal (física e psíquica) dos cidadãos, cuja violação (levada a cabo por entidades públicas, ou privadas) pode implicar a obrigação de compensar ou indemnizar os prejuízos correspondentes.

Por outro lado, a dor, enquanto elemento condicionador da actuação humana pode ter um papel preponderante na invalidação do consentimento que é tomado como condição necessária para a validade de execução de determinados actos médicos que implicam, à partida, lesões corporais.

Por último, a dor é juridicamente tomada em consideração enquanto dano indemnizável em consequência de uma agressão ilícita, ou seja, contrária às normas jurídicas.

Tendo em conta, como elemento nuclear e aglutinador de toda a matéria, a protecção jurídica dos direitos de personalidade dos indivíduos, procuraremos dar uma breve visão das diferentes áreas normativas de consagração da protecção dos direitos à saúde, ao bem-estar, e

à integridade pessoal dos indivíduos. Veremos de que modo estes bens podem ser protegidos pelas diversas regulamentações internacional, administrativa, e civil, integrando a necessidade de ausência ou controlo do fenómeno "dor" enquanto elemento importante para a defesa da dignidade individual, que constitui a pedra de toque de toda a regulamentação jurídica da pessoa humana.

A protecção internacional: os direitos humanos

Os direitos humanos: conceito e classificações

São denominados direitos humanos aqueles direitos que são vitais para a dignidade humana e essenciais para a existência do indivíduo. A ideia de "direitos do homem" ou "direitos humanos" tem vindo a sedimentar-se ao nível do direito internacional com profundas repercussões também na ordem jurídica portuguesa.

O direito à vida, à integridade física, à liberdade, ou à segurança incluem-se naquilo a que se costuma chamar os direitos humanos clássicos. Estes, considera-se existirem, em primeira linha, para restringir os poderes dos Estados face aos indivíduos impedindo actuações que os violem ou que interfiram com o respectivo gozo. Por exemplo, é efectuada a proibição de actos de tortura que, instrumentalizando a dor de modo a obter vantagens para o Estado, violam a integridade pessoal dos indivíduos.

O direito à saúde, por seu turno, a par dos direitos à educação, ao emprego e à habitação, encontra-se solidamente defendido na legislação internacional que consagra e defende os direitos humanos. No seu conjunto, constituem direitos humanos sociais, cuja consagração implica sobretudo uma intervenção activa dos Estados na sociedade com o objectivo de criar as condições necessárias para efectivar o desenvolvimento humano, a prosperidade, e o bem-estar.

Tem vindo a ser defendido⁸ que os direitos humanos, quer clássicos, quer sociais, impõem aos Estados três tipos de obrigações (a tipologia tripartida de obrigações): a obrigação de respeitá-los - não interferindo no exercício dos direitos e na dignidade dos indivíduos; de protegê-los - impedindo que terceiros os violem; e de realizá-los - tomando todas as medidas apropriadas, legislativas, administrativas, orçamentais, judiciais, ou outras, de modo a assegurar uma progressiva satisfação das necessidades relativas ao gozo desses direitos.

A existência de dor, ao comprometer seriamente a obtenção de qualquer sensação de bem-estar, implica que o respectivo tratamento não possa senão deixar de constituir parte integrante da prossecução das tarefas do Estado e da actividade dos agentes de saúde ao garantirem e levarem a cabo os objectivos de efectivação e protecção da saúde.

Porém, pode dizer-se que o direito à saúde é interdependente em relação a vários outros direitos humanos, incluindo alguns direitos humanos clássicos tais como o direito à vida, ou o direito a não ser submetido a tratamentos desumanos ou degradantes. A garantia do respeito por estes direitos humanos clássicos é essencial para a existência de saúde, que por sua vez contribui para a fruição dos restantes direitos. Deste modo, indivíduos podem ver realizado ou respeitado o seu direito à saúde através da invocação de direitos humanos clássicos.

Em Portugal, a regulamentação internacional dos direitos humanos (que abrange as relações disciplinadas pelas normas constituídas na comunidade universal, ou em comunidades internacionais parciais das quais o Estado é membro) produz efeitos normativos. Assim, foi atribuído aos direitos do homem (recebidos pela Constituição na regulamentação interna e tornados directamente aplicáveis face a entidades públicas e privadas), um valor interpretativo e integrador de toda a regulamentação interna a nível de direitos da personalidade.

A regulamentação adoptada no âmbito da comunidade universal

Face à comunidade universal, a Organização das Nações Unidas assumiu expessamente a finalidade de realizar a cooperação internacional para resolver os problemas internacionais de carácter económico, social, cultural ou humanitário e para promover e estimular o respeito pelos direitos do homem e pelas liberdades fundamentais para todos. Assim, no que respeita à tutela dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, a Assembleia Geral da ONU e o Conselho Económico e Social desta Organização podem adoptar recomendações aos Estados membros.

No que se refere à consagração explícita do direito à saúde em particular, o artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH - adoptada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de Dezembro de 1948) dispõe que "Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à [...] assistência médica [...], e tem direito à segurança [...] na doença (e) na invalidez [...]".

No âmbito das instituições das Nações Unidas, o Comité dos Direitos do Homem possui um papel preponderante na defesa dos direitos humanos. Foi instituído no art. 28 do Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos que vem inclusivamente admitir o acesso dos particulares ao Comité quando estes se julguem vítimas de ofensas de direitos de personalidade, e uma vez esgotados todos os recursos internos ao seu dispor.

Por seu turno, a Comissão dos Direitos do Homem, criada em 1946, possui competência

em matéria de estudos e recomendações relativas aos direitos humanos, nomeadamente no âmbito do Pacto Internacional de Direitos Económicos, Sociais e Culturais (PIDESC) de 16 de Dezembro de 1966.

O PIDESC veio proclamar, no seu art. 12, que os Estados membros reconhecem o direito de todos à fruição no nível mais alto de saúde física e mental atingível, e consagrar obrigações especiais de actuação para os Estados membros. Nestes termos, através da consagração de um direito à saúde de cariz social, os Estados membros são obrigados a caminhar no sentido de atingir o nível mais elevado possível de saúde para todos.

Porém, e ao termos em conta a definição prescrita pela Organização Mundial de Saúde ao descrever a saúde como um "estado de bem-estar físico, psicológico e social completo, e não apenas a ausência de doença" verificamos que a sua amplitude acarreta implicações importantes no que respeita às obrigações de actuação dos Estados.

De facto, um direito assim entendido vem obrigar os Estados a tomar medidas e a fazer mais do que simplesmente garantir o acesso a cuidados de saúde de qualidade e organizar e adoptar sistemas de saúde. Obriga-os, de igual modo, a tomar medidas destinadas a promover a saúde individual e a saúde pública, a prevenir doenças, a eliminar desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, e a remover causas de mortalidade e morbidade, procurando atingir um nível óptimo de saúde, que por seu turno é determinado em grande medida por importantes factores de cariz social.

Assim, por se verificar impossível o preenchimento da sensação de bem-estar na presença de fenómenos dolorosos ou de sofrimentos, começa a desenhar-se a necessidade de incluir o tratamento da dor no conjunto de obrigações que impendem sobre os Estados e as instituições públicas ao efectivarem o direito à fruição do nível mais alto de saúde atingível.

Porém, o nível de exigência de efectivação deste tipo de protecção por parte dos cidadãos não é absoluto, designadamente dada a extensão e variedade de tarefas a desempenhar e a escassez de meios de que os Estados dispõem para as realizar. Inclusivamente, não é possível aos particulares, lesados no seu direito à saúde, virem reclamar junto de uma entidade supranacional, que monitorize o cumprimento das obrigações dos Estados e formule instruções vinculativas nesse sentido.

Assim sendo, na ausência de um mecanismo de supervisão da implementação de medidas de alcance prático por parte das entidades nacionais, os Estados não correm o risco de se verem publicamente confrontados com uma fraca *performance* na implementação de direitos humanos de cariz social⁹.

Nestes termos, apesar dos referidos instrumentos internacionais lhe darem um reconheci-

mento explícito e autónomo, o direito à saúde, enquanto direito humano social, e no momento presente, oferece pouca protecção real aos interesses que respeitam à saúde individual e comunitária. Assim sendo, e uma vez que os mecanismos de supervisão e imposição coactiva dos direitos sociais são débeis, há que aproximá-los dos direitos clássicos de modo a obter uma protecção mais eficaz, por exemplo, ao defender-se o direito à saúde através do recurso a uma acção de defesa da integridade física.

A regulamentação adoptada no âmbito do Conselho de Europa

No âmbito europeu e do Conselho da Europa, enquanto instituição regional de promoção e protecção dos direitos do homem, os direitos humanos clássicos são garantidos pela Convenção Europeia dos Direitos Humanos (CEDH - datada de 4 de Novembro de 1950), se bem que apenas face a ofensas dos Estados contratantes e não face a ofensas dos particulares.

ACEDH não pretendeu abarcar todos os direitos e liberdades fundamentais do homem, nem tão pouco todos os proclamados na DUDH, mas só os que se integravam no politicamente possível, em ordem a que os membros do Conselho da Europa aceitassem uma garantia internacional do seu cumprimento e o conhecimento das violações por um Tribunal Europeu¹⁰. Nomeadamente, são protegidos o direito à vida e o direito à não sujeição a torturas e tratamentos desumanos.

Ao longo do tempo, através dos meios de tortura, os aparelhos estaduais aperfeiçoaram técnicas para infringir dor. Se a tortura fazia parte de um interrogatório, a única forma de pôr fim à dor era prestar as declarações pretendidas, ainda que falsas ou irreais. Inclusivamente, tais técnicas, resultavam mais eficazes que a própria ameaça de morte, uma vez que para muitos de nós, o medo de morrer de determinada maneira é mais forte que o medo da morte em si¹¹.

Deste modo, forçoso será concluir que a ausência do tratamento da dor pode consubstanciar numa forma de tortura, ou de tratamento desumano, se bem que estejamos perante um acto omissivo, e não perante uma acção propriamente dita. Veremos, porém, que a regulamentação jurídica não se basta com a protecção contra a prática de acções que lesem direitos, mas também protege contra omissões que impliquem lesões semelhantes.

Para assegurar esta protecção, qualquer pessoa física, organização não governamental ou grupo de particulares que se considere vítima de uma violação dos direitos reconhecidos na Convenção, e esgotados de recursos internos, pode dirigir uma petição ao secretário geral do Conselho da Europa. A Comissão Europeia dos Direitos do Homem intervém como órgão de averiguação, filtragem e conciliação, e ao Tribunal

Europeu dos Direitos do Homem cabe decidir se houve ou não violação dos direitos consagrados na Convenção.

Uma vez declarada a violação, deve o respectivo Estado reparar o prejuízo resultante dessa violação. Se o direito interno de um Estado não remediar as consequências de uma decisão tomada ou de uma providência ordenada por uma autoridade, em oposição às obrigações decorrentes da Convenção, o Tribunal Europeu pode decidir conceder ao lesado uma reparação razoável.

Os direitos sociais são, por seu turno, garantidos pela Carta Social Europeia, datada de 18 de Outubro de 1961. Este diploma veio consagrar o objectivo político de realização de condições apropriadas a assegurar o exercício efectivo de fundamentais direitos económicos e sociais. Nele se tutelam certos poderes jurídicos do direito à saúde em geral.

Neste âmbito, o Tribunal Europeu dos Direitos do Homem já em 1979 conferia eficácia à noção de obrigação positiva dos Estados. Tal eficácia já teve implicações no campo da saúde, tendo havido ocasião de defender-se que a ausência de cuidados adequados em caso de doença grave pode implicar tratamento contrário à proibição de tortura, ou de tratamentos desumanos ou degradantes¹²; e que a qualidade de vida que um doente em fase avançada de doença terminal e incurável dependia da acessibilidade a medicação e tratamento, e dos cuidados e atenção oferecidos¹³.

Por outro lado, a Convenção Europeia Sobre Direitos Humanos e Biomedicina, de 4 Abril de 1997, vem igualmente tomar inspiração nos princípios éticos fundamentais do respeito pela dignidade humana, da protecção da integridade do indivíduo, e da afirmação da responsabilidade pública no que respeita à aplicação da ciência biomédica.

