

DOR[®]

ISSN: 0872-4814

Órgão de Expressão Oficial da APED

Volume 15 • N.º 3/2007



Mensagem do Presidente da APED	3
Editorial	4
Acreditação das Unidades de Dor	6
Dor Crónica Musculoesquelética III Encontro Nacional Clínicas de Dor	11
Recomendações para a Utilização dos Medicamentos Opióides Fortes na Dor Crónica Não-oncológica	16
Lombalgias: a Realidade da Nossa Unidade de Tratamento de Dor	22
Epiduroscopia, Essa Desconhecida no Tratamento da Dor	28
Ano da Dor na Mulher	31

DOR[®]

ISSN: 0872-4814

Órgão de Expressão Oficial da APED

Volume 15 • N.º 3/2007

Director

José Manuel Castro Lopes

Editores

Luís Agualusa

José Manuel Castro Lopes

Teresa Vaz Patto

Sílvia Vaz Serra

Mensagem do Presidente da APED José Romão	3
Editorial José Manuel Castro Lopes	4
Acreditação das Unidades de Dor Maria Alice Cardoso	6
Dor Crónica Musculoesquelética III Encontro Nacional Clínicas de Dor Duarte Correia	11
Recomendações para a Utilização dos Medicamentos Opióides Fortes na Dor Crónica Não-oncológica	16
Lombalgias: a Realidade da Nossa Unidade de Tratamento de Dor Sara Arantes, Carmélia Ferreira, Sónia Lobo, Rita Moutinho, Jorge Correia, Carlos Jorge Carvalho e Ana Marcos	22
Epiduroscopia, Essa Desconhecida no Tratamento da Dor José Carlos Cordeiro da Silva e Maria Mercedes Marzoa Pumar	28
Ano da Dor na Mulher Kateřina Rubáňková	31

Ilustração da capa de Armanda Passos



PERMANYER PORTUGAL

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 disquete, CD, DVD, ZIP o JAZZ para a seguinte morada:

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

ou, em alternativa, por e-mail:
permanyer.portugal@permanyer.com

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

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

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

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

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

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



© 2007 Permanyer Portugal
Av. Duque d'Ávila, 92, 7.º E - 1050-084 Lisboa
Tel.: 21 315 60 81 Fax: 21 330 42 96
E-mail: permanyer.portugal@permanyer.com

ISSN: 0872-4814
Dep. Legal: B-17.364/2000
Ref.: 736AP063



Impresso em papel totalmente livre de cloro
Impressão: Comgrafic



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

Reservados todos os direitos.

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

Mensagem do Presidente da APED

José Romão

Apesar de as eleições para os corpos sociais da APED terem decorrido há quase um ano, o atraso na publicação da revista motiva que só agora esteja a escrever a minha primeira mensagem.

Embora o número de sócios participantes na Assembleia Eleitoral tenha sido relativamente pequeno, como é usual, o apoio expresso em votos demonstrado à equipa que tenho o gosto de liderar, enche-nos de orgulho mas simultaneamente reforça a responsabilidade assumida.

Quando decidimos candidatar-nos, não nos moveram a ânsia de protagonismo ou o desejo de ligar os nossos nomes à história da APED, mas tão somente o sentido do dever e imperativos de natureza ética, conforme afirmámos no manifesto eleitoral então publicitado.

Recordo os nossos objectivos principais, enunciados no referido manifesto:

- Pugnar pela aprovação da proposta de «Programa Nacional para o Controlo da Dor» e promover activamente a sua implementação.
- Intensificar a divulgação da APED e dos seus objectivos junto de profissionais com potencial afinidade para o diagnóstico e/ou tratamento da dor. Destacamos alguns grupos que tradicionalmente não têm estado próximos da associação: clínicos gerais/médicos de família, psicólogos e farmacêuticos.
- Manter e desenvolver parcerias com outras entidades nacionais e internacionais que resultem em sinergias para o desenvolvimento de boas práticas no controlo da dor.
- Definir critérios de qualidade a implementar nas estruturas que se dedicam ao tratamento da dor.

- Concretizar aplicação informática para registos clínicos uniformizados nas Unidades de Dor.
- Reforçar os esforços desenvolvidos na divulgação desta temática junto da sociedade civil.
- Envidar esforços para garantir a todos os doentes acesso aos opióides (facilitar prescrição, aumento da comparticipação).
- Sensibilizar as escolas médicas e de enfermagem para a necessidade de melhorar a formação pré-graduada em dor.
- Colaborar na definição dos *standards* de formação desejáveis para os profissionais que se dedicam ao tratamento da dor.
- Desenvolver e apoiar acções de formação dirigidas aos diferentes grupos de profissionais.
- Fomentar e apoiar a investigação científica, nomeadamente através da aproximação dos clínicos aos investigadores em ciências básicas.

Temos plena consciência da ambição dos nossos objectivos. Porém, estamos certos que as vossas críticas, sugestões e ajuda contribuirão decisivamente para a sua concretização.

Não posso deixar passar a oportunidade de saudar e agradecer aos colegas que agora cessam funções nos corpos gerentes da associação. Porque sou também um deles e por temperamento, inibo-me de tecer rasgados elogios. No entanto, não posso deixar de salientar o quão activa a APED foi nos últimos anos e as consequências que daí advieram para o tratamento da dor em Portugal. Para isso foi determinante o papel do Prof. Castro Lopes. Embora sendo um «cientista básico», assumiu os anseios dos profissionais que se dedicam à actividade assistencial na área da dor e catalizou um vasto conjunto de acções que seguramente deixarão memória.

Editorial

José Manuel Castro Lopes

Mais um número da revista Dor que sai com um atraso substancial! Devo reconhecer que é muito difícil manter uma publicação regular com as características e a frequência da Dor, num país em que não existe uma tradição de publicação e em que o universo dos potenciais interessados é, aparentemente, pequeno. De facto, se a memória não me falha, nestes três anos em que a revista esteve sob a minha responsabilidade foram recebidos apenas cinco(!) artigos para publicação, três dos quais estão publicados na presente edição. Apercebendo-se desta realidade, o meu antecessor, Dr. José Manuel Caseiro, lançou em boa hora o modelo dos números monotemáticos em que, a partir de um editor convidado, eram solicitados a vários especialistas artigos sob um tema comum. Mas, mesmo assim, não é fácil motivar as pessoas para escrever e os atrasos sucederam-se, penalizando os leitores, patrocinadores e aqueles autores (poucos mas bons) que entregaram as suas contribuições dentro do prazo a que se comprometeram. Individualmente, cada autor tem inúmeras e muito válidas razões para justificar o atraso, mas o colectivo acaba por ultrapassar largamente a soma das partes. Numa altura em que estou prestes a abandonar a responsabilidade da revista (o próximo número está praticamente pronto), quero penitenciar-me mais uma vez por não ter sido capaz de atingir os objectivos a que me tinha proposto.

O presente número inclui dois artigos sobre dois dos *workshops* que tiveram lugar durante o 3.º Encontro Nacional das Unidades de Dor. Apesar do atraso com que são publicados, mantêm toda a sua actualidade. A acreditação das Unidades de Dor, que passa necessariamente pela avaliação da sua qualidade, terá que ser realizada mais cedo ou mais tarde. Os responsáveis das Unidades têm no artigo de Maria Alice Cardoso excelentes pistas para, se assim o entenderem, se anteciparem e iniciarem um processo de auto-avaliação que conduza a uma melhoria contínua da qualidade.

A dor musculoesquelética representa um peso enorme nos cuidados de saúde, a todos os níveis, e na sociedade em geral, bem expresso no artigo de Duarte Correia. O texto faz referência também a algumas das estratégias destinadas a reduzir aquele peso, bem como aos obstáculos que existem à implementação dessas estratégias.

Relacionado com o tema anterior, são publicadas nesta edição da revista as «Recomendações para a Utilização de Medicamentos Opióides Fortes na Dor Crónica Não-Oncológica». Estas recomendações foram elaboradas por um conjunto de peritos convidados pela APED, por sugestão da Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor (CAPNLCD). Embora a elaboração de recomendações e/ou normas de boa prática fosse um dos objectivos da anterior direcção da APED, a iniciativa de elaborar estas recomendações em concreto foi desencadeada numa reunião com o Infarmed em que se discutiram as propostas de alteração da comparticipação dos medicamentos opióides recentemente aprovadas. Pretendeu-se, a partir de normas internacionais publicadas nos últimos anos, elaborar um documento consensual que estabelecesse os princípios gerais de utilização daqueles medicamentos na dor não-oncológica, que fosse acessível a qualquer médico. Por isso, a CAPNLCD solicitou a sua publicação pela Direcção-Geral da Saúde sob a forma de circular informativa, o que veio a acontecer recentemente. Como qualquer documento desta natureza, são múltiplas as leituras/interpretações possíveis e, infelizmente, alguma imprensa generalista apressou-se a fazer uma interpretação errada, ao depreender que as recomendações se destinavam a dificultar a utilização dos medicamentos opióides (ver Correio da Manhã de 27 de Março).

O artigo de Sara Arantes e colaboradores está de certa forma relacionado com os anteriores, ao descrever retrospectivamente os doentes com lombalgias que foram tratados na Unidade de Dor do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, bem como o tratamento a que foram sujeitos e o respectivo resultado. Saliente-se que estes doentes representam apenas pouco menos de 10% do total dos doentes observados naquela Unidade de Dor. Sabendo-se que as lombalgias são a patologia dolorosa crónica mais prevalente nas sociedades desenvolvidas, aquele número vem reforçar a ideia de que a esmagadora maioria destes doentes não é, nem poderia ou deveria ser, observada em Unidades de Dor. O presumível impacto socioeconómico das lombalgias (ainda por avaliar no nosso país) recomenda o reforço das actividades de forma-

ção destinadas a médicos de família e outros especialistas.