De modo a assegurar a sua eficácia, a Convenção vem constituir as partes contratantes na obrigação de orientar as legislações internas na prossecução dos objectivos e efectivação dos princípios que consagra. Os Estados devem, assim, providenciar pela existência de uma protecção jurisdicional adequada, e em tempo útil, de modo a prevenir ou a pôr cobro a qualquer violação ilícita dos direitos e princípios consagrados na Convenção, ao mesmo tempo que consagra o direito dos indivíduos que hajam sofrido danos resultantes de intervenções, a receberem uma compensação justa.

A Convenção proclama, no seu artigo 3, o direito de acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade apropriada. O nível exigido de qualidade há que ser preenchido através da actividade médica, com recurso aos respectivos meios de diagnóstico, terapêutica, prevenção e reabilitação necessários para a prossecução dos objectivos da medicina.

Em 1996 o centro Hastings publicou um relatório onde eram definidos os principais objec-

tivos da medicina como sendo basicamente quatro:

1. A prevenção da doença, promoção e manutenção da saúde.

2. O alívio da dor e do sofrimento causados pela doença.

3. O tratamento e a cura de quem tem uma doença e o tratamento daqueles que não podem ser curados.

4. Evitar a morte prematura e possibilitar que seja serena.

Nestes termos, a medicina deve procurar promover e manter a saúde, reconhecendo-se que só "alivia efectivamente o sofrimento quando cura a doença e trata a dor"¹⁴. Quando tal não se verifique, podemos encontrar-nos perante uma actuação lesiva dos direitos à saúde e à integridade pessoal dos indivíduos, de que trataremos de seguida no âmbito da regulamentação interna do Estado português.

A tutela constitucional: os direitos fundamentais

Os direitos fundamentais consagrados na Constituição

Portugal é definido pelo art. 1.º da Constituição da República Portuguesa de 1976 (CRP) como uma "República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana...". Ao mesmo tempo, considera-se um Estado que se baseia no respeito e na garantia de efectivação dos direitos e liberdades fundamentais.

Nestes termos, a CRP toma como fundamento de todo o sistema jurídico o respeito pela dignidade da pessoa humana. No plano do direito constitucional, a identidade pessoal e os bens e valores fundamentais atinentes à pessoa humana são defendidos através daquilo a que a Constituição chama os direitos fundamentais.

Estes direitos, assentes no texto constitucional, são tidos como os direitos básicos quer dos portugueses quer dos estrangeiros ou apátridas que se encontrem ou residam no território português, tanto nas relações entre si como nas relações com o Estado português. Tais direitos revestem-se de um carácter essencial, constituindo "a base jurídica da vida humana no seu nível actual de dignidade, as bases principais da situação jurídica de cada pessoa"¹⁵.

Os direitos fundamentais, tais como estão delineados na Constituição, dividem-se em:

– Direitos, liberdades e garantias, nomeadamente pessoais, como:

– O direito à vida (art. 24 - A vida humana é inviolável).

– O direito à integridade pessoal (art. 25 - A integridade moral e física das pessoas é inviolável; ninguém pode ser submetido a tortura, nem a tratos ou penas cruéis, degradantes ou desumanos).

– Direitos fundamentais económicos, sociais e culturais (onde se inclui o direito à protecção da saúde, enquanto direito social).

Relativamente à disciplina do direito à integridade pessoal, no âmbito do qual podemos integrar a personalidade física e moral dos cidadãos enquanto objecto de direitos, relegaremos para mais adiante a análise dos seus conteúdos.

Porém, podemos desde já salientar a ampla conexão existente entre a protecção que é conferida à personalidade individual através da inviolabilidade de integridade física e moral das pessoas e a consagração do direito à protecção da saúde.

A protecção constitucional: as relações abrangidas e o regime dos direitos consagrados

As previsões constitucionais relativas aos direitos fundamentais, embora também produzam efeitos nas relações entre os particulares pressupõem, em primeira linha, relações de poder. Deste modo, disciplinam predominantemente as relações que se estabelecem entre os particulares e o Estado ao actuar no exercício do seu *ius imperii* (*ius imperii* é uma expressão que descreve a actuação do Estado e/ou dos demais entes públicos, enquanto pessoas dotadas de uma especial prerrogativa de poder que lhes permite uma sobreposição de forças face aos particulares. Justifica-se pelo interesse público que serve como escopo à actividade do Estado, da Administração pública, ou das diversas entidades de natureza pública).

Assim, a CRP considera como tarefa fundamental do Estado, tal como nos diz a alínea d) do seu art. 9.º, "promover a efectivação dos direitos económicos, sociais e culturais". No que respeita a determinados direitos, como o direito à protecção da saúde, as incumbências prioritárias de tal tarefa são explicitadas pela própria Constituição.

Assim a CRP, no seu art. 64, diz-nos que todos têm direito à protecção da saúde, direito esse que é realizado através de um serviço nacional de saúde universal e geral. A lei fundamental continua dizendo que para assegurar esse direito, incumbe ao Estado, entre outras funções:

– Garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação.

– Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde.

– Assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade.

Tal como outros direitos económicos, sociais e culturais, também o direito à protecção da saúde comporta duas vertentes: uma, de natureza negativa, que consiste no direito de exigir do Estado (ou de terceiros) que se abstenham de qualquer acto que prejudique a saúde; outra,

de natureza positiva, que significa o direito às medidas e prestações estaduais visando a prevenção das doenças e o tratamento delas.

Ora, é essencialmente na sua feição de direito social que o direito à protecção da saúde aparece garantido no art. 64. Na verdade, no n.º 1 consagra-se um direito positivo dos cidadãos, com uma dupla dimensão: subjectiva e objectivo-programática. Pela sua própria estrutura trata-se de um direito que exige prestações do Estado e que impõe aos entes públicos a realização de determinadas tarefas, de cujo cumprimento depende a própria realização do direito. A dimensão programática tem uma dupla importância prática: primeiro, o incumprimento por parte do Estado das imposições constitucionais referentes ao direito à saúde pode justificar a invocação de uma inconstitucionalidade por omissão; depois, a execução das obrigações estaduais necessárias ao direito radica-se subjectivamente, não podendo haver revogação dela¹⁶.

A garantia do acesso ao tratamento da dor não pode ser excluída das tarefas programáticas a levar a cabo pelas entidades públicas na prossecução do direito à protecção de saúde. De facto, a actividade de controlo da dor não só se pode incluir nos cuidados de medicina, curativa e de reabilitação, como constitui indicador de qualidade dos serviços prestados.

Assim, desde logo, a cura total da doença só pode ser atingida a partir do momento em que, se elimina não só a respectiva componente objectiva constituída pela lesão orgânica em si, como também a componente subjectiva: o sofrimento causado pela dor. Inclusivamente, a manutenção do sofrimento pode impedir, ao criar um estado de desânimo, desinteresse, e de receio da dor, a aceitação de medidas de terapêutica.

Nos casos em que a lesão orgânica não pode ser eliminada, o tratamento da dor aparece como última ratio no tratamento da doença, e como única forma de dar conteúdo útil ao direito à protecção da saúde e às consequentes obrigações que impendem sobre o Estado e as demais entidades que levam a cabo a tarefa de proteger a saúde enquanto estado de bem-estar dos indivíduos, e defender a manutenção da respectiva qualidade de vida.

Por outro lado, casos há em que a dor pode ser considerada como uma doença, de per si e pela sua cronicidade, uma vez que pode persistir após a eliminação da lesão orgânica, ou estar presente independentemente da sua existência. Nestes casos, a actividade médica centra-se no controlo da dor, visando a eliminação da incapacidade que acompanha o indivíduo em sofrimento que, em consequência da dor, vê comprometidos a sua autonomia, bem-estar, e afirmação pessoal.

No que respeita à actividade de reabilitação, a existência de queixas álgicas pode constituir um obstáculo determinante, ao impedir a aceitação das actividades terapêuticas e a conse-

quente recuperação do doente. Deste modo, o tratamento da dor aparece como elemento fundamental e potenciador da adesão e colaboração do doente para o restabelecimento em pleno das suas capacidades físicas, no menor espaço de tempo, e com a maior economia de meios possível.

O tratamento da dor para além de, como vimos, fazer parte integrante do conjunto de medidas que podem conduzir à obtenção de um estado de vida saudável, deve ser tornado acessível pelo Estado a todos os cidadãos em condições de igualdade, ao mesmo tempo que aparece como condição necessária à prestação de cuidados de saúde em obediência a padrões de eficiência e qualidade.

A tutela administrativa: os direitos subjectivos públicos

Como vimos, a regulamentação constitucional vem gerar, em primeiro lugar, um dever de respeito da Administração pública pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos, que inclusivamente podem ser defendidos através de mecanismos de responsabilidade civil e administrativa das entidades públicas e dos seus agentes.

Ao mesmo tempo, e em segundo lugar, a Constituição faz figurar normas de defesa dos direitos dos cidadãos no âmbito da nomeação e regulamentação das tarefas a prosseguir pelo Estado e demais entes públicos, particularmente na prossecução do interesse público.

O direito constitucional atribui, deste modo, aos particulares, poderes de exigirem do Estado ou de outras entidades públicas, investidos de soberania, um determinado comportamento negativo ou positivo (implicando uma omissão ou uma acção, respectivamente), por virtude de interesses próprios tutelados directamente. Tais poderes denominam-se direitos subjectivos públicos.

Assim, os próprios direitos subjectivos públicos de personalidade (como o direito dos indivíduos à prossecução pelo Estado de certas medidas de política de saúde legalmente fixadas) estão sujeitos a um regime específico.

A tutela deste tipo de direitos é realizada, fundamentalmente, através de:

◆ Acções administrativas, como:

– A anulação e a suspensão de actos administrativos que, por exemplo, lesem o direito à protecção da saúde,

◆ Acções para obter:

– O reconhecimento de um direito ou interesse legalmente protegido;

– A execução de direitos a prestações estaduais derivadas de direitos sociais concretizados e estruturados legalmente.

◆ Acções de responsabilidade civil do Estado, dos demais entes públicos e dos seus órgãos ou agentes por prejuízos decorrentes de actos de gestão pública.

O art. 22 da CRP diz-nos que "O Estado e as demais entidades públicas são civilmente responsáveis, em forma solidária com os titulares dos seus órgãos, funcionários ou agentes, por acções ou omissões praticadas no exercício das suas funções e por causa desse exercício, de que resulte violação dos direitos, liberdades e garantias ou prejuízo para outrem".

A existência de responsabilidade civil implica o dever de indemnizar o lesado pelos danos que ele sofreu. A regulamentação da responsabilidade civil do Estado e demais entes públicos no âmbito dos actos de gestão pública encontra-se expressa no Decreto-Lei n.º 48.051, de 21/11.

Para que haja lugar ao pagamento de uma indemnização, é necessário:

– Que seja praticado um acto (uma acção ou omissão) contrário às normas jurídicas, ou às regras de ordem técnica e de prudência comum que devam ser tidas em consideração.

– Que esse acto tenha natureza funcional (que seja praticado no exercício de funções e por causa desse exercício).

– Que haja culpa (uma actuação negligente ou intencional) relativamente ao funcionário, titular ou agente.

– Que exista um prejuízo (ou dano) para o lesado.

– Que exista um nexo de causalidade (uma relação de adequação) entre aquela acção ou omissão e o prejuízo causado.

A responsabilidade civil do Estado e demais entes públicos é solidária com os funcionários, agentes ou titulares de órgãos, o que significa que quer o Estado, quer o funcionário (em caso de ser igualmente responsável) podem ser obrigados a pagar o valor total da indemnização que vier a ser estabelecida pelo tribunal.

A responsabilidade do funcionário ou agente é excluída se este tiver actuado no cumprimento de ordens ou instruções emanadas no legítimo superior hierárquico e em matéria de serviço, e se previamente tiver reclamado ou tiver exigido a transmissão da ordem por escrito.

Caso a responsabilidade do funcionário ou agente não tiver sido excluída, o Estado e os demais entes públicos que se viram obrigados a desembolsar o valor da indemnização fixada pelo tribunal têm direito a exigir do funcionário o pagamento desse valor. Tal situação pode verificar-se se a actuação do funcionário se tiver revestido de um grau de diligência ou zelo manifestamente inferiores àqueles a que ele estava obrigado em razão do cargo que desempenhava.