O artigo de José Carlos Cordeiro da Silva e Maria Mercedes Marzoa Pumar descreve uma técnica que poderá estar indicada no diagnóstico e terapêutica de algumas lombalgias, quando estas se acompanham de radiculopatia ou após cirurgia da coluna. Trata-se de uma técnica

recente e ainda pouco utilizada, mas com algum potencial de evolução futura.

Finalmente, Katerina Rubáoková faz uma pequena síntese de alguns dos temas em discussão no Ano Internacional da Dor na Mulher, uma iniciativa da *International Association for the Study of Pain* (IASP), que pretende chamar a atenção para esta questão particular.

Acreditação das Unidades de Dor

Maria Alice Cardoso

Resumo

Os projectos de acreditação das Unidades de Dor passam pela implementação de sistemas de garantia da qualidade. Após um breve olhar sobre os conceitos de qualidade, é dado um exemplo da sua aplicabilidade num programa de acreditação para Unidades de Dor nos Estados Unidos.

Palavras-chave: Acreditação. Qualidade. Dor. Indicadores.

Abstract

The pain units' accreditation projects pass through the implementation of quality systems. After a brief look over the quality concepts it's given an example of an accreditation pain program in USA. (Dor. 2007;15(3):6-10)

Corresponding author: Maria Alice Cardoso, acardoso@iqs.pt

Key words: Accreditation. Quality. Pain. Performance measures.

Ao falarmos de acreditação estamos inevitavelmente a reportar-nos ao tema da qualidade nos serviços de saúde.

A qualidade é uma filosofia inovadora que surgiu inicialmente mais ligada às empresas, tendo os seus conceitos sido posteriormente importados para a área da saúde, e que implica uma nova maneira de pensar e de gerir o trabalho, numa transformação cultural que se infiltra pela organização, envolvendo todos, dos funcionários aos gestores (Quadro 1).

Para o Dr. Joseph M. Juran, a missão de uma organização é estar apta a corresponder às necessidades específicas dos seus clientes, focalizando-se em três processos: controle de qualidade, melhoria da qualidade e planeamento da qualidade. Neste processo universal para a melhoria da qualidade, ele preconiza três fases: analisar os sintomas, identificar as causas e aplicar as soluções.

Já para Philip B. Crosby, a gestão da qualidade implica quatro verdades: conformidade com os requisitos, prevenção como sistema de alcançar a qualidade, o desempenho *standard* ter zero defeitos e a avaliação da qualidade como o preço da não-conformidade.

Finalmente, para o Dr. W. Edwards Deming, a qualidade é uma forma de liderança em que os funcionários são encorajados a participar na gestão e no processo de decisão, eliminando-se as fronteiras entre departamentos, num processo de melhoria contínua do serviço e dos resultados norteando-se sempre pela procura da excelência.

O ciclo de Deming (Fig. 1) aplica-se perfeitamente à actividade clínica. O desenvolvimento e selecção de orientações para a prática de cuidados (*Plan*), a sua implementação e registo sistemático para análise (*Do*), a monitorização para verificar a evolução (*Check*) e a implementação de alterações sempre que necessárias (*Act*).

Donadebian define a qualidade em saúde como:

Estrutura → Processo → Resultado

Para ele, as três variáveis são igualmente importantes (e complementares) na avaliação/medição da qualidade nos serviços de saúde.

Estrutura: atributos dos cenários em que decorre a prestação de cuidados – recursos materiais (ex.: instalações, meios financeiros); recursos humanos (número e qualificação do pessoal) e estrutura organizacional (organização do pessoal médico, métodos de revisão, modalidades de remuneração).

Processo: inclui as actividades dos doentes na procura e recepção dos cuidados e dos prestadores na elaboração de um diagnóstico e potencial tratamento.

Resultado: efeitos dos cuidados no estado de saúde dos doentes e das populações.

Directora-adjunta
Instituto da Qualidade em Saúde
Assistente Graduada de Anestesia
H.S.F. Xavier
Lisboa
E-mail: acardoso@iqs.pt

Quadro 1. Três dos «gurus» da qualidade apresentam as seguintes definições

Juran: «... aptidão ao uso, de um produto ou serviço»
 Crosby: «... conformidade com os requisitos»
 Deming: «... Qualidade como melhoria contínua»

Segundo H. Palmer e A. Donadecian, «o contexto e o modelo organizativo têm maior importância no desempenho organizacional do que as actividades e características dos indivíduos dentro da organização». E Deming sublinha que «85% dos erros em qualquer desempenho, são erros de processo (ou de causa comum) e somente cerca de 15% são atribuídos a causas específicas incluindo erro do trabalhador»

Acompanhando a evolução do conhecimento e dos conceitos, a OMS Europa considerou que são os seguintes os componentes dos cuidados de saúde de qualidade:

- Elevado grau de excelência profissional.
- Eficiência na utilização dos recursos.
- Riscos mínimos para os doentes.
- Satisfação para os utilizadores.
- Resultados de saúde obtidos.

A fim de dar resposta a esta necessidade imperativa que é o prestar cuidados de e com qualidade, vários instrumentos e metodologias podem ser utilizados. A auto-avaliação, a auditoria clínica, a análise de indicadores, as equipas de qualidade e/ou melhoria contínua, o *benchmarking*, a certificação e a acreditação, entre outros.

A certificação e a acreditação, quiçá pelo facto de em caso de sucesso atribuírem um certificado,

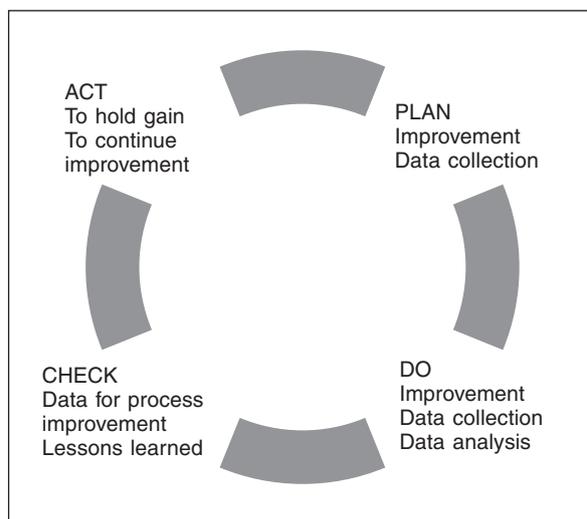


Figura 1. O ciclo Plan-Do-Check-Act de Deming.

têm-se revelado motivadores do envolvimento colectivo dos profissionais das instituições.

Os projectos de acreditação visam fundamentalmente atestar o bom funcionamento de uma organização de saúde, através da avaliação do cumprimento de um conjunto de normas que são consideradas mínimas para que se considere que essa organização tem um sistema de garantia de qualidade implementado e que é transversal à instituição.

As normas versam sobre as várias áreas, clínicas e não-clínicas, que estão na base do funcionamento de um serviço de saúde.

Quadro 2. Organizational Purpose & Structure

Description	Looking for
1 A mission statement exists describing the purpose of the organization and the available services.	Is there a mission statement? Does it describe the services provided by the program? Is there a Code of Ethics for the organization? Is there a Patient Bill of Rights? Are there Stakeholders?
2 Written policy describes the types of clients or patients served, and/or the types of conditions addressed by the program.	Written documentation describing types of clients or patients served, and/or the types of conditions addressed. Are there ads, brochures, handouts, or pamphlets describing this information?
3 Written policy defines the inclusion and exclusion criteria for the program's services.	Are there specific written inclusion criteria for prospective patients? What are the exclusion criteria for not treating patients? Exclusion criteria are not based on sex, race, color, creed, religion or national origin? Are exceptions made? Who has the final decision for inclusion or exclusion? When not accepted for treatment potential patients are informed about the reasons for the decision? When patients are excluded from treatment referring sources are informed about the reasons for exclusion?
4 Written materials (ads, brochures, fact sheets, and newsletters) truthfully describe the personnel, program and services provided.	What programs and services are offered? Are there descriptive brochures, fliers, pamphlets, &/or videotapes available? Is the language level used in the written materials service population appropriate? Is information available in languages other than English, if warranted? Are there special materials for patients with visual impairment? Hearing impairment?
5 Practitioners with appropriate training and experience regarding the treatment of individuals with pain provide program direction and leadership.	Do leadership personnel have the necessary training and experience regarding the treatment of individuals with pain? Is the program director properly trained and have sufficient experience to be able to provide leadership to the treatment team?

Quadro 3. Physical Plant & Safety	
Description	Looking for
1 The facility appears to be clean and uncluttered. It utilizes space functionally to allow practitioners to have designated treatment areas.	How clean is the facility? How open is the facility for patients using assistive devices? Is space well utilized? Have the trash cans been emptied recently? Do you notice any odors or chemical fumes? Is the facility aesthetically pleasing? Is the facility layout appropriate for the patients seen and the treatments provided?
2 The facility appears to be safe for the clients or patients, and for the staff (meets applicable ADA and OSHA requirements).	Could a patient maneuver with a wheelchair in the facility? With a walker? A cane? Is the program in compliance with local & state codes for handicapped access? Are there enough "red bags" to control hazardous waste around the facility? How does the staff deal with body fluid spills? Are there latex gloves available? Is dilute bleach solution readily available for body fluid spills?
3 The facility is compliant with local codes regarding access for physically challenged clients or patients.	Would the usual type of patient seen at the facility have any particular challenges receiving treatment? Are ramps, toilet area grab bars, power-assisted doors, large print forms, and interpreters available?
4 The facility has adequate ventilation and is maintained at a comfortable temperature.	Is the building "stale" smelling? Is there evidence of mildew? What is the temperature in the building? In rooms where patients are partially dressed is the temperature warm enough?
5 Written policy, reviewed and updated annually, describes the proper handling and disposal of infectious waste, "sharps" and soiled linen consistent with OSHA and local regulations.	Are policies written, reviewed and updated annually? Do these policies address the handling of infectious waste, sharp objects and the proper disposal of soiled linen?
6 Electrical equipment is functional, free of obvious electrical hazards (frayed wires, non-grounded outlets and plugs, overloaded outlets), and is maintained in accordance with manufacturers' recommendations.	Are there any frayed wires? Do electrical cords traverse traffic areas? Do multiple appliances appear to be plugged into one socket? Do electrical cords feel unusually warm to the touch? Are protective surge suppressers being used for critical electrical equipment (e.g., computers)?
7 Emergency exits are easily identified, clearly marked, free of obstructions, and accessible during emergency situations or power outages.	Are there emergency exits? Are the exits easily located? In darkness or heavy smoke could an ambulatory patient find his/her way out? Could handicapped patients? Is backup lighting available?
8 Adequate parking or reasonable accommodation (i.e., designated drop-off/pick-up area) is available for the volume and type of clients or patients seen.	For the size and layout of the facility is there enough parking to cover the patient utilization? Is there enough handicapped parking for the usual number of disabled patients seen? Is there a covered drop-off and pick-up area available during inclement weather for patients?
9 Fire detection, warning and suppression equipment is available and functional throughout the facility.	Are there fire detection systems in place? Are the fire extinguishers fully charged and current for inspections?
10 Written personnel policy describes employee actions to be taken during fire drills, actual fires, and other life threatening situations.	Is there a policy written about fires in the facility? Other emergency situations (e.g., terrorist attacks)? Has there been a fire drill in the preceding 12 months? Could an ambulatory patient easily exit the facility in a fire? Could handicapped patients? Local codes?
11 Written documentation demonstrates compliance with local fire codes.	Is there a Fire Marshall's certificate or certificate of occupancy on file? When was the certificate issued?

Nos quadros que se seguem encontram-se alguns exemplos de normas da *American Academy of Pain Management*¹ (Quadros 2 a 4).

A segurança do doente e dos profissionais é um dos aspectos sempre presentes porque determinantes da boa prática.

As normas clínicas são aquelas que têm maior variabilidade, dada a necessidade de adaptação à realidade de cada serviço e/ou especialidade, embora exista sempre uma larga base que é comum.

A avaliação dos resultados é habitualmente efectuada através do recurso a indicadores. Estes devem ser o resultado de estudos epidemiológicos e respectiva validação, de forma a ga-

rantir que sejam instrumentos úteis e fiáveis para a avaliação a que se destinam. Talvez pela especificidade das Unidades de Dor, o facto é que só agora alguns grupos de investigadores começaram a publicar trabalhos nesta área, ao contrário da dor em fim de vida que, pelo desenvolvimento que os cuidados paliativos têm tido, já tem um papel central nos projectos de acreditação.

No entanto, alguns projectos de introdução de dados e sua possível comparação entre instituições têm sido desenvolvidos, tendo sempre presente a necessidade de garantia da confidencialidade dos dados pessoais. O *VA National Pain Reminders*² é um exemplo de um desses

Quadro 4. General Clinical Standard Applicable to All Pain Programs

# Description	Looking for:
1 Written or electronic records at admission to the program describe the client's presenting problem, and contain sufficient history about the problem, general medical condition, and physical examination findings.	Is there a presenting problem in every chart? Is there a history developed for every problem identified? Is there a physical examination documented for every patient, or an appropriate assessment?
2 Written or electronic records demonstrate determination of needs regarding functional status, psychological and social well-being during the initial evaluation.	Have the needs of the whole patient been assessed and addressed? What is the patient able to do at admission? How is the patient dealing with the pain-related disability? Is there a biopsychosocial formulation for the patient?
3 Written or electronic records demonstrate working diagnoses and appropriate treatment plans for all clients or patients receiving services.	Are there signed, individual treatment notes from each member of the treatment team working with the patient? Did each team member perform a unique assessment? Do the assessments reflect the individualized needs of the patient?
4 Written or electronic records demonstrate the development of a discharge plan with behaviorally measurable goals at the time of admission.	Are initial therapeutic goals defined in terms of behavioral measures? Does the charting reflect specified improvements across certain time periods? Is progress being made toward the discharge goals?
5 Written or electronic records demonstrate that patient input is obtained to develop treatment goals, criteria for discharge, expected time frames for improvement, and how the ongoing treatment will be evaluated.	Are signed treatment plans included in every clinical record? Do the treatment plans contain measurable goals? Are there specific time frames involved? What measures will be utilized to determine the extent of progress? What changes have been made to the initial treatment plan during the course of treatment?
6 Written or electronic records demonstrate individual client or patient evaluations, and treatment notes from all of the participating treatment providers.	Are there consultations, reports, and laboratory testing interpretations available? Are there ongoing treatment notes in the chart discussing the clinical information?
7 Written or electronic records demonstrate communication between the treatment providers within and from outside of the facility.	How do team members communicate within the organization? How does the treatment team communicate with referring entities, legal representatives and payers?
8 Written or electronic records demonstrate the use of a pain intensity scale (i.e. descriptive, numeric or visual analog) throughout the treatment course to document changes in the perceived pain.	What pain scale is being utilized? Is a pain score being obtained before and after each procedure is performed? Is there a graphic representation of the pain scores in the record? Is the pain intensity treated like a "fifth vital sign"?
9 Written or electronic records demonstrate discharge plan and after-care follow-up arrangements to appropriate support services.	Are discharge plans clearly outlined in the records? What are the patient's strengths and weaknesses at the end of treatment? Are there specific limitations, or recommendations made about levels of activities, diet, employment, etc.?
10 Written or electronic records demonstrate the use of a signed, general informed consent for treatment with every client or patient.	Is there a general consent for treatment in every record? Has the patient or guardian signed the consent? Is there a facility policy regarding the obtaining of general consent from every patient?
11 Written or electronic records demonstrate the use of an invasive or surgical procedure informed consent for every invasive procedure performed.	Are there unique consents for each invasive/surgical procedure? Is the invasive/surgical consent limited to authorizing the listed procedure(s) except in the case of emergency? Are consent forms signed and dated by the patient?
12 Written or electronic records demonstrate that the invasive or surgical procedure informed consent specifically states the type of procedure being performed, upon whom the procedure will be performed, who will be performing the procedure, what are the expected benefits and likely risks, what alternative treatments exist, that the consent may be revoked at any time, and that no guarantees are offered.	Do invasive consents specify the name of the procedure? Is the person performing the procedure specifically named? Does the patient's name appear on the consent form? Has the patient been told of the common risks and likely benefits for the procedure? Has the patient been told about alternatives? Have the patient's questions have been answered? Is the patient aware that consent may be revoked at any time without repercussions or reprisals? No specific guarantees have been made to the patient.
13 Written or electronic records demonstrate that a signed release of information is obtained prior to the release of any client or patient records.	Is there a release of medical information used by the facility? Is the release form signed by the patient or the patient's authorized agent before records are sent out of the facility?
14 Written or electronic records demonstrate that the release of information form utilized states which records are being sent, during what period of time, what type of records are being released, and the intended purpose for the release.	Does the form differentiate between the release of medical information versus information specific to mental health services, treatment for drug and/or alcohol abuse? Is the release time limited? Is the purpose for the disclosure specified on the form? Are forms signed, dated and witnessed?

Continua.

Quadro 4. General Clinical Standard Applicable to All Pain Programs (continuação)

15	Written or electronic records or patient informational materials demonstrate that treatment costs and billing procedures are communicated to all clients.	Are patients told about charges? Do patients understand their responsibility for payment versus that of their third party insurer? Are billing questions handled straightforwardly?
16	Written or electronic records are secured and only available to facility employees and staff on a need-to-know basis (i.e. access to clinical information is limited for the clerical staff).	Are medical records stored in a secure, centralized location? Is the area for the storage of medical records locked with a different key than generally used by most staff? Is the access to the medical records restricted to those with a legitimate reason to know? Is there a designated person responsible for the medical records?
17	Written or electronic records are maintained in a common, organized format.	Is there a consistent format used for the medical records? Can items be easily found? Are medication allergies clearly noted in a conspicuous location? Are tab dividers used to separate elements of the records? Are records filed by names or by case numbers?
18	Written or electronic records demonstrate the utilization of appropriate equipment and modalities for the type of clients and patients seeking treatment.	For the type of procedures being performed at the facility is there sufficient equipment to do the procedure technically? Is there ample emergency equipment to handle unforeseen problems? Is all equipment in good condition? When was the equipment last certified/checked as required by the manufacturer? Does equipment meet the FDA standards for use with patients (e.g. 510k for medical devices?)
19	Written or electronic records, or facility written policy, demonstrate that staff operating therapeutic equipment are properly trained to do so (i.e. training logs in personnel files, certificates from national training organizations).	What equipment is being utilized? Who is working with the equipment? How are they trained to use the equipment? Who does the training? Is the trainer qualified to teach the material? Are training logs maintained?
20	The facility utilizes some type of outcomes measurement approach to determine treatment outcomes and client or patient satisfaction.	Is the facility using an outcomes measurement system (e.g., the Pain Outcome Profile along with other measures, the National Pain Data Bank or other outcomes measurement approach?) Are patients asked for their satisfaction regarding services rendered? What specific instruments are being used to assess some or all of the following: pain, functional status, emotional/psychological/social functioning, disability/litigation status, medical resource utilization, patient satisfaction?

interessantes projectos que poderão vir a ser instrumentos úteis para a avaliação do trabalho desenvolvido nas Unidades de Dor, independentemente da sua tipologia.

Em suma, qualidade não é um estatuto mas sim um processo de melhoria contínua que deve ser o projecto central de qualquer serviço de saú-

de, de forma a garantir os melhores cuidados com o melhor índice de satisfação tanto dos doentes quanto dos profissionais.

Bibliografia

1. www.aapainmanage.org.
2. www.vachronicpain.org.