A lei reguladora da responsabilidade civil extracontratual do Estado no domínio dos actos de gestão pública tem aplicação, nomeadamente:

– Nos casos de responsabilidade civil dos médicos dos serviços públicos¹⁷.

– Nos casos em que os utentes forem lesados nos seus direitos pelos órgãos ou pessoal do Serviço Nacional de Saúde.

O dirimir das questões de responsabilidade do Estado, dos demais entes públicos e dos titulares dos seus órgãos e agentes por prejuízos causados por actos de gestão pública pertence aos tribunais administrativos.

A tutela juscivilística: os direitos de personalidade

As previsões de lei civil, referentes aos direitos de personalidade, valem nas relações paritárias entre os particulares ou nas relações estabelecidas entre os particulares e o Estado e demais pessoas colectivas públicas enquanto actuarem destituídos do seu *ius imperii*.

Os direitos de personalidade

Há direitos fundamentais que, por terem como objecto directamente tutelado a personalidade humana, traduzem-se, ao nível juscivilístico (das normas que regulam as relações que se estabelecem entre os particulares), em direitos da personalidade.

Desde logo, podemos atentar-nos na tutela geral da personalidade estabelecida no art. 70 do Código civil. O seu n.º 1 diz-nos que "a lei protege os indivíduos contra qualquer ofensa ilícita ou ameaça de ofensa à sua personalidade física ou moral". Esta disposição vem, segundo alguns autores¹⁸, consagrar um direito geral de personalidade, tido como um direito subjectivo pessoal à tutela da personalidade humana.

A personalidade humana, enquanto objecto do referido direito, pode ser definida como uma unidade físico-psico-ambiental.

Nestes termos, a personalidade é constituída por uma organização somaticopsíquica composta por bens ou elementos constitutivos (v.g., vida, o corpo, o espírito), por funções (v.g., a função circulatória e a inteligência), por estados (v.g., a saúde, o prazer, a tranquilidade), e por forças, potencialidades e capacidades (v.g., os instintos, os sentimentos, a inteligência)¹⁹; e por uma estrutura mais alargada, de teor relacional, socioambientalmente inserida e que abarca dois pólos interactivos: o "eu" e o mundo.

Deste modo, o fraccionamento da personalidade é predominantemente função da necessidade do respectivo estudo, não implicando uma cisão da sua unidade. Assim, tanto a personalidade física como a personalidade moral, a analisar de seguida, permanecem em constante relação e interdependência.

A personalidade física

No que respeita à personalidade física, embora incidível da personalidade moral, podemos referir em especial o corpo humano enquanto bem juridicamente tutelado. Através da protecção conferida ao corpo humano são protegidos:

- O conjunto corporal organizado.
- Os múltiplos elementos anatómicos que integram a constituição fisicosomática e o equipamento psíquico do homem.
- As relações fisiológicas decorrentes da pertença de cada um desses elementos a estruturas e funções intermédias e ao conjunto do corpo, nomeadamente quando se traduzem num estado de saúde fisicopsíquica.

A compreensão do corpo humano é indissociável da ponderação tanto das suas forças inatas como do poder de autodeterminação do homem sobre o seu próprio corpo, mecanismos estes que o Direito tem de respeitar e promover. Por isso mesmo, a moderna ciência jurídica vem ramificando o conteúdo dos poderes e deveres jurídicos relativos ao corpo humano em dois grandes núcleos:

- A integridade ou incolumidade corporal, que o defende de violações ou de ameaças e, por vezes, impõe deveres de auxílio em seu favor.
- O poder de autodeterminação sobre o próprio corpo.

Assim, e em contrapartida, verificamos que o corpo humano é duplamente protegido. Por um lado, contra as violações cometidas por terceiros - trata-se da inviolabilidade do corpo humano, e por outro, contra o poder de disposição do indivíduo - trata-se da indisponibilidade do corpo humano.

A integridade corporal

Do bem jurídico da integridade do corpo humano resulta, em primeiro lugar, para terceiros, e inclusivamente para o Estado, um dever de respeito de qualquer corpo humano alheio, na sua totalidade. Deste modo se considera como civilmente ilícita toda e qualquer ofensa ou ameaça de ofensa ao real e ao potencial do corpo, que não goze de excepcionais causas de justificação.

Assim, são ilícitos os actos de terceiros que, de qualquer modo, lesem ou ameacem lesar o corpo humano de outrem (v.g., através de ferimentos, maus tratos físicos ou psíquicos, mutilações, inibições ou afectações de capacidades) bem como os actos de terceiros que se traduzam numa intervenção não justificada no corpo de outrem (v.g., intervenção cirúrgica não consentida).

A tutela do bem jurídico da integridade corporal impõe, não apenas deveres meramente negativos de abstenção, mas também, em certas hipóteses e inclusivamente aos profissionais de saúde, deveres positivos de praticar actos de auxílio.

Nomeadamente, e segundo o que dispõe o art. 8.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos, "em situação de urgência, o médico deve, em qualquer lugar ou circunstância, prestar tratamento de urgência a pessoas que se encontrem em perigo imediato, independentemente

da sua função específica ou da sua formação especializada".

E o Código continua, dizendo no art. 26 que "o médico que aceite o encargo ou tenha o dever de atender um doente obriga-se por esse facto à prestação dos melhores cuidados ao seu alcance, agindo com correcção e delicadeza, no exclusivo intuito de promover ou restituir a saúde, suavizar os sofrimentos e prolongar a vida, no pleno respeito pela dignidade do ser humano".

Como vimos já, a ausência de dor integra forçosamente o bem jurídico personalidade física, pelo que a consagração do direito à protecção da personalidade implica a necessidade da abstenção, por parte de terceiros, de infligirem dor, e, por vezes, o dever de a tratar ou controlar (principalmente enquanto elemento integrador da prestação médica ou de assistência à saúde de qualidade).

O poder de autodeterminação sobre o corpo

Desde o início da ciência jurídica, e dadas as necessidades de regulação e regulamentação da realidade, o direito decompôs o mundo sensível em dois compartimentos: por um lado as coisas, por outro as pessoas. O corpo humano sempre foi considerado pertença do mundo das pessoas pelo que, como vimos, sobre ele incidem direitos de personalidade.

Assim, a tutela do corpo humano impõe igualmente o relevo jurídico do poder natural de autodeterminação de cada homem sobre o seu próprio corpo. Ou seja, são-lhe atribuídos os poderes exclusivos de:

- Dirigir e conformar o seu próprio corpo.
- Sujeitar-se ou não a tratamentos e a operações.
- Estabelecer contratos que impliquem grande dispêndio de energia corporal ou riscos corporais.
- Destacar, ou obrigar-se a destacar certos produtos ou elementos corporais.

Nestes termos, a cada indivíduo é conferida a faculdade de autorizar ou consentir que sejam levadas a cabo violações da sua própria integridade física. O consentimento da pessoa que sofre a lesão pode, assim, atenuar ou fazer desaparecer a juízo da censura jurídica de que sofre a referida violação do seu direito de personalidade.

Juridicamente, a manifestação do consentimento na lesão pode revestir-se de características diferenciadas dando origem a três classificações qualificadoras desse acto. Assim, podemos encontrar-nos perante o consentimento tolerante, autorizante, ou vinculante (este último irrevogável unilateralmente, e por isso sem grande relevo no que respeita à protecção da saúde).

No que respeita ao consentimento tolerante, o Código civil, no n.º 1 do seu art. 340, diz-nos que "o acto lesivo dos direitos de outrem é lícito, desde que este tenha consentido na lesão".

Nestes termos, é legitimado um poder de agredir sem se outorgar um direito a agredir. É tolerante, por exemplo, o consentimento para se proceder a uma intervenção cirúrgica em benefício próprio. É livre e unilateralmente revogável, até à execução da lesão consentida, sem qualquer obrigação de indemnizar a outra parte.

Relativamente às intervenções cirúrgicas em benefício alheio ou geral, o consentimento prestado para a respectiva realização é considerado como autorizante. Ou seja, atribui-se um poder jurídico de proceder à lesão, mas com submissão à prestação de um consentimento que é, livremente e a todo o tempo, revogável.

De todo o modo, o consentimento para a prática de um acto que se traduza numa lesão à personalidade física há-de sempre revestir-se de duas características essenciais: como veremos adiante, o consentimento há-de ser esclarecido e livre. Por outro lado, a liberdade de retirar o consentimento deve ser sempre garantida, ao mesmo tempo que o processo de formação da vontade que culminará no consentimento deve ser isento de quaisquer imperfeições que o vicem e o tornem ineficaz.

Nestes termos, ao ampliar as possibilidades de manipulação e fragmentação do corpo o próprio avanço da ciência biomédica, vem facilitar a livre disposição do corpo ou de partes dele. Assim, ao fazer multiplicar a quantidade possível de actos de alienação que têm o corpo como objecto, a biomedicina tem vindo a pôr em causa a natureza pessoal do corpo, facilitando a respectiva objectivação e cisão de totalidade do ser humano.

Porém, e tendo em conta esta realidade, se o Direito reconhece a cada um uma determinada margem de actuação sobre o seu corpo, a regulamentação jurídica não chega ao extremo de coisificar a realidade corporal. Ao mesmo tempo, o próprio consentimento individual não basta para transformar o corpo numa simples "coisa", num simples objecto, uma vez que o corpo se identifica com a pessoa.

Assim, o Direito continua, a afirmar como uma exigência de ordem pública fundada na dignidade da pessoa, que o indivíduo ou, mais exactamente o seu corpo, merece ser protegido contra si mesmo²⁰.

Deste modo, os poderes de disposição dos indivíduos sobre o próprio corpo não são absolutos ou ilimitados. Podem, de facto, cair em juízos normativos de censura, ou desvalor ao:

- Atentarem contra valores superiores como a própria vida ou o próprio corpo, em determinadas situações.
- Contrariarem uma proibição legal, os bons costumes, ou os princípios da ordem pública.

A personalidade moral

No que respeita à protecção jurídica da personalidade moral do indivíduo, as estruturas dinâ-

micas dos sentimentos, da inteligência e da vontade, que forçosamente a integram, permitem analisar a organização espiritual do homem nos sistemas afectivo, cognitivo, e volitivo.

O sistema afectivo

No que respeita ao sistema afectivo, são relevantes, para efeitos de cálculo de indemnizações, as lesões ilícitas de uma constituição afectiva específica, nomeadamente o sofrimento que surge em consequência de um acto ilícito.

A pessoa com dor, como vimos, sente-se doente pela intensidade das queixas, dependente pela incapacidade que as mesmas provocam, e desanimada pela frustração de não poder realizar os seus projectos pessoais perante a limitação que sente em resultado do seu estado.

O sistema cognitivo

No que se refere ao sistema cognitivo, o entendimento humano é juridicamente protegido não só na sua concretização pessoal mas também no que respeita aos respectivos estádios ou fases de desenvolvimento e evolução.

De facto, não é descuidada pela protecção jurídica a capacidade de perceber e entender os dados dos sentidos, de organizar e orientar sentimentos face a finalidades determinadas, de memorizar, prever, e planear. Nestes termos, faz parte da personalidade moral dos indivíduos o direito à integridade e à autodeterminação cognitiva.

Inclusivamente, a nossa regulamentação civil protege aspectos específicos do conhecimento ou da percepção humana da realidade, particularmente no que respeita à disciplina dos negócios jurídicos.

Nestes termos, o Código civil descreve um conjunto de situações que podem implicar uma invalidação da actuação negocial, por se ter baseado, desde o momento em que é tomada até ao momento em que já não faz sentido proceder à retratação:

– Numa manifestação de vontade (declaração) divergente dessa mesma vontade - é o caso da falta de consciência da declaração e da coacção física (previstas no art. 246); ou

– Numa vontade cujo processo de formação foi viciado - por haver sido formulada com base em:

– Pressupostos errados (o CCP prevê o erro sobre a pessoa ou sobre o objecto do negócio - art. 251, ou o erro sobre os motivos determinantes da vontade - art. 252); ou

– Outros motivos que podem impedir a tomada de uma decisão consciente e livre (como é o caso da incapacidade acidental prevista no art. 257).