Dor Crónica Musculoesquelética

III Encontro Nacional Clínicas de Dor

Espinho, 17 Novembro 2006

Duarte Correia

*Why Pain Control Matters in a World Full of Killer Diseases?*¹

A dor crónica musculoesquelética foi tema de reflexão, diálogo, troca de ideias e de conceitos, que traduziram diferentes vivências e perspectivas dos médicos que integraram este *Workshop*.

Perspectivas que se conduziram a um debate franco e aberto, entusiástico, fruto de alguma anarquia na moderação, mas profícuo pelo empenho de todos os intervenientes.

Efectuar um resumo ou consenso não foi nem será tarefa fácil, pela complexidade do tema, pela diferença de conceitos, naturalmente enriquecedores, embora com matizes diversificados, por vezes complexos, adicionados a recentes alterações legislativas já vigentes.

Reflectimos sobre a prevalência de dor crónica na Europa, estabelecendo um modelo comparativo, extrapolando resultados, face à impossibilidade de o efectuarmos sobre a realidade portuguesa, por estar ainda em elaboração e em conclusão final o «Estudo de Prevalência da Dor Crónica em Portugal»².

Se para Breivik, et al. (2006) a dor crónica afecta um em cada cinco adultos na Europa, 40% destes doentes apresentam alterações nas actividades da vida diária. A lombalgia é uma patologia de prevalência significativa, pois este autor considera que 15 a 30% da população teve ou terá lombalgia e, destas, 10% permanecerá crónica³.

Talvez por estes factos, e de acordo com o publicado por Breivik, et al. (2006), 1/3 das pessoas com dor crónica não estão a ser tratadas, o controlo da dor é inadequado em 40% destes pacientes, 2/5 dos doentes solicitam medica-

mentos mais potentes, 1/3 dos utentes acreditam que o seu médico não sabe como controlar a sua dor, tendo sido 65% destes doentes observados por dois médicos, sendo 70% destes Clínicos Gerais³.

Na Noruega, num estudo de prevalência realizado em 2004, 24,4% dos participantes no total da amostra referiam dor crónica e 65% destes doentes apresentam esta síndrome com uma duração superior a cinco anos⁴.

Nos países «desenvolvidos», a dor crónica atinge cerca de 20% da população, sendo prevalente nas mulheres e crianças, mas apenas 2% desta é consequência de patologia oncológica^{1,3}.

De uma forma consistente e expressiva, os participantes consideraram que a dor crónica é um problema *major* na prestação de cuidados de saúde na Europa e que o mesmo tem de ser séria e devidamente considerado, que muitos destes pacientes apresentam problemas multidimensionais complexos e uma intervenção integrada de natureza biopsicossocial é a mais adequada⁵.

Foi referido, e não contestado, que um tratamento multidisciplinar da dor reduz o número de admissões e estada hospitalar por esse motivo⁶.

Esta dor crónica, difícil de tratar, em que muitas das nossas intervenções terapêuticas não obtêm o sucesso desejado⁵, atinge 19% dos adultos na Europa, com uma intensidade moderada a severa, afectando a sua qualidade de vida em particular nas vertentes social e laboral, representando 50% das consultas médicas, mas apenas cerca de 2% destes doentes são tratados por médicos com diferenciação nesta área³.

Em muitos destes doentes foi diagnosticada uma depressão, muitos estão total ou parcialmente incapazes de executarem trabalhos ou tarefas fora da sua residência, outros perderam o seu posto de trabalho ou tiveram que ser transferidos para outras funções³.

Na Austrália, foi avaliado em 9,9 milhões de dias de trabalho/ano o absentismo provocado pela dor crónica, com um custo estimado de 1,4 biliões

Unidade de Dor
Hospital Central do Funchal
Funchal
E-mail: fcor@netmadeira.com

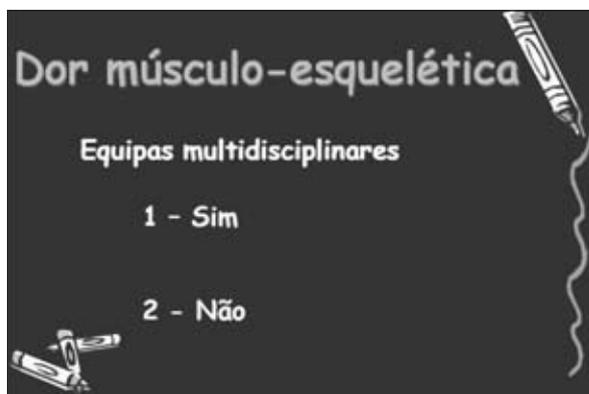


Figura 1.

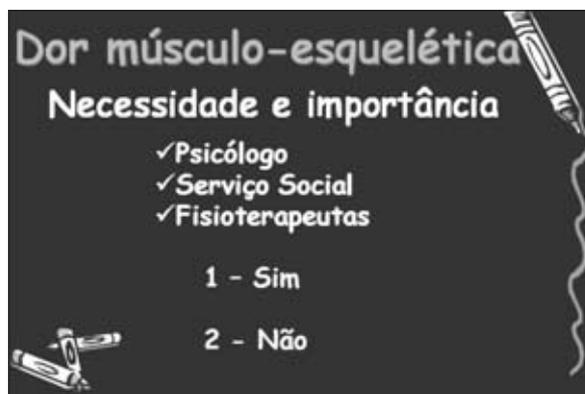


Figura 2.

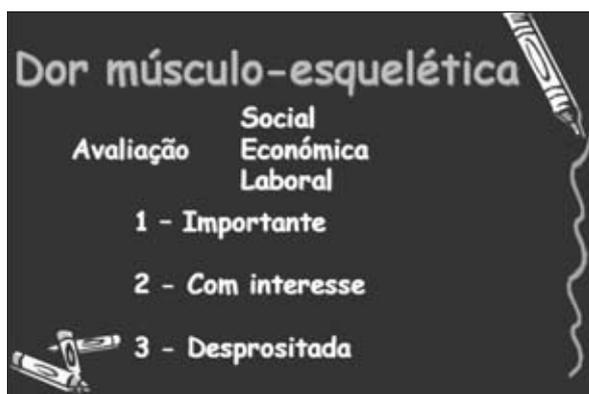


Figura 3.

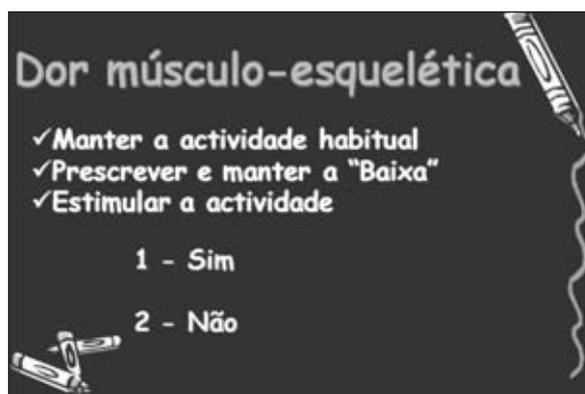


Figura 4.

de dólares australianos/ano e com uma perda de produtividade anual equivalente a 5,1 biliões de dólares australianos⁷.

Estes resultados, associados à dimensão da amostra e ao seu significado estatístico, traduzem certamente uma realidade dura e cruel, de que a dor musculoesquelética é obviamente um dos seus componentes mais evidentes e prevalentes.

Considerada uma das patologias mais frequentes nas Unidades de Dor portuguesas, a dor musculoesquelética e a sua prevalência foram descritas pelos participantes, seguidos de diversos comentários, dúvidas e esclarecimentos.

Foi discutida e posteriormente apresentada em plenário a questão do acesso às consultas de Dor e que este deveria ser modificado, alargado, restrito, tendo em atenção que «*Evidence indicates that inappropriate investigation and interventions perpetuate disability*»⁸.

Foi importante recordar, o que parece óbvio e as evidências de natureza científica indicam, que investigações clínicas inadequadas, mal orientadas ou mal conduzidas, e as consequentes intervenções terapêuticas inapropriadas, prolongam e poderão perpetuar uma incapacidade¹.

A dor musculoesquelética, a sua relação e interacção nos cuidados de saúde primários nos serviços hospitalares, e entre estes, a necessidade ou não de consultas ou de procedimentos de triagem, de uma acessibilidade muitas vezes reduzida, e a vantagem de equipas multidisciplinares integrando médicos, enfermeiros, psicólogo, serviço social e fisioterapeutas, foram objecto de uma discussão muito participada, sendo consensual que muitos destes doentes têm problemas multidimensionais muito complexos⁵ (Figs. 1 e 2).

A avaliação social, económica, familiar, laboral, a colaboração e participação plena e integrada da psicologia e do serviço social, foram objecto de uma análise cuidada, considerando que «*An integrated biopsychosocial approach is more appropriated for patients with chronic pain*»⁵ (Figs. 3 e 4).

A intervenção do psicólogo realizando uma entrevista clínica por rotina, com uma normalização de procedimentos na aplicação de questionários devidamente validados e da introdução de técnicas de natureza comportamental, foram considerados uma mais-valia importante pelos intervenientes.

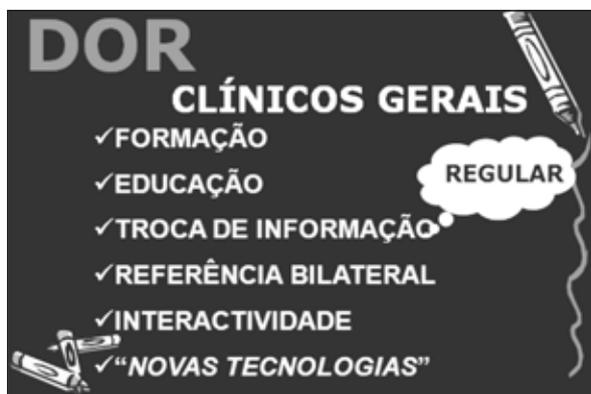


Figura 5.

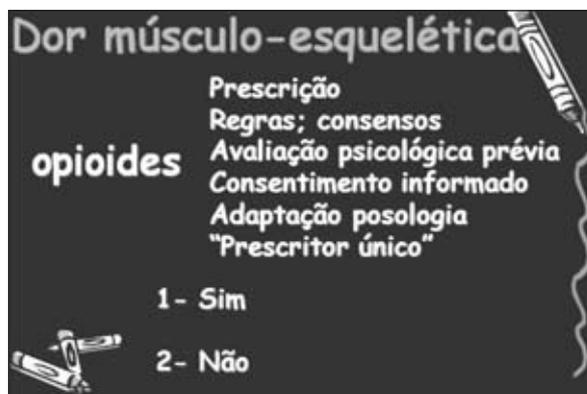


Figura 6.

A relação e interacção entre os Centros de Saúde, Centros de Dia, ginásios, hidroginástica e outras actividades de natureza ocupacional, revestem-se de importância acrescida se considerarmos que a dor é um grave problema nos idosos, particularmente nas mulheres, com um enorme impacto no estado da saúde, provocando uma diminuição ou incapacidade funcional severa, condicionando alterações significativas na qualidade de vida em 35,5% dos participantes, de acordo com o documentado num estudo de prevalência de dor numa população idosa, realizado na Catalunha⁹.

Se 50% das pessoas com mais de 80 anos referem dor permanente e incapacitante após os 60 anos, 1/3 dos doentes no domicílio e 2/3 dos doentes internados descrevem esta sintomatologia quando inquiridos¹⁰.

Por estes e outros motivos, 2006 foi denominado pela IASP (*International Association for Study of Pain*) *Global Year Against Pain in Older Persons*, enfatizando o conceito de que a investigação e a educação no tratamento da dor no idoso deverão ser uma das prioridades da Medicina¹¹.

Foi comentada a formação e a educação relativa à dor musculoesquelética já efectuada ou a realizar nos Centros de Saúde, nos Médicos de Família, no âmbito do internato médico (e nos serviços hospitalares), sendo consensual que a educação e formação dos médicos de família é um pré-requisito fundamental para o sucesso da Medicina da Dor¹², pois a enorme maioria destes doentes permanecem no ambulatório na clínica geral onde porventura poderão eventualmente coexistir médicos com menores conhecimentos de fisiopatologia e terapêutica na dor¹², sendo necessário ultrapassar a reduzida colaboração interdisciplinar, reflectida e traduzida no número diminuto de doentes enviados e referenciados para as Unidades de Dor.

Foi considerada de extrema importância a formação, a educação, a implementação regular de trocas de informação, estabelecendo uma referência bilateral com a Medicina Geral e Familiar, promovendo uma interactividade real suportada sempre que necessário ou conveniente pelas novas tecnologias (Fig. 5).

A dor musculoesquelética nos serviços hospitalares apresenta, à semelhança de outras patologias álgicas, uma elevada prevalência, com uma enorme variabilidade na sua intensidade nos doentes, serviços, enfermarias e hospitais, resultante da inexistência de um adequado tratamento da dor em muitas instituições hospitalares¹³, estando descrito e publicado¹⁴ que o tratamento multidisciplinar da dor reduz o número de admissões e estada hospitalar provocadas por esse motivo¹⁴.

A necessidade ou não da aplicação na dor musculoesquelética de «Questionários de Ansiedade, Depressão, Qualidade de vida e de Actividade» foi ponderada pelos intervenientes, sendo interrogado o plenário sobre este tema e das vantagens inerentes à existência na prática clínica diária de normas, protocolos ou de *guidelines* terapêuticas.

A dor musculoesquelética, as Unidades de Dor e a sua interacção com os cuidados de saúde primários, estabelecendo parcerias com os Centros de Saúde, organizando e protocolando «Programas de Domicílios», mantendo uma denominada «Linha Aberta», incentivando e apoiando a formação e a educação, foi tema de debate e reflexão.

Nesta patologia, as terapêuticas farmacológica e não-farmacológica são essenciais para o tratamento e alívio da dor, sendo considerado conveniente a instituição de programas específicos de actividade física e social.

Este tratamento multimodal poderá incluir, além de associações farmacológicas «conven-



Figura 7.

cionais», a terapia física, o apoio psicológico, a reabilitação e a possibilidade de técnicas invasivas com bloqueios do neuroeixo, se considerados necessários.

«Among the remedies which it has pleased Almighty God to give to man to relieve his sufferings, none is so universal and so efficacious as opium.»

Sydenham, 1680

«Esta medicina quita totalmente el dolor, mitiga la tos, reprime los humores que destila la caña de los pulmones, refrena los flujos estomacales y aplicados con agua sobre la frente y sienes de quienes dormir no pueden. Pero tomándose en gran cantidad ofende, porque hace letargia y despecha.»

Discorides, siglo I⁵

Os opióides no tratamento da dor crónica não-oncológica, onde se inclui a musculoesquelética, têm sido alvo de inúmeras controvérsias, debates e discussões sobre a sua prescrição, protocolos, normas, regras, consensos terapêuticos, da necessidade ou não de um consentimento informado ou de uma avaliação psicológica prévia, a exigência ou não de um único prescritor, a adaptação à posologia prescrita, a tolerância inerente a estes fármacos, não se verificando entre os intervenientes na sessão plenária uma unanimidade ou convergência absoluta de opiniões (Fig. 6).

Estas conclusões serão contudo semelhantes às documentadas, no estudo «*A Canadian physician survey*»¹⁶, publicado em 2003 na revista *Pain Research & Management* (Revista da Sociedade Canadiana de Dor), em que se constatou que mesmo entre médicos com experiência no tratamento da dor existia relutância na prescrição

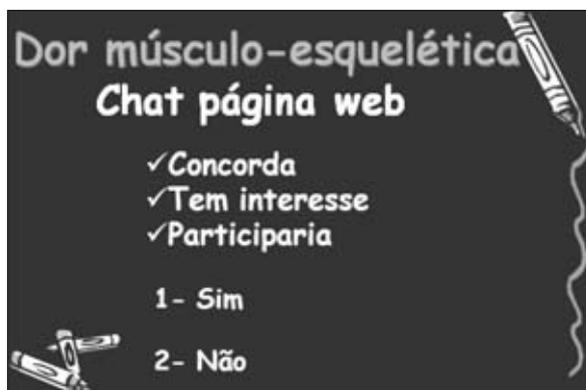


Figura 8.

de opióides na dor crónica severa não-maligna, concluindo este autor da necessidade de uma maior formação e educação no tratamento da dor, incluindo o uso e prescrição de opióides.

Discutiram-se as inúmeras regulamentações, barreiras, mitos, restrições e alterações legislativas que condicionam a prescrição, a monitorização e a terapêutica com opióides, condicionando-a e implicando que «*Opioid monitoring is even more complex than anticoagulation oversight as a result of the many regulations and behavioral issues surrounding prescription of controlled substances*»¹⁷.

A dor crónica é difícil de tratar e por vezes as nossas intervenções não resultam⁵, nem serão estas, obviamente, eficazes em todas as situações clínicas¹⁸, mantendo sempre em mente que não existe um tratamento único para os doentes com dor.

Contudo, muitas das nossas intervenções terapêuticas não estão bem validadas e o tipo de intervenção poderá, eventualmente, ser determinado ou condicionado pela capacidade técnica do profissional ou do centro a que o doente recorreu, e não apenas pelo seu quadro clínico, podendo existir um risco teórico de este paciente receber um tratamento menos adequado⁵ (Fig. 7).

Foi consensual a afirmação que na Europa a dor crónica de intensidade moderada a severa afecta de forma grave a qualidade de vida da população, em particular nas vertentes social e laboral, constituindo um problema *major* de saúde pública³ que terá de ser devidamente ponderado, analisado e considerado, e que os custos da dor não-tratada são elevadíssimos, estando estes avaliados nos países industrializados entre 2,25 a 2,8% do PIB dessas nações (Fig. 8).

Foi proposto e aprovado pela assembleia a existência de um *chat* na página *web* da APED, dedicado a este tema da dor musculoesqueléti-

ca, considerando como premissa prévia que o tratamento da dor é um Direito do Homem^{1,19}, sendo injustificável que «*although few people die of pain, many die in pain and even more live in pain*» (IASP Declaration on Chronic Pain), e que «*in many parts of the world, even simple analgesics are not available for cancer pain, let alone morphine*»²⁰⁻²², divulgando o conceito que «*Freedom from pain should be a basic human right limited only by our knowledge to achieve it*»¹⁹.