No âmbito da protecção da saúde, o consentimento dos doentes torna-se necessariamente peça fundamental no exercício da activi-

dade médica e na relação estabelecida entre o doente e o prestador de cuidados.

Em qualquer destes casos, e relativamente ao consentimento que é prestado para a realização de actos médicos que consubstanciem violações à integridade pessoal, a verificação de alguma destas circunstâncias poderá ferir de invalidade a expressão desse consentimento, retirando legitimidade ao prestador de cuidados médicos, e podendo conduzi-lo a actuar de forma ilícita.

Em consequência, o médico pode ver-se obrigado a pagar pelos prejuízos sofridos pelo doente, uma vez que este consentiu na lesão num estado de incapacidade (originado pelos estímulos dolorosos condicionadores da livre expressão da sua vontade) que pode conduzir à invalidação do consentimento.

De facto, a existência de dor como forma de sofrimento, a que não foi prestado algum auxílio, pode condicionar o doente a aceitar qualquer forma de intervenção ou procedimento com o objectivo de que possa ser aliviado nas suas dores, dando origem à expressão de um consentimento viciado. Tal como uma forma de tortura, o doente em sofrimento sente-se pressionado a fazer algo, mesmo que com pouco benefício terapêutico, na esperança não da cura mas do bem-estar.

De tal importância se reveste a forma livre e esclarecida de consentir que, em ordem a garantir um claro esclarecimento por parte dos indivíduos, são por vezes estabelecidos deveres específicos de informação no que se refere a particulares relações jurídicas. Por exemplo, é o Código Deontológico da Ordem dos Médicos que nos diz, no n.º 1 do seu art. 38, que "o médico deve procurar esclarecer o doente, a família ou quem legalmente o represente, acerca dos métodos de diagnóstico ou de terapêutica que pretende aplicar", e continua, no art. 40 dizendo: "o prognóstico e o diagnóstico devem ser revelados ao doente".

O sistema volitivo

Por último, quanto ao sistema volitivo, protege-se a liberdade, a fidelidade e a representatividade das declarações de vontade enquanto produtoras de actos ou negócios jurídicos, em relação com o que vimos anteriormente.

Assim, é juscivilisticamente tutelável não apenas a livre actividade da vontade, mas também a força de vontade em si mesma e nas suas diferentes formas e estádios, particularmente a capacidade de decidir e de agir, constituindo ilícitos civis tanto a lesão directa ou indirecta das capacidades volitivas reais ou potenciais, v.g., através de drogas pesadas e continuadas e de intervenções cirúrgicas, ou do livre uso das mesmas capacidades, como o aproveitamento indevido do estado de falta ou diminuição da vontade, particularmente nos casos de menoridade, incapacidade ou inconsciência.

O Código Deontológico postula, tendo em conta a necessidade de manifestação de uma vontade intensa e correctamente formada, no seu art. 39, que "antes de adoptar um método de diagnóstico ou terapêutica que considere arriscado, o médico deve obter, de preferência por escrito, o consentimento do doente ou o de seus pais ou tutores, se for menor ou incapaz, ainda que temporariamente".

A tutela dos direitos de personalidade

A tutela deste tipo de direitos é fundamentalmente garantida através de sanções civis, por exemplo, da responsabilidade civil e das providências a que se refere o n.º 2 do art. 70 do CCP, e de dispositivos processuais civis, como a acção comum de declaração.

No que respeita à responsabilidade civil (obrigação de reparar prejuízos, reconstituindo a situação anterior à lesão ou, uma vez impossibilitada esta via, pagando uma indemnização em dinheiro), os bens da personalidade, embora não fazendo parte do património financeiro do respectivo indivíduo, têm grande relevância para a vida económica das pessoas e, inclusivamente, da sua lesão podem resultar não apenas danos não patrimoniais, como também danos patrimoniais (v.g., a incapacidade para o trabalho e consequente perda de rendimentos).

Os direitos de personalidade podem ser violados no âmbito de uma actividade contratual ou extracontratual. No âmbito do contrato de prestação de serviços médicos, por exemplo, é usualmente fonte do dever de indemnizar a situação em que o médico não cumpre, ou cumpre defeituosamente a obrigação que assumiu. Ou seja, quando o médico não cumpre na perfeição a obrigação, em termos genéricos, de prestar ao doente os melhores cuidados ao seu alcance, no intuito de lhe restituir a saúde, suavizar os sofrimentos e salvar ou prolongar a vida, desde que tenha agido com culpa (que se presume), constitui-se no dever de indemnizá-lo pelos prejuízos a que deu causa.

A culpa traduz-se, principalmente, no facto de o médico ter agido de tal forma que a sua conduta lhe deva ser pessoalmente censurada e reprovada. Por exemplo, no caso de o médico, prevendo embora a possibilidade de verificação de certo facto (v.g., um fenómeno doloroso que pode evitar) como resultado da sua conduta, por leviandade, precipitação ou falta de cuidado, crê na sua não verificação, não tomando por isso, as precauções necessárias para o evitar, e ainda quando por descuido, imperícia ou falta de adequados conhecimentos não chega a prever a possibilidade de verificação de certo resultado, podendo e devendo prevê-lo se tivesse agido com a diligência exigível²¹.

No que se refere à responsabilidade extracontratual, tal como temos vindo a verificar, a existência de um direito subjectivo implica que

o seu titular tenha determinados poderes. Assim, possui o poder de exigir dos restantes sujeitos que se abstenham de realizar actos que ofendam ou ameacem ofender os seus direitos (exigência de respeito), e, em determinadas circunstâncias, que pratiquem actos que salvaguardem os seus bens de personalidade (exigência de participação).

Assim, a ordem jurídica, ao instituir um direito subjectivo, vai desvalorizar qualquer actuação contrária à prossecução desse direito, que assim é qualificada de ilícita (ou seja, que ofende normas jurídicas).

Pode ser considerada ilícita, quer uma acção - que viola o dever de abstenção de praticar actos que ofendam ou ameacem ofender a personalidade de outrem, quer uma omissão - que existe quando se viola um dever de agir resultante da lei, por exemplo, do estatuto deontológico duma profissão de interesse público (v. o art. 26 do CDOM, já citado).

"Aquele que, com dolo ou mera culpa, violar ilicitamente o direito de outrem ou qualquer disposição legal destinada a proteger interesses alheios fica obrigado a indemnizar o lesado pelos danos resultantes da indemnização". É o que nos diz o n.º 1 do art. 483 do CCP.

Assim, é pressuposto da obrigação de indemnizar que:

- Seja praticado um facto ilícito.
- Haja dolo (intenção de realizar a lesão) ou mera culpa (negligência).
- Exista um dano ou prejuízo (que normalmente é de natureza não patrimonial ou moral, ou seja, prejuízo de ordem biológica ou espiritual, que apesar de não ser susceptível de avaliação em dinheiro, pode ser compensado). É o caso da perda da saúde, das dores e incomodidades físicas, dos sofrimentos, dos desgostos e constrangimentos morais e afectivos (art. 496).
- Haja um nexo de causalidade entre o facto e o dano (ou seja, que aquele dano seja consequência específica daquela lesão).

O dano dor

Por a dor nos aparecer frequentemente tratada em termo jurídicos como um dano a indemnizar na sequência duma lesão à integridade física dum indivíduo, há-de fazer-se breve alusão ao seu tratamento jurídico nesta sede.

Assim, como vimos já e nos termos do art. 566 do CCP, na impossibilidade de reconstituir a situação anterior à lesão ou, quando a reconstituição natural não repara integralmente os danos, fixa-se uma indemnização em dinheiro, tomando como medida a diferença entre a situação do lesado na data mais recente que puder ser atendida pelo tribunal e a que teria se não existissem danos.

Para o direito português, os danos indemnizáveis reconduzem-se a duas grandes categorias: patrimoniais e não patrimoniais. É, nesta última que são considerados todos os danos insuscetíveis de avaliação pecuniária que possam

afectar a pessoa humana. Neste conjunto estão integrados não só os danos corporais como os danos morais.

O dano dor integra um prejuízo insusceptível de avaliação pecuniária, pelo que a quantificação exacta da dívida é impossível. Nestes termos, cabe ao tribunal fixar equitativamente o montante indemnizatório, que consiste numa compensação de natureza económica pelos sofrimentos físicos e psíquicos, mais ou menos intensos, que acompanham a lesão corporal. Não se trata aqui, em rigor, de uma indemnização, mas sim de uma compensação/satisfação pelos danos, visando proporcionar certa margem de bem-estar tendente a fazer esquecer ou minorar os padecimentos provocados pela lesão²².

O dano dor abarca a dor física (conjunto de sensações físicas resultantes da ofensa) e a dor em sentido psicológico (um trauma ou alteração psíquica em reacção a uma ofensa externa).

Enquanto a primeira resulta dos ferimentos relativos ao órgão ou parte do corpo afectada aquando da acção lesiva e das posteriores intervenções cirúrgicas e tratamentos efectuados, internamentos, medicamentos prescritos e demais impedimentos penosos decorrentes, podendo materializar-se para poder ser medida ou avaliada, a dor psicológica é, por vezes, de impossível materialização.

A dor psicológica aparece-nos como o sofrimento complementar resultante do conhecimento e consciência da dor que a agressão à integridade física provoca, bem como da necessária sujeição a determinados tratamentos, e a antevisão dum futuro com capacidades funcionais e, ou, psíquicas diminuídas.

A determinação, em concreto, da existência e da intensidade da dor pode ser realizada através, em concreto, das repercussões físicas e psicológicas evidenciadas por aquele que suporta a dor e, nomeadamente, através da medicação necessária para estabilizar a vítima. Assim, usa caracterizar-se a dor em função da sua natureza, intensidade, duração e frequência, apreciando-se, para tanto, as características do lesado - sexo, idade, personalidade, nível cultural, meio social e profissão - e, por outro lado, a natureza da ofensa, a medicação, tratamentos, intervenções cirúrgicas e as situações penosas a que é sujeito o ofendido.

A dor pode ser, igualmente, qualificada como dano temporário (aquela que se verifica no período que medeia entre a acção lesiva e o momento em que se entende não poder ser melhorado o estado da vítima - data de consolidação) ou como dano permanente, a par da incapacidade permanente, do dano estético, e do prejuízo de afirmação pessoal.

O dano permanente não equivale, como é comum afirmar-se, à certeza de ser um dano que acompanhará o lesado de forma constante, em cada segundo da sua vida, antes correspondendo à ideia nuclear de dano duradouro, ou

seja, que não se prevê alteração da situação posterior à consolidação. No entanto, esta situação pode ser caracterizada por momentos em que a dor estará presente e por outros em que o padecimento não se fará sentir.

A dor física pode ser considerada como dano permanente quando é reconhecida a existência de uma dor crónica que não é ponderada como implicando uma incapacidade permanente (pois se implicasse estaríamos a valorizá-la duplamente).

A dor psicológica, por seu turno, pode ser indemnizável como dano permanente, deixando de se integrar no dano estético (alteração morfológica do indivíduo que lesa interesses de ordem material e espiritual) e no prejuízo de afirmação pessoal (que inclui o sofrimento resultante da limitação da realização da pessoa no meio familiar, social e cultural em que se insere) enquanto objecto de uma valoração subjectiva da própria vítima.