Pain Relief as a Human Right

Bibliografia

- Brennan F, Cousins MJ. Clin Updates. 2004;XII(5).
- Azevedo L, Costa-Pereira A, Castro-Lopes J. Estudo de Prevalência da Dor Crônica na População Portuguesa. Relatório parcial de resultados. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2007.
- Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe. Prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain. 2006;10:287-333.
- Rustøen T, Wahl AK, Hanestad BR, Lerdal A, Paul S, Miaskowski C. Prevalence and characteristics of chronic pain in the general norwegian population. Eur J Pain. 2004;8:555-65.
- Justins D, Siemaszko O. Rational use of neural blockade for the management of chronic pain. Em: Giambardino MA, ed.. Pain 2002 an Update Review: Refresher Course Syllabus. Seattle: IASP Press; 2002. p. 205-19.
- Jensen KM, Thomsen BA, Højsted J. 10-year follow-up of chronic non-malignant pain patients: Opioid use, health related quality of life and health care utilization. Eur J Pain. 2006;10:423-33.
- Van Leeuwen MT, Blyth FM, March L, Nicholas MK, Cousins MJ. Chronic pain and reduced work effectiveness: The hidden cost to Australian employers. Eur J Pain. 2006;10:161-6.
- Kendall NAS, et al. Guide to Assessing Psychological Yellow Flags in Acute Low Back Pain: Risks factors for long term disability and work loss. Wellington, NZ: Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Corporation of New Zealand and the National Health Committee. 1997.
- Miró J, Paredes S, Rull M, et al. Pain in older adults: A prevalence study in the Mediterranean region of Catalonia. Eur J Pain. 2007; 11:83-92.
- Gibson SJ. Clin Updates. 2006;XIV(1).
- Aubrun F. Management of postoperative analgesia in elderly patients. Reg Anesth Pain Med. 2005;30:363-75.
- Gerstheimer FP. General Practice meets Pain Practice; Final Program and Abstract Book. Em: Niv D, Smilov I, eds. International Forum on Pain Medicine. Sofia; 2005. p. 55.
- Vallano JA, Malouf J, Payruleta P, Baños JE. Prevalence of pain in adults admitted to Catalanian hospitals: A cross-sectional study. Eur J Pain. 2006;10:721-31.
- Jensen KM, Thomsen BA, Højsted J. 10-year follow-up of chronic non-malignant pain patients: Opioid use, health related quality of life and health care utilization. Eur J Pain. 2006;10:423-33.
- Murillo Garcia H. História del tratamiento del dolor. Rev Soc Esp Dolor. 1996;3(1):11.
- Morley-Foster PK, Clark AJ, Speechey M, Moulin DE. Attitudes toward opioid use for chronic pain: A Canadian physician survey. Pain Res Manage. 2003;8:189-94.
- Loder E. Who will prescribe? A proposal for specialized opioid management clinics. Pain Practice. 2003;3:218-22.
- Hicks NR. Some observations on attempts to measure appropriateness of care. BMJ. 1994;309:730-3.
- Leibinski JC, Melzack R. The International Pain Foundation: meeting a need for education in pain management. J Pain Syntom Manage. 1998;3(3):131-2.
- World Health Organization. Achieving Balance in National Opioids Control Policy: Guidelines for Assessment. Geneva: WHO; 2000.
- Rajagopal MR, et al. Lancet. 2001;358:139-43. Joranson DE. J Palliat Med. 2004;7:105-14.
- Stewart BW, Kleinhues P, eds. World Cancer Report 2003. WHO and International Agency for Research on Cancer. Lyon: IARC Press; 2003. p. 297-301.

Recomendações para a Utilização dos Medicamentos Opióides Fortes na Dor Crónica Não-oncológica

1. Introdução

Os medicamentos opióides estão indicados no tratamento da dor moderada a forte. As regras para a sua utilização no controlo da dor crónica oncológica foram estabelecidas e aprovadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Baseiam-se no princípio da utilização de uma escada analgésica de três degraus, que tem na base os medicamentos analgésicos anti-inflamatórios não-esteróides e outros analgésicos, como o paracetamol e o metamizol, no degrau intermédio os opióides designados por fracos, como a codeína ou o tramadol, e no topo da escada os opióides designados por fortes, de que são exemplos a morfina, a buprenorfina ou o fentanilo. A qualquer um destes degraus podem adicionar-se medicamentos ditos adjuvantes, como os antidepressivos, os anticonvulsivantes, etc.¹.

A utilização de medicamentos opióides na dor crónica não-oncológica (DCNO) tem vindo a aumentar à medida que se demonstra a sua eficácia em ensaios clínicos controlados e em revisões sistemáticas da literatura^{2,3}. Por outro lado, embora ainda não existam dados suficientes, parecem não se confirmar os receios de tolerância e da adição induzidos por estes medicamentos, que muito contribuíram para restringir o seu uso aos doentes oncológicos. Assim, a escada analgésica da OMS tem vindo a ser utilizada no tratamento da dor, e em particular da dor moderada a forte, independentemente da sua etiologia.

Embora o objectivo principal da prescrição dos medicamentos opióides seja idêntico nos doentes oncológicos e não-oncológicos – o controlo da dor – a prescrição de medicamentos opióides para o controlo da DCNO tem frequentemente objectivos acrescidos, como sejam a recuperação funcional do doente, tanto do ponto de vista físico como mental, com consequente melhoria da sua qualidade de vida. Por outro lado, o potencial maior tempo de utilização dos medicamentos opióides nos doentes não-oncológicos leva a que seja necessária uma maior ponderação sobre a relação riscos/benefícios desta terapêutica.

Existem várias recomendações internacionais para a utilização de medicamentos opióides na DCNO. As presentes recomendações foram elab-

oradas tendo como base principalmente os seguintes documentos:

- Use of opioid analgesics for the treatment of chronic noncancer pain – A consensus statement and guidelines from the Canadian Pain Society. Pain Research & Management. 1998;:1-18.
- Kalso E, et al. Recommendations for using opioids in chronic non-cancer pain. European Journal of Pain. 2003;7:381-6.
- Recommendations for the appropriate use of opioids for persistent non-cancer pain. Reino Unido; The Pain Society; 2004.

As presentes recomendações pretendem ser um auxílio para quem prescreve mas não pretende aconselhar sobre tipos de opióides, doses e formulações. Serão necessários outros recursos para um clínico estar apto a poder iniciar, acompanhar ou eventualmente terminar uma terapêutica com opióides.

As presentes recomendações foram aprovadas pela Associação Portuguesa para o Estudo da Dor e pela Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor da Direção Geral da Saúde.

2. Âmbito

As presentes recomendações referem-se apenas à utilização dos medicamentos pertencentes ao grupo dos opióides designados por fortes na DCNO. Entende-se por DCNO a que resulta de qualquer patologia não-neoplásica e que se mantém de forma contínua ou recorrente por três ou mais meses, e/ou que persiste para além da cura aparente da lesão que lhe deu origem.

Os medicamentos opióides fortes (MOF) actualmente disponíveis em farmácia de oficina em Portugal para o tratamento da dor crónica são a morfina, a buprenorfina e o fentanilo. A prescrição destes medicamentos implica a utilização de uma receita especial, de acordo com a portaria n.º 981/98 de 8 de Junho (Diário da República, 2.ª série, n.º 216, 18 de Setembro de 1998). As presentes recomendações aplicam-se apenas às formas orais, sublinguais e transdérmicas destes medicamentos.

3. Objectivo

A OMS utiliza o índice de consumo de medicamentos opióides *per capita* como um indica-

dor da qualidade dos cuidados de saúde no âmbito da terapêutica da dor. A prescrição de medicamentos opióides em Portugal é das mais baixas da Europa. Na falta de estudos sobre este assunto, presume-se que vários factores culturais, educacionais e económicos constituam as principais causas da reduzida prescrição de medicamentos opióides.

Estando previsto o aumento da comparticipação dos medicamentos opióides, importa alertar os profissionais de saúde para as principais indicações destes medicamentos e para determinadas recomendações genéricas que devem ser seguidas na sua prescrição. Pretende-se assim contribuir para o aumento da utilização adequada daqueles medicamentos e, ao mesmo tempo, prevenir a sua sobreutilização decorrente da falta de conhecimento associada ao aumento da comparticipação.

Para além do objectivo geral acima enunciado, espera-se que as presentes recomendações contribuam para diminuir a prevalência da dor crónica moderada a forte, aumentar a adesão dos doentes à terapêutica e melhorar a sua qualidade de vida, reduzir os mitos e preconceitos associados aos medicamentos opióides e prevenir o seu uso ilícito.

4. Princípios gerais

- 4.1 As presentes recomendações não são normas inflexíveis para a utilização de MOF na DCNO. Existe uma grande variabilidade na resposta dos doentes aos medicamentos opióides, que depende de diversos factores, não existindo bons indicadores preditivos da resposta terapêutica. A utilização de MOF na DCNO deve ser integrada num plano terapêutico individualizado, tendo em conta não apenas a patologia do doente mas também as suas condições biopsicossociais, as suas preferências e objectivos, e os conhecimentos técnico-científicos e experiência do médico prescriptor.
- 4.2 O tratamento da dor deve ser, sempre que possível, dirigido ao tratamento da patologia que está na sua origem. No entanto, a utilização de MOF está indicada para o controlo de qualquer tipo de dor crónica moderada ou forte que responda aos opióides, mesmo quando não existe um diagnóstico preciso da sua etiologia.
- 4.3 Os MOF são medicamentos de última linha no tratamento da DCNO, pelo que devem ser utilizados apenas quando a dor é, comprovadamente, refractária ao tratamento com outros fármacos e/ou terapêuticas não-farmacológicas.
- 4.4 A decisão de instituir uma terapêutica com MOF na DCNO deve resultar de um consenso entre o médico e o doente, devendo este ser correctamente informado das suas potencialidades, limitações e efeitos secundá-

rios, e dar o seu consentimento expresso. Poderá estabelecer-se um acordo com o doente, onde deve constar:

- Informação sobre os benefícios e efeitos secundários da terapêutica com MOF.
 - Obrigação dos doentes informarem o médico caso tomem outros analgésicos ou medicamentos para patologias psiquiátricas, padeçam de alcoolismo ou consumam substâncias ilícitas.
 - Proibição do doente solicitar a prescrição de analgésicos a outro médico, excepto se autorizado pelo médico prescriptor.
 - Obrigação do doente tomar a medicação apenas de acordo com as recomendações médicas.
 - Obrigação de guardar a medicação num lugar seguro, nunca a fornecer a outra pessoa e comunicar de imediato à polícia o seu roubo.
 - Necessidade de um documento escrito pelo médico para o doente viajar para o estrangeiro com MOF para seu uso pessoal, de acordo com a legislação comunitária.
- 4.5 O tratamento com MOF implica uma monitorização regular dos doentes para avaliação da sua eficácia terapêutica, efeitos secundários e impacto na qualidade de vida do doente.