Bibliografia

1. Fial JA. Uma visão biopsico-social. Dor. APED 2000.
2. Lorenz K. The natural science of the human species. MITPress 1996.
3. Bonica JJ. The management of pain. Filadelfia: Lea & Fegiber 1991.
4. Cassell E. The nature of suffering. Oxford University Press 1991.
5. Biscaia J. Sofrimento e dor humana. Cadernos de Bioética 9. CEB 1995.
6. Twycross R. Symptom management in advanced cancer. Radcliffe Medical Press 1997.
7. Von Engelhardt D. Il rapporto médico-paziente in mutamento. Medicina e Morale 1999.
8. Eide A. The new international economic order and the promotion of human rights. UNDoc. E/CN.4/Sub2/1987/29, pp 14-15. Economic, social and cultural rights - A Textbook. Dordrecht/Boston/London: Nijhoff 1995; 21-40.
9. Hendriks A. The close connection between classical rights and the right to health, with special reference to the right to sexual and reproductive health. Medicine and Law 1999; 18: 225-242.
10. De Farinha P. A Convenção Europeia dos Direitos do Homem anotada, p. 12.
11. Wall P. Pain, the science of suffering. Weidenfeld & Nicholson 1999.
12. Comissão Europeia dos Direitos Humanos, 19 Maio 1994. Tanko v. Finland. Appl. 23634/94. D&R 77-B 1994; 133-137.
13. Comissão Europeia dos Direitos Humanos, 2 Maio 1997. D. v. United Kingdom. Reports of Judgements and Decisions 1997-III: 793-794, 51-54.
14. Van Hoof S. Suffering and the goals of medicine. Medicine, Health Care and Philosophy 1998; 1: 125-131. The Netherlands.
15. Mendes C. Direitos, liberdades e garantias, pp. 101 e ss.
16. Gomes JJ, Moreira V. Constituição da República Portuguesa anotada. 3.ª ed. Coimbra 1993.
17. Freitas do Amaral D. Natureza da responsabilidade civil por actos médicos praticados em estabelecimentos públicos de saúde.
18. Capelo de Sousa R. O direito geral de personalidade. Coimbra 1995.
19. Hubmann H. Das Persönlichkeitsrecht. Pp. 175 e ss. e 223 e ss.
20. Byk C. Statut du corps humain et pratiques biomédicales: a propos des lois bioéthiques françaises. International Journal of Bioethics 1996; 7 (1): 3.
21. Silva A. A responsabilidade civil do médico. Colectânea de jurisprudência 1978; AIII,T1.
22. Coelho dos Santos J. A reparação civil do dano corporal: reflexão jurídica sobre a pericia médico-legal e o dano dor. Rev Port Dan Corp 1994; 2(4): 73-90.

Morbilidade psiquiátrica numa unidade de dor

J. Arantes Gonçalves*, A. Meireles**

Resumo

Este trabalho tem como objectivo avaliar a morbilidade psiquiátrica numa unidade de dor e o uso de uma escala de rastreio de caso psiquiátrico ER/80.

Os resultados são apresentados tais como uma prevalência nos pacientes com dor de 55% de casos psiquiátricos.

Confirmamos a importância de uma atenção especial para a dimensão psiquiátrica de uma unidade de dor.

Palavras chave

Dor. Morbilidade psiquiátrica. Unidade de dor.

Summary

This paper evaluates the psychiatric morbidity on a pain unit and the use of a rating scale of psychiatric case ER/80.

The results are presented, like 55% of the pain patients were case detected.

This confirms the importance of a special attention to the psychiatric dimension of a pain unit.

Key words

Pain. Psychiatric morbidity. Pain unit.

Introdução

A dor é um sintoma comum nos doentes psiquiátricos¹.

Por outro lado, nos doentes com dor crónica ocorrem complicações psicopatológicas como depressão, ansiedade e abuso de substâncias^{2,3}.

Desta forma, preocupamo-nos com a avaliação da morbilidade psiquiátrica e com os factores psicossociais juntamente com a avaliação clínica, laboratorial e radiológica⁴.

Daqui resultou, acerca de 5 anos, a constituição de uma unidade de dor multidisciplinar, na qual o psiquiatra desenvolve o seu conheci-

mento sobre a dor e ao mesmo tempo uma relação pedagógica activa com os restantes membros da equipa, nomeadamente através de reuniões com periodicidade mensal com toda a equipa.

Na nossa experiência os pacientes de dor crónica resistentes à adequada intervenção terapêutica ou com excessivas manifestações comportamentais emocionais à dor são avaliados pelo psiquiatra e tem-se verificado que a falta de intervenção nos factores psicológicos desde o início tem como consequências complicações iatrogénicas e incapacidades^{1,5}.

Mas, uma das maiores dificuldades é a identificação da potencial morbilidade psiquiátrica presente nos casos dos pacientes com dor quando estes tem a primeira consulta na unidade de dor⁶.

Desta forma decidimos avaliar a morbilidade psiquiátrica através do uso de uma escala de rastreio dos casos psiquiátricos.

*Psiquiatra. **Anestésista

Serviço de Anestesia. Unidade de Tratamento de Dor. Hospital Santo António, Porto. Portugal

Trabalho apresentado pelo 1.º autor no 1.º Congresso da Federação Europeia de Secções da IASP, Verona. Itália. 18/21, 1995

Quadro I. Pacientes de dor (n = 131)						
Idade	Média	59,15	range	19-91		
		n	%	n	%	
Sexo	Homem	52	39,7	mulher	79	60,3
Estado civil	Casado	105	80,1			
	Viúvo	15	11,5			
	Solteiro	8	6,1			
Profissão	Divorciado	3	2,3			
	Reformado	51	39			
	Empregado não especializado	33	25			
	Doméstica	26	20			
	Empregado diferenciado	10	8			
	Vendedor	5	4			
	Profissional liberal superior	3	2			
	Estudante	1	1			
	Desempregado	2	1			

Material e método

O grupo de estudo é feito de uma amostra dos pacientes que tiveram consulta pela primeira vez na unidade de dor no Hospital Santo António, Porto, Portugal.

Todos os pacientes foram submetidos a um exame clínico e entrevista por um anestesista de acordo com o esquema para codificar o diagnóstico de dor crónica da Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP)⁷, incluindo o uso de uma escala de avaliação da evolução da dor (intensidade, frequência, consumo de analgésicos, incapacidade, sono) e a escala de rastreio de caso psiquiátrico ER/80⁸.

O ER/80 é um questionário simples estruturado com 16 questões adaptadas à população portuguesa para uma auto-avaliação ou para uma aplicação pelo entrevistador se há dificuldades de leitura cuja pontuação faz o caso suspeito de ser psiquiátrico.

Desta amostra, após a avaliação clínica inicial, alguns dos pacientes foram referenciados pelo anestesista para um exame complementar psiquiátrico.

Os resultados obtidos foram analisados e comparados com a bibliografia correspondente.

Resultados

A amostra é composta por 131 pacientes, dos quais 79 eram mulheres e 52 homens.

A média das idades era de 59, 15 anos com desvio entre os 19 e os 91 anos e 80% eram casados.

A maior parte dos indivíduos eram reformados 39% empregados em fábricas e serviços não especializados 25%, 20% eram donas de casa, 8% empregados diferenciados, 4% eram comerciantes e 2% eram profissionais liberais superiores (Quadro I).

Quadro II. Regiões onde a dor se manifesta

Respostas	n = 131	N	%
Cabeça, face e boca		23	18
Região cervical		8	6
Membro superior e inferior		10	8
Região torácica		26	20
Região abdominal		12	9
Lombosagrada e cóccix		34	26
Membros inferiores		15	11
Região pélvica		1	1
Região anal, perianal e genital		1	1
Mais de três grandes áreas		1	1

Quadro III. Sistemas (n = 131)

	N	%
Nervoso	87	66,4
Gastrointestinal	15	11,4
Musculoesquelético	12	9,2
Nervoso (psicológico e social)	6	4,6
Respiratório e cardiovascular	5	3,8
Cutâneo	3	2,3
Genital urinário	3	2,3

Os pacientes têm dor na região lombosagrada e cóccix em 26%, no tórax 20%, na cabeça, face e boca 17% e nos membros inferiores 11% (Quadro II).

Os sistemas mais envolvidos foram em 66,4% do sistema nervoso, em 11,4% do sistema gastrointestinal e em 9,2% do sistema musculoesquelético (Quadro III).

As características temporais da dor eram em 76% contínuas com gravidade flutuante, em 12% recorrentes irregularmente e em 10% não flutuante contínua (Quadro IV).

A dor era na maior parte grave (80%) com a duração de mais de seis meses (46%); grave

Quadro IV. Características temporais da dor: padrão de ocorrência			
Respostas	n = 131	N	%
Episódio único, duração limitada		1	1
Contínuo ou prática / contínuo, não flutuante		1	10
Contínuo ou prática / contínuo, flutuante		99	76
Recorrente irregular		16	12
Recorrente regular		1	1
Com paroxismos sobrepostos		1	1

Quadro V a. Declaração do paciente da intensidade da dor. Tempo desde aparecimento da dor			
		n	%
Não aplicável		2	
Frac	< 1 mês	2	
	1 mês a 6	0	2
	> 6 meses	1	
Média	< 1 mês	4	
	1 mês a 6	8	18
	> 6 meses	11	
Forte	< 1 mês	15	
	1 mês a 6	29	80
	> 6 meses	60	

Quadro V b. Duração da dor			
	N	%	
< 1 mês	21	16	
1 mês a 6	38	29	
> 6 meses	72	55	

com a duração de um a seis meses (12%); em 18% média e em 2% fraca (Quadro V a) e V b)).

Relativamente à etiologia da dor é em 56% degenerativa, mecânica; em 26% é devida ao neoplasia; infecciosa em 4% e psicológica em 4% (Quadro VI).

A duração da doença até à consulta era em média de 2,7 anos com o desvio de menos de 1 ano a 30 anos (Quadro VII).

A pontuação obtida na escala de avaliação da dor(0 a 20) era em média de 11,9 sendo 58% dos pacientes pontuados entre mais de 10 até 15 (Quadro VIII).

A pontuação obtida na escala ER/80 mostra a presença de potencial caso psiquiátrico em 62% nas mulheres e 44,2% nos homens. Isto representa 55% dos pacientes de dor observados (Quadro IX) 14% de todos os pacientes tinham sido referenciados para avaliação psiquiátrica, 72% destes tinham a pontuação na ER/80 de caso. Os diagnósticos obtidos nestes pacientes referenciados é em 55% perturbações do humor (Quadro X).

Verificamos que em 94,6 % dos tratamentos dos pacientes eram medicados com antidepressivos triciclicos quer isolados quer em combinação com uma dose média de 40 mg.

Quadro VI. Etiologia da dor			
Respostas	n = 131	N	%
Traumática		7	5
Infecciosa		6	4
Inflamatória		4	3
Neoplasia		34	26
Degenerativa, mecânica		73	56
Disfuncional		1	1
Desconhecida ou outro		2	1
Origem psicológica		5	4

Quadro VII. Duração da doença		
	n	%
< 1 ano	22	17
1 a 3 anos	69	53
3 a 5 anos	13	10
5 a 10 anos	14	11
10 a 20 anos	10	8
> 20 anos	3	2
Média = 2,7 anos		

Quadro VIII. Pontuação na escala de avaliação da evolução da dor (0-20)		
	n	%
0 a 5	6	4,6
5 a 10	32	24,4
10 a 15	76	58
15 a 20	17	13
Média = 11,9		

Discussão

Verificamos uma taxa de morbilidade psiquiátrica de 55% na nossa unidade. A diferença de 62% para mulheres e de 44% para homens é comum. Este valor é superior ao valor de 20% encontrado na população portuguesa em geral, usando a mesma escala e superior ao valor de 46% encontrado na consulta de clínica geral nos centros de saúde e é mais baixo do que o valor de 74% encontrado na população que recorre à consulta de triagem num Departamento Psiquiátrico no Porto⁹⁻¹¹.

No entanto o valor de 59,4% de morbilidade psiquiátrica na consulta de cardiologia no hospital geral é aproximado⁹. O primeiro autor usando o método da entrevista psiquiátrica clínica detectou 58% de casos com diagnóstico psiquiátrico numa população de doentes de cefaleias do tipo de enxaqueca que frequentam a consulta de cefaleias (serviço de Neurologia) do mesmo hospital¹². Daqui podemos concluir que o valor encontrado na consulta de dor está entre os valores encontrados na geral morbilidade psiquiátrica hospitalar no ambulatório - 40 a 80% - e não é específica da dor podemos dizer que os

Quadro IX. Morbilidade psiquiátrica (n = 131)								
	Homens			Mulheres			Total	
	P	n	%	n	%	n	%	
Provável	P > 6	23	44,2	>7	49	62	72	55
Não provável	P < 6	29	55,8	<7	30	38	59	45

Quadro X. Diagnóstico psiquiátrico (n = 18 pacientes referenciados)				
			n	%
Perturbações de humor	Depressão <i>major</i>		5	55
	Distímia		5	
Perturbações somatomorfes	Hipocondríaco		1	
	Ansiedade		1	
Perturbações de adaptação	Depressão		2	
	Com sintomas físicos		1	
Factores psicológicos	Afectam condição física		2	
Sem diagnóstico			1	

doentes de dor tem uma morbilidade psiquiátrica similar à de outras disciplinas hospitalares. Mas uma vez que é superior ao encontrado na comunidade geral e clínica geral o valor encontrado é significativo e confirma a necessidade de ao avaliarmos um paciente de dor se pensar e questionar quais os factores psicológicos associados, uma vez que os pacientes não os verbalizam de uma forma espontânea^{5,13}.