5. Medicamentos opióides fortes

- 5.1 A acção analgésica dos MOF deve-se à sua ligação aos receptores opióides. Existem diversos tipos de receptores opióides e alguns MOF têm afinidade diferenciada para aqueles, mas a relevância clínica deste facto não está demonstrada. Os MOF diferem também na sua potência analgésica e farmacocinética, tendo alguns deles metabolitos com acção analgésica.
- 5.2 Não existe evidência científica de que um determinado MOF seja mais eficaz que outro na DCNO. No entanto, pode ser aconselhável mudar de um MOF para outro (processo a que se convencionou chamar «rotação de opióides»), pois a resposta individual a cada MOF é variável, não só no que respeita à sua eficácia terapêutica como também quanto aos efeitos secundários. A rotação de opióides não tem normas fixas e deve ser efectuada por médico especializado em terapêutica da dor, ou sob o aconselhamento deste.
- 5.3 Os MOF para o tratamento da DCNO actualmente disponíveis nas farmácias de oficina em Portugal são os seguintes:
 - Buprenorfina:
 - Comprimidos sublinguais a 0,2 mg.
 - Sistemas transdérmicos a 35 µg/h.
 - Sistemas transdérmicos a 52,5 µg/h.
 - Sistemas transdérmicos a 70 µg/h.

- Fentanilo:
 - Sistemas transdérmicos a 25 µg/h.
 - Sistemas transdérmicos a 50 µg/h.
 - Sistemas transdérmicos a 75 µg/h.
 - Sistemas transdérmicos a 100 µg/h.
- Morfina:
 - Comprimidos de libertação prolongada a 10 mg.
 - Comprimidos de libertação prolongada a 30 mg.
 - Comprimidos de libertação prolongada a 60 mg.
 - Comprimidos de libertação prolongada a 100 mg.
 - Comprimidos revestidos de libertação rápida a 10 mg.
 - Comprimidos revestidos de libertação rápida a 20 mg.

6. Indicações para a utilização de MOF

- 6.1 Apesar de ainda existirem poucos estudos específicos, os MOF estão indicados no controlo de qualquer tipo de DCNO moderada ou forte que, comprovadamente, não é controlável por outros fármacos e/ou por terapêuticas não-farmacológicas.
- 6.2 Idealmente, a decisão para se iniciar ou terminar uma terapêutica com MOF na DCNO deve envolver uma Unidade Multidisciplinar de Dor. Porém, essa decisão poderá ser tomada em alguns casos por médico com conhecimentos técnico-científicos adequados, sem a consulta de uma equipa multidisciplinar. Nesta situação, o médico prescriptor deve consultar outros especialistas sempre que tenha alguma dúvida, ou referenciar o doente para uma Unidade de Dor sempre que entender conveniente.
- 6.3 Antes de se iniciar uma terapêutica com MOF deve ser feita a avaliação física, psicológica e social do doente. A etiologia da DCNO deve ser determinada, no entanto o seu desconhecimento não é contra-indicação absoluta para a utilização de MOF (ver 4.2.).
- 6.4 Antes de se iniciar uma terapêutica com MOF deve informar-se o doente das suas implicações e obter o seu consentimento (ver 4.4.), bem como avaliar e esclarecer as suas crenças, medos e expectativas sobre a sua dor e sobre a eficácia dos MOF. Os objectivos do tratamento devem ser acordados, dando particular ênfase ao controlo da dor (a eliminação total da dor não deve ser um objectivo, pois não é possível em muitos casos) e melhoria da qualidade de vida, incluindo os componentes físicos, psíquicos e sociais. Devem também ser referidas as circunstâncias em que o tratamento será interrompido.
- 6.5 Antecedentes ou evidência de alcoolismo ou adição a substâncias de uso ilícito, bem como depressão *major*, psicose ou tentati-

vas de suicídio, não são contra-indicações absolutas para a prescrição de MOF, mas exigem uma avaliação cuidadosa da relação riscos/benefícios, que deve ser efectuada por médico especializado no tratamento da dor crónica, preferencialmente numa Unidade Multidisciplinar de Dor. Similarmente, a existência de uma pessoa alcoólica, toxicodependente ou com problemas psiquiátricos relevantes a coabitar com o doente, exige uma avaliação social aprofundada, tendo particular atenção à possibilidade de desvio dos MOF para uso ilícito.

- 6.6 Dado que a terapêutica com MOF implica uma monitorização regular (ver 4.5.), esta não pode ser iniciada sem que essa monitorização esteja assegurada.

7. Recomendações genéricas para a prescrição de MOF

- 7.1 Não existem estudos controlados que comparem a eficácia dos diferentes MOF na DCNO, pelo que a selecção do fármaco a prescrever depende fundamentalmente da experiência do médico e das circunstâncias clínicas.
- 7.2 Os MOF devem ser utilizados preferencialmente em formulações de libertação prolongada administradas regularmente. A terapêutica deve iniciar-se com doses baixas, progressivamente aumentadas a intervalos regulares até se obter o efeito terapêutico desejado (processo designado por titulação), ou até que os efeitos secundários limitem a sua utilização. A dosagem óptima é determinada fundamentalmente pelo equilíbrio entre os efeitos benéficos, e os efeitos adversos reportados pelo doente. A duração dos intervalos entre os aumentos de dose depende do perfil farmacológico do MOF e da resposta do doente. As formas de libertação prolongada requerem habitualmente alguns dias de intervalo. A ausência de resposta terapêutica ou o surgimento de efeitos secundários intoleráveis pode justificar a rotação do MOF (ver 5.2.).
- 7.3 Os MOF devem ser utilizados durante um período de teste durante o qual é feita a sua titulação. Salvo casos excepcionais, este período não deve ultrapassar os dois meses. Findo este período, deverá ser feita uma avaliação da dor, dos efeitos secundários e da qualidade de vida do doente. Os resultados obtidos devem ser comparados com os observados antes do início da medicação com MOF e deverá ser tomada uma decisão quanto à continuação da terapêutica. Se os resultados forem inconclusivos, o doente será referenciado para uma Unidade de Dor.
- 7.4 Em regra, os MOF de libertação imediata não devem ser utilizados na terapêutica da

DCNO. No entanto, eles podem ser usados ocasionalmente por especialistas em terapêutica da dor crónica, durante o ajuste da dose óptima ou para o tratamento da dor irruptiva.

- 7.5 Os MOF injectáveis não devem ser utilizados na DCNO, excepto em circunstâncias excepcionais por especialistas na terapêutica da dor crónica.
- 7.6 Em princípio, os MOF não devem ser utilizados em monoterapia mas sim em associação com outras terapêuticas que sejam parcialmente eficazes no controlo da dor, nomeadamente outros analgésicos, fármacos adjuvantes, como por exemplo os antidepressivos ou os anticonvulsivantes no caso da dor neuropática, e/ou outras terapêuticas não-farmacológicas, como a fisioterapia ou a terapia comportamental. A optimização dos vários tipos de terapia faz reduzir a necessidade de utilização de MOF ou a sua dose.
- 7.7 Os doentes sob terapêutica com MOF devem ser avaliados regularmente (ver 4.5. e 6.6). Durante a fase da titulação, o intervalo entre as avaliações deve ser curto, não podendo exceder as duas semanas. Após este período, deve manter-se uma monitorização adequada, com intervalos que não devem ultrapassar os dois meses. A monitorização deve incluir a avaliação do efeito analgésico, da funcionalidade física, psicológica e social, do sono, dos efeitos secundários (ver 8.) e eventuais sinais de tolerância ou adição (ver 9.). Na presença destes sinais, o doente deve ser referenciado para uma consulta especializada.

8. Efeitos secundários dos MOF

- 8.1 Os efeitos secundários dos MOF mais frequentes são a obstipação, náuseas, vômitos, sonolência e prurido. Estes sintomas surgem habitualmente nos primeiros dias após o início da terapêutica mas tendem a desaparecer, com excepção da obstipação que tende a persistir e implica tratamento adequado. A persistência de efeitos secundários pode implicar mesmo a interrupção da terapêutica.
- 8.2 Alguns efeitos secundários mais raros incluem a depressão respiratória, variações no peso corporal e efeitos hormonais, tais como redução da actividade das glândulas supra-renais, redução da função sexual e infertilidade. Alguns doentes apresentam hiperalgesia induzida pelos MOF.
- 8.3 Os efeitos secundários dos MOF devem ser prevenidos e rápida e agressivamente tratados com co-medicação e outras medidas profilácticas para prevenir o abandono da terapêutica, em particular na fase de teste. Nalguns casos, podem implicar a rotação do MOF ou mesmo a suspensão da terapêutica.

8.4 Todos os MOF atravessam a barreira placentária mas não estão descritos efeitos teratogénicos. A gravidez não é uma contra-indicação absoluta para a utilização de MOFs. Cerca de 50% dos recém-nascidos de mães a consumir opióides durante a gravidez apresentam síndrome de abstinência.

8.5 De acordo com a legislação portuguesa, não é permitido conduzir sob o efeito de estupefacientes. Os estudos efectuados para avaliar os efeitos dos MOF na condução automóvel têm dado resultados controversos. No entanto, em muitos países europeus é permitido conduzir sob o efeito de uma medicação regular com MOF.

9. Tolerância, dependência e adição

9.1 Existe alguma confusão quanto a estes fenómenos e à sua ocorrência durante a administração crónica de MOF, que tem condicionado alguns receios infundados, tanto na população em geral como nos profissionais de saúde. Os doentes devem ser esclarecidos sobre estes conceitos antes de iniciarem terapêutica com MOF.

9.2 A tolerância é um fenómeno de adaptação do organismo em resposta à administração repetida de um fármaco, que resulta na diminuição do efeito desse fármaco, de tal modo que para obter o mesmo efeito é necessário aumentar a dose. Embora existam poucos estudos quanto à tolerância aos MOF na DCNO, esta parece ser rara. Após um período de ajuste da dose, a maioria dos doentes mantém-se com uma dose estável de MOF por longos períodos.