Pensamos que a única maneira de aumentar este reconhecimento na consulta de pacientes com dor é através da educação na dor segundo o modelo biopsicossocial de quem lida com pacientes de dor, rastreio desses factores e o sistemático uso de uma muito simples escala psiquiátrica. Isto não significa que depois seja necessária a colaboração psiquiátrica em todos os casos, mas apenas naqueles onde exista a necessidade de uma confirmação e orientação diagnóstica, dificuldade de abordar o caso ou exigência de uma intervenção específica psicofarmacológica ou psicoterapêutica.

Isto acontece em geral na nossa actividade prática de uma unidade de dor multidisciplinar e é por essa razão que, dos 18 pacientes da amostra total, 5 não atingiram a pontuação para serem considerados potenciais casos de acordo com ER/80 mas mesmo assim o clínico entendeu necessária a colaboração psiquiátrica. Isto significa uma selectividade na colaboração pedida uma vez que a presença de um psiquiatra na avaliação da dor e equipa de tratamento promove nos outros membros da equipa a aptidão para detectar factores emocionais mais subtis ou aumentar a suspeita da presença de distúrbios psiquiátricos.

A análise dos casos não identificados pelo ER/80 mostrou que dois desses casos eram de depressão mascarada, um confirmou-se não

existir diagnóstico psiquiátrico, dois perturbações de adaptação. Os motivos do pedido da avaliação psiquiátrica foram a orientação terapêutica, dificuldades em intervir no caso, confirmação da suspeita do diagnóstico, dificuldades no diagnóstico e a orientação clínica a seguir.

Nos casos observados pelo psiquiatra é importante focar como outros autores que a psicopatologia mais frequentemente encontrada é perturbação psiquiátrica do tipo depressivo o que acontece em 55% dos casos^{2,13,17}.

Neste estudo não era propósito distinguir com rigor científico entre a percentagem (4%) da morbilidade psiquiátrica real como causa de dor, e a percentagem (51%) da morbilidade psiquiátrica associada ao diagnóstico somático. Isto é a comorbilidade psiquiátrica¹⁸.

O uso no tratamento de antidepressivos foi confirmado em 94,65% dos casos, o que mostra que os antidepressivos são provavelmente os fármacos mais receitados para o tratamento de dor crónica. As doses usadas são geralmente mais baixas do que para o tratamento de depressões, o que é o mesmo que dizer em doses sintomáticas e por outro lado porque são frequentemente usados em combinação com outros fármacos¹⁹⁻²³.

Conclusões

Apesar do reduzido número da amostra podemos concluir que a morbilidade psiquiátrica presente nos pacientes de dor é uma dimensão importante na clínica de dor. O uso de uma escala de rastreio como ER/80 provou ser um instrumento simples e útil para a sua detecção. De forma a conseguir os objectivos à qual uma clínica de dor se propõe há necessidade de uma equipa multidisciplinar onde o psiquiatra deve

ser um membro permanente participando diretamente através da observação do caso e presença activa nas reuniões de grupo desenvolvendo a capacidade dos outros clínicos para reconhecer os problemas psicológicos. Este será o modelo ideal para a equipa examinar através da experiência, e discussão clínica, os conhecimentos sobre a dor e oferecer aos pacientes com dor e psicopatologia a melhor avaliação e intervenção mais adequada.

Bibliografia

1. France RD, Krishnan KR. Pain in Psychiatric Disorders. Em: France RD, Krishnan KR (eds.). *Chronic Pain*. Washington: American Psychiatric Press inc. 1988; 116-41.
2. Krishnan KR, France RD, Davidson J. Depression as Psychopathological Disorder. Em: France RD Krishnan KR (eds.). Washington: American Psychiatric Press inc. 1988; 194-218.
3. Krishnan KR, McCann VD, France RD. Substance Abuse. Em: France RD Krishnan KR (eds.). Washington: American Psychiatric Press inc. 1988; 220-27.
4. Rutrick DA. Psychiatrist's View of Chronic Pain. Em: Stein JM, Warfield C (eds.). *Pain Management*. Boston: Little, Brown and Company 1983; 177-92.
5. Fields, Howard L. Evaluation of Patients with Persistent Pain. Em: *Pain*. MacGraw-Hill International edition 1989; 205-50.
6. Skevington SM. The relation between Pain and Depression: A Longitudinal Study of Early Synocitis. Em: Gebhart GF, Hammond DL, Jensen TS (eds.). *Proceedings of the 7th World Congress on Pain, Progress in Pain Research and management*. Vol. II. Seattle: IASP Press 1994; 201-10.
7. Classification of Chronic Pain. Merskey H, Bogduk N (eds.). 2.ª ed. International Association for Study of Pain, 1994.
8. Pio Abreu JL, Vaz Pato ML. A Utilização de uma escala de rastreio em epidemiologia psiquiátrica. *Psiquiatria Clínica* 1981; 2: 129-33.
9. Coelho R *et al.* Aplicação de uma Escala de rastreio psiquiátrico numa População de Doentes do Foro Médico. Trabalho apresentado no I Congresso de Saúde Mental dos Açores. Maio, 1990.
10. Sousa MF Bispo, Cardoso OG. Afecções Psiquiátricas e Clínica Geral. *Psiquiatria Clínica* 1987; 8(2): 121-6.
11. Silva LF da, Flores C, Crato N, Caldas ML, Silva AN da. Investigação Epidemiológica de Saúde Mental com a Escala de rastreio ER/80. *Psiquiatria Clínica* 1990; 12(2): 1-4.
12. Arantes Gonçalves J, Magalhães F, Pereira Monteiro J. Psychiatric Analysis of Patients with Migraine – type Headache. Em: *Headache Classification and Epidemiology*. New York: Raven Press 1994; 315-20.
13. Kraig D. Emotional Aspects of Pain. Em: *Textbook of Pain*. 3.ª ed. Wall PD, Melzack R. Churchill Livingstone 1994; 261-74.
14. McCartney CF, Cahill P, Larson DB, Lyons JS, Wada CY *et al.* Effect of a Psychiatric Liaison Program on Consultation Rates and on Detection of Minor Psychiatric Disorders on Cancer patients. *Am J Psychiatry* 1989; 146-7.
15. Goldberg RJ, Van Dyke C. Consultation Psychiatry in the general hospital. Em: *Review of general Psychiatry*. 4.ª ed. Howard H. Goldman 1995; 492-8.
16. Blackwell B. Chronic Pain. Em: *Comprehension Textbook of Psychiatry*. Vol. 2. 5.ª ed. Kaplan HI, Sadock BJ. Williams & Wilkins 1985; 1264-71.
17. Von Korff M, Simon G. The Relationship Between pain and Depression. Paper Presented at Second International Conference on Mood Disorders. Paris, March 12, 1994.
18. Wittchen, Haus-Ulrich. What is Comorbidity factor Artefact?, Paper Presented at Second International Conference on Mood Disorders, Paris, March 12, 1994.
19. Fields, Howard L. Anticonvulsants, Psychotropic and Antihistaminergic Drugs in Pain Management. Em: *Pain*. MacGraw-Hill International Editions 1989; 285-305.
20. Atkinson JH, Slater MA, Doctor JN, Klapow JC. Psychopharmacologic Agents in The Treatment of Pain Syndromes. Em: *Handbook of Pain Management*. Tollison CD (ed.). Baltimore: Williams & Wilkins 1994; 181-214.
21. Edwards WT, Peeters - Asdourian C. Systemic Pharmacologic Approaches. Em: *Principles and Practice of Pain Management*. Warfield CA. McGraw-Hill inc. 1993; 349-61.
22. Max MB. Antidepressants as Analgesics. Em: *Progress in Pain Research and Management*. Vol. 1, Fields HL, Liebes Kind JC (eds.). Seattle: IASP Press 1994; 229-46.
23. France RD, Krishnan KR. Psychotropic Drugs in Chronic Pain. Em: *Chronic Pain*. France RD, Krishnan KR (eds.). Washington: American Psychiatric Press, inc. 1988; 323-74.

Descompressão microvascular no tratamento da neuralgia do trigêmeo. Técnica cirúrgica e resultados a longo termo

Miguel Casimiro*, Joaquim Pedro Correia**, José Cabral***

Resumo

A descompressão microvascular, para tratamento da neuralgia do trigêmeo, técnica cirúrgica descrita e divulgada por Peter J. Jannetta é um procedimento cirúrgico com taxa de sucesso superior ou igual quando comparada com os resultados das outras técnicas, como por exemplo as percutâneas e sem a alta taxa de défices neurológicos permanentes destas. É um procedimento seguro, com baixa taxa de mortalidade e morbidade, que permite atingir um alívio total da dor, sem ser preciso recorrer a terapêuticas complementares. O recurso à alta definição de uma ressonância magnética, sustenta de forma clara o diagnóstico de compressão vascular, permitindo estabelecer o diagnóstico diferencial com outras patologias.

Palavras chave

Neuralgia do trigêmeo (NT). Descompressão microvascular (DMV). Ressonância magnética (RM). Artéria cerebelosa superior (ACS). Artéria cerebelosa anterior (ACA).

Summary

Microvascular decompression for trigeminal neuralgia, as described by Peter J. Jannetta became a well accepted and successful operation for this disorder, with a long-term success rate equal or superior to others technical procedures, without an higher rate of permanent neurologic sequelae. It is a safe operation with an almost negligible mortality and morbidity. The goal of the treatment of trigeminal neuralgia is to obtain a pain-free state without the need for medication and no permanent neurologic deficit. Actually, MR imaging shows the vascular compression and allows the differential diagnosis with others pathology.

Key words

Trigeminal neuralgia (NT). Microvascular decompression (DMV). Magnetic resonance (RM). Superior cerebellous artery (ACS). Anterior cerebellous artery (ACS).

Introdução

A neuralgia do trigêmeo (NT) é uma entidade clínica há muito conhecida; contudo, o seu mecanismo fisiopatológico, tem sido alvo de inúmeras abordagens ao longo dos anos, o que tem

condicionado também diferentes tentativas de abordagem terapêutica. Nenhuma parece ser, no entanto, aceite de forma universal. A evidência crescente de que existe uma associação quase constante entre o quadro clínico e fenómenos de compressão microvascular do V par craniano¹, tem privilegiado de forma crescente o tratamento cirúrgico descompressivo, em detrimento de procedimentos destrutivos, nos casos de falência de controlo médico (ver Fig. 1).

*Interno da especialidade, **Assistente hospitalar

***Assistente hospitalar graduado. Hospital Egas Moniz, Serviço de Neurocirurgia. Lisboa

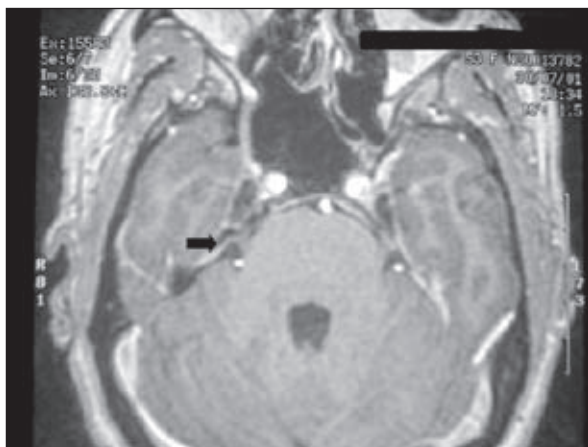


Figura 1. Ansa vascular a contactar o V (assinalada com seta) (fotografia do Hospital Egas Moniz - Lisboa).

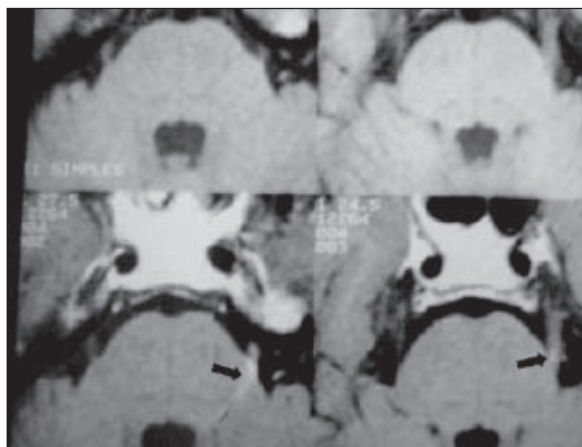


Figura 2. Nevrite do V (assinalada com seta) (fotografia do Hospital Egas Moniz - Lisboa).

Neste trabalho abordaremos qual o suporte teórico que sustenta a decisão de propôr ao nosso doente o tratamento por descompressão cirúrgica microvascular (DMV). Será feita uma breve análise do processo de decisão e a descrição da técnica cirúrgica em causa. Procederemos ainda à análise dos resultados esperados a longo prazo, após a revisão das séries publicadas. Uma análise comparativa pretende evidenciar quais as possíveis vantagens desta técnica quando comparada com outras modalidades terapêuticas.

Um pouco de história

Apesar das primeiras referências esta entidade reportarem provavelmente ao ano de 100 AD no célebre tratado *Cepheala* de Aretaeus da Capadóssia⁵, o seu estabelecimento como entidade clínica individualizada, como forma de dor hemifacial lancinante e paroxística, ocorreu apenas no século XVIII.

Foi em 1756, que o cirurgião francês Nicolas André⁴ descreveu no seu trabalho *Remarques sur certain mouvements convulsifs*, cinco casos de doentes com aquilo que pareciam ser surtos paroxísticos de contraturas hemifaciais, acompanhadas no entanto de componente algico predominante, em oposição aos casos de *spasme clinique*. A esta entidade chamou de *tic douloureux* e pediu ao seu colega Maréchal, cirurgião pessoal de Louis XIV, que tentasse tratar estes doentes através de um procedimento cirúrgico ablativo baseado na teoria galénica. Os resultados foram pobres. Mais tarde atribuiria a doença à compressão nervosa mecânica, com subsequente interrupção da passagem dos humores e energias, que desencadearia o estado patológico e a dor.

Em 1773 Fothergill¹⁸, desconhecendo os trabalhos de André, publicou a sua série de 14 doentes sofrendo de uma afecção dolorosa da face. Aí descreve minuciosamente o quadro clínico clássico desta patologia: uma dor excru-

cionante, recorrente de uma área da hemiface, desencadeada pela mastigação, riso, compressão local, etc. Introduce também a noção de *trigger point*.

Actualmente o diagnóstico continua fundamentalmente a ser feito através da história e exame clínico. O recurso à alta definição de uma ressonância magnética é agora possível e pode em alguns casos sustentar de forma clara o diagnóstico de compressão vascular, estabelecendo o diagnóstico diferencial com outras patologias, nomeadamente as neoplásicas, esclerose múltipla, nevríte, etc. (ver Figs. 2 e 3).

Com o aparecimento de medicamentos como a carbamazepina, fenitoína, gabapentina ou baclofeno¹⁹, muitas destas situações puderam pela primeira vez ser controladas de forma conservadora, mas as estratégias terapêuticas iniciais foram bastante infrutíferas.

As primeiras tentativas de tratamento foram cirúrgicas. Realizaram-se na primeira metade do séc. XVIII com o cirurgião francês Marechal em 1730, orientado por André⁴, a proceder à ablação do n. infra-orbitário. Seguiram-se outras tentativas destrutivas com avulsões, secções ganglionares e rizotomias trigeminais. A incapacidade de compreender o mecanismo fisiopatológico desta doença limitava no entanto a capacidade terapêutica destes procedimentos.

Fisiopatologia

Foi muito provavelmente Dandy¹⁷ o primeiro a estabelecer uma relação directa entre a NT e uma causa vascular compressiva. Gardner e Miklos²³ deram o primeiro passo para o tratamento cirúrgico actual, ao separarem o nervo dos vasos adjacentes com uma microesponja gelatinosa. Os resultados clínicos foram excelentes. Jannetta²⁵⁻²⁹ foi, no entanto, o responsável pela divulgação do conceito de compressão vascular como factor etiológico fundamental não só na NT, mas também num conjunto de outros síndromes disfuncionais hiperactivos dos pares cra-

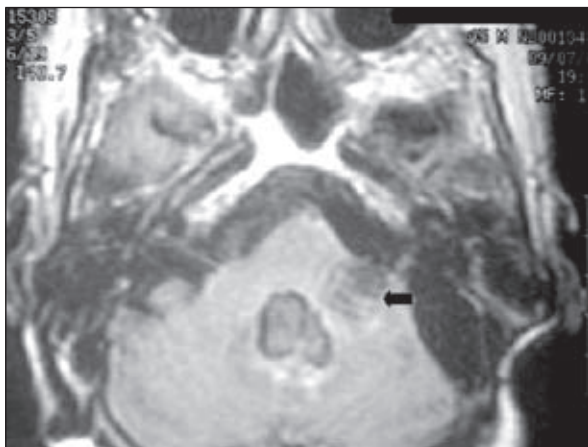


Figura 3. Epidermóide do ângulo pontocerebeloso (assinalada com seta) (fotografia do Hospital Egas Moniz - Lisboa).

nianos como: o espasmo hemifacial, a neuralgia glossofaríngea, a vertigem posicional incapacitante. Apesar desta associação etiopatogénica não ter sido ainda universalmente aceite, a verdade é que os achados cirúrgicos parecem suportar esta hipótese de forma bastante consistente, o tem vindo a popularizar não só o conceito, mas também o próprio procedimento da descompressão microvascular para o tratamento da NT.

Hamlyn e King²⁴ em 1992 encontraram evidência de compressão vascular típica em 37 de 41 (90%) doentes com NT e submetidos a DMV. Nos estudos anatómicos realizados em populações semelhantes esta compressão apenas ocorreu em 13% dos casos. Os resultados foram obviamente estatisticamente relevantes.

Se Dandy, na era da cirurgia pré-microscópica, encontrou compressões vasculares em 45% dos seus casos, Jannetta reportou esta ocorrência em 96% dos doentes, 12% destas condicionadas por veias, Richards et al³⁴ encontraram evidência de compressão em 92% dos casos (10% veias) e Apfelbaum⁴ em 95% (15% veias).

Mas, para uma associação definitiva causa/efeito é também necessário compreender qual o mecanismo desencadeado pelo efeito da compressão sobre as vias axonais, de que forma este implica o aparente estado de hiperexcitabilidade.

A primeira hipótese é de que a NT seja causada pela transmissão de impulsos eléctricos interaxonais, não sinápticos, resultantes da ruptura traumática das bainhas de mielina na região da REZ (*root entry zone*²²). Esta hipótese parece ser suportada pelos achados histológicos. Em fragmentos do nervo resultantes de procedimentos ablativos, encontraram-se sinais de degeneração das bainhas de mielina, conservando-se, contudo, a integridade axonal. As fibras axonais contactariam entre si directamente condicionando a perda da direccionalidade do impulso eléctrico.

Uma segunda linha de pensamento atribui à dor a uma causa central, Fromm^{19,20} sugeriu que a irritação do nervo pelos vasos provocaria uma diminuição da normal inibição segmentar mediada pelas fibras mielínicas largas trigeminais, com a consequente hiperactividade do núcleo central do trigêmeo. Este facto explicaria os bons resultados obtidos com a carbamazepina ou a fenitoína no tratamento destas situações.

Quando operar?

As indicações para o tratamento cirúrgico destas situações reservam-se evidentemente para o caso de falência da terapêutica médica. A evidência imagiológica de compressão vascular não nos parece essencial. Sabe-se que mais de metade dos doentes com RM negativas mas com síndromes clínicas típicas, acabam por ter evidência intra-operatória de compressão vascular. A RM é, no entanto, quanto a nós, um exame pré-operatório imprescindível para o despiste de outras patologias que se podem manifestar da mesma forma (ex.: esclerose múltipla, tumores, etc.). O estado geral do doente é outro factor de decisão fundamental. O estudo do tipo e da gravidade de patologia associada podem implicar o encaminhamento do doente para outros métodos menos invasivos actualmente disponíveis. Um doente de 80 anos saudável continua a ser um óptimo candidato cirúrgico, em detrimento de um indivíduo de 60 com antecedentes cardiovasculares pesados. Factor fundamental na abordagem de qualquer doente com dor, a quem se propõe um procedimento cirúrgico, é o de nos assegurarmos que o doente está ciente que, ao contrario da sua situação mórbida, o tratamento que lhe estamos a oferecer tem riscos. Não só de morbilidade, mas também de mortalidade. É necessário que o doente assuma diante do cirurgião exatamente quais são os riscos que está disposto a correr pelo alívio da sua dor. Esta resposta a esta pergunta muitas vezes ajuda a diferenciar quais são realmente os verdadeiros candidatos para cirurgia, ou seja, aqueles para quem a doença assume contornos de natureza verdadeiramente incapacitante, incomportável com uma vida normal³².

Técnica cirúrgica

O objectivo da cirurgia é claro: a remissão total das queixas, idealmente, sem necessidade de recorrer a qualquer medicação complementar. A descompressão microvascular permite, de uma forma duradoura, alcançar este objectivo na grande maioria dos doentes.

A técnica da DMV pretende a exploração do V par craniano em todo o seu trajecto infratentorial pré-gasseriano, seguida do seu isolamento de qualquer estrutura vascular adjacente. A posicionamento operatório é o primeiro passo. É fundamental para permitir ao cirurgião o mais rá-

pido acesso ao V par sem a necessidade de mobilização exagerada das estruturas da fossa posterior (andar infratentorial).

Segundo a técnica de Jannetta²⁹, aquela que utilizamos por rotina, o doente deverá ficar posicionado em banco de jardim contralateral ao da lesão. A cabeça deverá estar flectida e rodada cerca de 10 graus em relação ao chão. Este posicionamento deve permitir que a mastóide do lado da lesão se torne a estrutura anatómica da cabeça, mais elevada. A incisão cutânea deve ser interna e paralela ao limite da implantação capilar retroauricular e tem cerca de 5 cm. Os músculos são retraídos expondo a escama occipital. Procede-se então a um orifício de trépano e craniotomia occipital, cujos limites devem ser as projeções do seio transversos em cima e do seio sigmóide para fora. De forma circular, se bem posicionada, a craniotomia não necessitará de mais de 3 cm de diâmetro para permitir o bom desempenho cirúrgico. A dura-máter deverá ser aberta em "T", com o cuidado necessário para evitar a laceração dos seios venozos referidos. Após a drenagem possível do LCR, a dissecação da aracnóide que envolve os pares cranianos da região é fundamental para evitar retrações desnecessárias, acuando da mobilização do cerebelo. Estas são muitas vezes responsáveis pelos casos descritos de diminuição da acuidade auditiva. Por outro lado, as veias petrosas que muitas vezes limitam a mobilização das estruturas nervosas, podem ser sacrificadas. Esta atitude é preferível ao risco de hemorragia por estiramento ou, ao risco de mau desempenho do cirurgião por dificuldades na exposição do nervo. O passo seguinte é a identificação do ponto de compressão. Esta é, na maioria das vezes, condicionada pela artéria cerebelosa superior (ACS), no entanto, a artéria cerebelosa anterior (ACA) e inferior (ACI), ou pequenos ramos secundários cerebelosos, podem estar implicados.

Quando no local de contacto se identifica claramente uma impressão vascular sobre o nervo, o prognóstico é por norma excelente. É facilmente perceptível intra-operatóriamente o efeito traumatizante das pulsações arteriais sobre estes nervos.

Apesar de menos frequente, as veias petrosas ou a veia trigeminal podem ser responsáveis pela compressão. Enquanto que as veias podem ser na maioria dos casos coaguladas, as artérias necessitam de ser transpostas. Utilizamos nestes casos a interposição de fragmento de teflon desfiado. Este procedimento deve ser feito de forma extremamente cuidadosa, com o auxílio a instrumentos microcirúrgicos e após extensa dissecação de todas as bainhas de aracnóide, que unem a estrutura vascular ao nervo trigémio. A dúvida reside nos casos em que não se observa qualquer ponto de contacto vascular. É unanimemente aceite que, nestes casos, será justificável a rizotomia sensitiva parcial, para alívio sin-

tomático. Tal procedimento comporta a indução de território facial de hipostesia, pelo que é aconselhável que esta alternativa seja colocada ao doente pré-operatoriamente.

Durante o procedimento, a utilização de agentes osmóticos e hiperventilação podem ser recomendados a fim de diminuir a necessidade de grande retração do cerebelo. A utilização de corticóides, neste procedimento particular, não parece ter relevância demonstrada.

Resultados

A revisão da literatura e a análise das séries de doentes com NT submetidos a DMV parecem apontar para resultados globais bastante satisfatórios⁷. Ao fim da primeira semana de pós-operatório, o alívio total das queixas álgicas ocorre em cerca de 82% dos doentes, com alívio parcial das queixas em 16%. Apenas 2% dos doentes não apresentam qualquer melhoria. Ao fim de doze meses, 75% dos doentes continuam bem e sem auxílio de medicação complementar. 6% referem melhoria significativa (alívio da dor em cerca de 75% ou mais e /ou necessidade de terapêutica intermitente). Cerca de 84% de bons resultados. Ao fim de 10 anos, 67% dos mesmos doentes continuavam a apresentar bons resultados.

Dos casos que não responderam ao tratamento cirúrgico, 11% foram re-intervencionados nos primeiros dois anos. Ao fim de 10 anos, 47% apresentavam bons resultados.

O risco de recorrência baixou para 2% ao fim de 5 anos, e foi inferior a 1% ao fim de 10 anos de cirurgia.

O maior risco de recorrência parece estar associado ao sexo feminino, à duração dos sintomas acima de 8 anos antes da cirurgia, detecção apenas de compressão venosa durante a cirurgia e ausência de alívio completo no pós-operatório imediato.

A avaliação das complicações é fundamental. A taxa de mortalidade na série de 1.336 doentes de Barker et al.⁷, foi de 0,17%. Deficits focais relacionados com a manipulação dos pares cranianos podem ocorrer. Destes, as lesões do estato-acústico, com diminuição da audição, podem ocorrer em 1,2% dos casos.

A monitorização intra-operatória dos potenciais evocados, esteve na origem da diminuição da frequência desta complicação dos últimos anos. A parésia facial transitória pode ocorrer; no entanto, déficits definitivos serão esperados em apenas 0,09% dos doentes. A hipostesia total da face pode ocorrer em cerca de 1,6% dos doentes operados. Não são esperados com esta técnica casos de anestesia dolorosa. Outras complicações possíveis dizem respeito a fístulas de LCR, pseudomeningocelo, trombose do seio transversos e outras situações médicas tais como, pneumonias, embolias pulmonares, etc.

Discussão

Numa meta-análise que reúne os dados obtidos por dezanove centros neurocirúrgicos mundiais, de 2.747 doentes submetidos a DMV por NT, e após seguimento médio de 4,4 anos, 78% dos casos mantinham a total remissão algica.

Os dois primeiros anos correspondem ao período de maior risco de recidiva. A taxa de complicações média foi de 4% e compreenderam fundamentalmente déficits permanentes dos pares cranianos. O total de casos de mortalidade resultou numa taxa de 0,5%. Não foram registados casos de anestesia dolorosa apesar da dormência pós-operatória ter ocorrido numa percentagem que variou de 3 a 29% dos casos. Esta amplitude de ocorrências tem a haver com a prática ou não de rizotomias sensitivas nos diferentes centros em casos de compressão vascular pouco convicente.

Estes resultados podem ser comparados com os obtidos por outros métodos cirúrgicos de natureza destrutiva, alternativos à DMV.

A rizotomia por radiofrequência, por exemplo, reclama uma taxa de sucesso, a longo prazo, de 74% o que é semelhante àquela associada à DMV. Provoca, no entanto, disestesias em cerca de 5% dos doentes e verdadeiros casos de anestesia dolorosa em 1,5%. A taxa global de complicações foi numa meta-análise de 41%, apesar de na maioria dos casos se tratarem de situações transitórias. A hipostesia facial foi encontrada em cerca de 100% dos doentes tratados¹¹.

Na rizotomia percutânea com glicerol¹³, os resultados a longo prazo foram menos animadores apesar do procedimento ter a vantagem de não requerer anestesia geral. Com a técnica de microcompressão gasseriana percutânea com balão, são reclamadas as mesmas taxas de sucesso da DMV, contudo, ao fim de 3 anos, mais de um quarto dos doentes apresentam de novo os mesmos sintomas. 80% apresenta hipostesia facial e todos apresentam parésia dos mastigadores. É necessária a anestesia geral.

Concluimos que a DMV, única técnica utilizada por nós, tem a mesma ou superior taxa de sucesso quando comparada com as técnicas de tratamento percutâneas, sem a alta taxa de déficits neurológicos permanentes. É uma operação segura, com taxa negligenciável de mortalidade quando desempenhada por equipas experientes. Se o objectivo é alcançar um estado de alívio total da dor, sem recurso a terapêutica complementar e sem déficits neurológicos permanentes, então, cremos que, nos casos típicos de NT, em doentes sem risco cirúrgico acrescido, a DMV é o procedimento de escolha.

Bibliografia

- Adams CB. Microvascular compression: An alternative view and hypothesis. *J Neurosurg* 1989; 57: 1-12.
- Aksik I. Microneural decompression operations in the treatment of some forms of cranial rhizopathy. *Acta Neurochir (Wien)* 1993; 125: 64-74.

- André NA. Observations pratiques sur les maladies de l'uretère et sur plusieurs faits convulsives, etc. Paris 1756.
- Apfelbaum RI. Surgery for tic douloureux. *Clin Neurosurg* 1984; 31: 351-68.
- Araeteus. *The Cappadocian*. London: Sydenham Society Publications 1896.
- Barba D, Alksne JF. Success of microvascular decompression without prior surgical therapy for trigeminal neuralgia. *J Neurosurg* 1984; 60: 104-7.
- Barker FG, Jannetta PJ, Bissonette DJ, et al. The long term outcome of microvascular decompression for trigeminal neuralgia. *N Engl J Med* 1996; 334: 1077-83.
- Beaver DL. Electron microscopy of the gasserian ganglion in trigeminal neuralgia. *J Neurosurg* 1967; 26: 138-50.
- Bederson JB, Wilson CB. Evaluation of microvascular decompression and partial sensory rhizotomy in 252 cases of trigeminal neuralgia. *J Neurosurg* 1989; 71: 359-67.
- Breeze R, Ignelzi RJ. Microvascular decompression for trigeminal neuralgia. Results with special reference to the late recurrence rate. *J Neurosurg* 1982; 57: 487-90.
- Broggi G, Franzini A, Lasio G, et al. Long-term results of percutaneous retrogasserian thermorhizotomy for essential trigeminal neuralgia: considerations in 1000 consecutive patients. *Neurosurgery* 1990; 26: 783-7.
- Brown JA, Mc Daniel MD, Weaver MT. Percutaneous trigeminal nerve compression for treatment of trigeminal neuralgia: Results in 50 patients. *Neurosurg* 1993; 32: 570-3.
- Burchiel KJ, Clarke H, Haglund M, et al. Long-term efficacy of microvascular decompression in trigeminal neuralgia. *J Neurosurg* 1988; 69: 35-8.
- Cho DY, Chang CG, Wang YC, et al. Repeat operations in failed microvascular decompression for trigeminal neuralgia. *Neurosurgery* 1994; 35: 665-70.
- Dahle L, Von Essen C, Kourtopoulos H, et al. Microvascular decompression for trigeminal neuralgia. *Acta Neurochir (Wien)* 1989; 99: 109-12.
- Dandy WE. Concerning the cause of trigeminal neuralgia. *Am J Surg* 1934; 24: 447-55.
- Ferguson GC, Brett DC, Peerless SJ, et al. Trigeminal neuralgia: A comparison of the results of percutaneous rhizotomy and microvascular decompression. *Can J Neurol Sci* 1981; 8: 207-14.
- Fothergill J. A concise and systematic account of a painful affection of the nerves of the face, commonly called Tic douloureux. London: Murray 1769.
- Fromm GH. Effects of different classes of antiepileptic drugs on brainstem pathways. *Federation Proceedings* 1985; 44: 2432-5.
- Fromm GH. Medical treatment of patients with trigeminal neuralgia. Em: Gromm GH, Sessle BJ (eds.). *Trigeminal Neuralgia: Current Concepts Regarding Pathogenesis and Treatment*. Stoneham, MA: Butterworth-Heinemann 1991; 131-44.
- Fujimaki T, Fukushima T, Miyazaki S. Percutaneous retrogasserian glycerol injection in the management of trigeminal neuralgia: Long-term follow-up results. *J Neurosurg* 1990; 73: 212-6.
- Gardner WJ. Crosstalk: The paradoxical transmission of a nerve impulse. *Arch Neurol* 1966; 14: 149-56.
- Gardner WJ, Miklos MV. Response of trigeminal neuralgia to a decompression of sensory root: Discussion of cause of trigeminal neuralgia. *JAMA* 1959; 170: 1773-6.
- Hamlyn PJ, King TT. Neurovascular compression in trigeminal neuralgia: Clinical and anatomical study. *J Neurosurg* 1992; 76: 948-54.
- Jannetta PJ. Microsurgery of cranial nerve cross-compression. *Clin Neurosurg* 1979; 26: 607-15.
- Jannetta PJ. Microvascular decompression for trigeminal neuralgia. *Surgical Rounds* 1983; 4: 24-35.
- Jannetta PJ. Neurovascular compression in cranial nerve and systemic disease. *Ann Surg* 1980; 192: 518-25.
- Jannetta PJ. Observations on the etiology of trigeminal neuralgia, hemifacial spasm, acoustic nerve dysfunction and glossopharyngeal neuralgia. Definitive microsurgical treatment and results in 117 patients. *Neurochirurgia (Stuttg)* 1977; 20: 145-54.

29. Jannetta PJ. Treatment of trigeminal neuralgia by micro-operative decompression. Em: Youmans JR (ed.). Neurological Surgery 2.^a ed. Vol. 6. Philadelphia: Saunders 1982; 3589-603.
30. Kerr FWL. Pathology of trigeminal neuralgia: Light and electron microscope observations. J Neurosurgery 1967; 26: 151-6.
31. Kolluri S, Heros RC. Microvascular decompression for trigeminal neuralgia: A five-year follow-up study. Surg Neurol 1984; 22: 235-40.
32. Lovely TJ, Jannetta PJ. Microvascular decompression for trigeminal neuralgia. Neurosurg Clin 1997; 8(1): 11-29.
33. Marion DW, Jannetta PJ. Use of perioperative steroids with microvascular decompression operations. Neurosurgery 1988; 22: 353-7.
34. Moller AR, Moller MB. Does intraoperative monitoring of auditory evoked potentials reduce the incidence of hearing loss as a complication of microvascular decompression of cranial nerves? Neurosurgery 1989; 24: 257-63.
35. Richards P, Shawdow H, Illingworth R. Operative findings on microvascular exploration of the cerebello-pontine angle in trigeminal neuralgia. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1983; 46: 1098-101.
36. Rushworth RG, Smith SF. Trigeminal neuralgia and hemifacial spasm. Treatment by microvascular decompression Med J Aust 1982; 1: 424-6.
37. Sindou M, Amrani F, Mertens P. Decompression vasculaire microchirurgicale pour nevrálgie du trijumeau. Comparasion de deux modalités techniques et deductions physiopathologiques. Etude sur 120 cas. Neurichirurgie 1990; 36: 16-26.
38. Szapiro J, Jr, Sindou M, Szapiro J. Prognostic factors in microvascular decompression for trigeminal neuralgia. Neurosurgery 1985; 17: 920-9.
39. Van Loveren H, Tew JM, Keller JT, et al. A 10-year experience in the treatment of trigeminal neuralgia. Comparison of percutaneous stereotaxic rhizotomy and posterior fossa exploration. J Neurosurg 1982; 57: 757-64.
40. Zorman G, Wilson CB. Outcome following microsurgical vascular decompression or partial sensory rhizotomy in 125 cases of trigeminal neuralgia. Neurology 1984; 34: 1362-5.