9.3 A dependência pode ser física ou psicológica. A primeira manifesta-se por uma síndrome de abstinência quando uma terapêutica regular com MOF, ou outros fármacos psicotrópicos, é subitamente interrompida. No entanto, a redução gradual da dose evita completamente o aparecimento desta síndrome. A dependência psicológica caracteriza-se pela necessidade compulsiva do doente tomar o medicamento. Não deve ser confundida com adição e é muito rara no caso dos doentes a tomar uma dose estável de MOF para alívio da dor.

9.4 A adição é um distúrbio biopsicossocial que consiste no uso compulsivo de um medicamento ou substância de uso ilícito e na preocupação permanente em obtê-la, com deterioração da saúde física, mental e social do indivíduo. Caracteriza-se pela perda de autocontrolo, estando toda a actividade do indivíduo centrada na obtenção e utilização da substância. O risco de adição aos MOF em doentes com DCNO está mal estudado mas parece ser baixo, pelo que o medo da adição não deve ser motivo para não prescrever MOF. Contudo, deter-

minados comportamentos, como a antecipação da necessidade de mais medicação, relato de perda ou roubo de medicação, sintomas de sobredosagem ou faltas às consultas regulares, devem fazer suspeitar da possibilidade do desenvolvimento de adição e constituem indicação para referenciar o doente imediatamente a uma consulta especializada ou a uma Unidade Multidisciplinar de Dor.

- 9.5 Os doentes com controlo insuficiente da dor, devido a insuficiente toma de MOF ou ao agravamento da sua patologia, podem apresentar sintomas de pseudotolerância e/ou de pseudoadição.

10. Interrupção do tratamento

- 10.1 A terapêutica com MOF não deve ser considerada como um tratamento para toda a vida. O tratamento poderá ser interrompido ou a dose reduzida se houver uma melhoria da patologia que origina a dor.
- 10.2 A terapêutica com MOF deverá ser interrompida quando se mostrar ineficaz ou quando os efeitos secundários forem intoleráveis. O tratamento poderá também ser interrompido por insuficiente adesão do doente, designadamente quanto ao cumprimento das doses prescritas, utilização de co-medicação não controlada ou faltas sistemáticas às consultas de monitorização, ou se se comprovar a existência de adição.
- 10.3 A interrupção da terapêutica com MOF deve ser feita de forma lenta, gradual e progressiva, para prevenir o aparecimento de uma síndrome de abstinência.

11. Actualização

As presentes recomendações baseiam-se no actual estado do conhecimento. Deverão ser

revistas obrigatoriamente em 2010 ou a qualquer momento em que se verifiquem alterações significativas dos conhecimentos que as fundamentam.

Lisboa, 27 de Janeiro de 2007

Documento elaborado com a colaboração de

Alexandra Fernandes, Centro de Saúde do Seixal

Armanda Gomes, Hospital de S. João, Porto
Beatriz Craveiro Lopes, Hospital Garcia de Orta, Almada

Duarte Correia, Centro Hospitalar do Funchal
Jaime Branco, Hospital Egas Moniz, Lisboa
José Manuel Romão, Hospital Geral de Stº António, Porto

João Filipe Marques, Hospital José Joaquim Fernandes, Beja

João Silva Duarte, Hospital de S. Bernardo, Setúbal

Madalena Sales, Hospital do Barlavento Algarvio, Portimão

Maria do Céu Loureiro, Hospital S. Teotónio, Viseu

Rosário Alonso, Hospital Curry Cabral, Lisboa
Teresa Vaz Patto, Hospital de Santo António dos Capuchos, Lisboa

Vitor Coelho, Hospitais da Universidade de Coimbra

Coordenação e redacção

José Castro Lopes, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Bibliografia

1. World Health Organisation. Cancer Pain Relief. 2.ª ed. Genebra; 1996.
2. Kalso E, et al. Opioids in chronic non-cancer pain: systematic review of efficacy and safety. *Pain*. 2004;112:372-80.
3. Furlan AD, et al. Opioids for chronic noncancer pain: a meta-analysis of effectiveness and side effects. *Can Med Assoc J*. 2006; 174:1589-94.

Resumo

Indicação

Os medicamentos opióides fortes (MOF) estão indicados no controlo de todos os tipos de dor crónica não-oncológica (DCNO) moderada a forte que, comprovadamente, seja refractária a outras terapêuticas farmacológicas e/ou não-farmacológicas.

Avaliação

Antes do início da terapêutica com MOF deve ser feita uma avaliação física, psicológica e social do doente, incluindo a etiologia e características da dor, qualidade de vida do doente e pesquisa de contra-indicações relativas importantes (alcoolismo ou adição a substâncias de uso ilícito, depressão major, psicose ou tentativas de suicídio).

Decisão

Idealmente, a decisão de instituir uma terapêutica com MOF deve ser tomada numa Unidade de Dor. Deve ser partilhada entre o médico e o doente e implica o consentimento informado deste e o estabelecimento de objectivos terapêuticos.

Teste

A terapêutica com MOF deve iniciar-se por um período de teste, com doses baixas e progressivamente aumentadas (titulação) de MOF de libertação prolongada, administrados regularmente e sob avaliação periódica, no mínimo quinzenal.

Monitorização

A terapêutica com MOF implica uma monitorização regular da sua eficácia no controlo da dor e melhoria da funcionalidade, incidência e importância dos efeitos secundários, adesão à terapêutica e detecção de sinais indicativos de tolerância, dependência e/ou adição.

Tolerância, dependência e adição

A incidência de tolerância, dependência psicológica ou adição parece ser baixa em doentes com DCNO correctamente medicados com MOF. A dependência física, manifestada por síndrome de abstinência, surge apenas se houver uma interrupção abrupta da terapêutica.

Referenciação

Os doentes com DCNO sob terapêutica com MOF deverão ser referenciados de imediato para uma Unidade de Dor Crónica sempre que: a dor e/ou os efeitos secundários não sejam controláveis; seja necessário proceder à rotação do opióide; haja sinais de tolerância, dependência e/ou adição.

Interrupção

A terapêutica com MOF deve ser diminuída ou mesmo suprimida se houver melhoria da dor, ausência de efeito analgésico, efeitos secundários intoleráveis ou baixa adesão à terapêutica. A interrupção deve ser lenta, gradual e progressiva para evitar a síndrome de abstinência.

Lombalgias: a Realidade da Nossa Unidade de Tratamento de Dor

Sara Arantes¹, Carmélia Ferreira², Sónia Lobo¹, Rita Moutinho¹, Jorge Correia³, Carlos Jorge Carvalho⁴ e Ana Marcos⁴

Resumo

Introdução e objectivos: A lombalgia é uma queixa muito frequente e uma das principais causas de incapacidade e absentismo laboral em todo o mundo. O objectivo deste estudo foi caracterizar os doentes com lombalgia seguidos na nossa Unidade de Tratamento da Dor (UTD), o tipo de tratamento a que são submetidos e o *outcome* desse tratamento.

Metodologia: Foi realizado um estudo observacional retrospectivo que incluiu os doentes com lombalgia, excepto aqueles em que esta se encontrava associada a neoplasia ou num contexto de doença osteoarticular difusa. Os dados foram analisados utilizando o teste χ^2 e tabelas de contingência.

Resultados: Do universo de 961 doentes seguidos na UTD, 92 (9,5%) foram referenciados à nossa consulta por lombalgia, 34,8% por médicos de família. A maior parte dos doentes tinham lombalgia há mais de um ano aquando da primeira consulta na UTD, apresentando em 92% dos casos dor moderada a severa (EVA > 4) na admissão. 25,6% dos casos estavam relacionados com *Failed Back Surgery Syndrom*.

No tratamento destes doentes foi usada uma estratégia multimodal. O recurso a opióides *major* não apresenta interacção com o tempo de seguimento na Unidade (*p-value* 0,495). O tempo de seguimento dos nossos doentes também não mostra relação com a intensidade actual da dor (*p-value* 0,324).

Discussão e conclusões: Apesar dos avanços científicos e tecnológicos das últimas décadas, as lombalgias continuam a ser um desafio terapêutico não só para os cuidados primários de saúde, mas também para as Unidades de Dor. O melhor controlo da dor verificado nos nossos doentes não mostrou ter relação com o tempo de seguimento na Unidade nem com o recurso a fármacos opióides *major* nem a técnicas invasivas.

Dor crónica. Lombalgia. Unidade de Dor. Tratamento.

Abstract

Background and Aims: Low Back Pain (LBP) is an extremely common complaint and a major cause of work disability worldwide. The aim of this study was to characterize patients with low back pain followed in our Multidisciplinary Pain Clinic (MPC), the kind of treatment that they are submitted to, and the outcome.

Methods: Retrospective observational study that included all patients with LBP of our MPC, except those with cancer related low back pain or with diffuse osteoarticular disease. Data was analyzed using chi square and contingency tables.

Results: From the universe of 961 patients in our MPC, 92 (9.5%) were sent to us with LBP, 34.8% by family doctors. Most patients had low back pain for more than a year before first consultation, with moderate to severe pain (VAS > 4) in 92% of the cases. 25.6% was Failed Back Surgery Syndrome. Treatment of these

¹Interna de Anestesiologia
C.H.V.N. Gaia/Espinho E.P.E.
Vila Nova de Gaia

²Departamento de Anestesiologia e Cuidados Críticos
Hospital S. Marcos
Braga

³Faculdade de Economia do Porto
Porto

⁴Unidade de Tratamento da Dor
C.H.V.N. Gaia/Espinho E.P.E.
Vila Nova de Gaia
E-mail: a.marcos18@clix.pt

patients was based in a multimodal strategy. Follow-up time was not related to the use of strong opioids (P value 0,495), nor with actual pain intensity (P value 0,324).

Discussion and Conclusions: Although scientific and technological progresses of the last decades, LBP is still a therapeutic challenge not only for primary health care providers, but also for pain clinics. The improved pain control of our patients was not related with the follow-up time, use of strong opioids or invasive techniques. (Dor 2007;15(3):22-27)

Corresponding author: Sara Arantes, arantes.sara@gmail.com

Key words: Chronic pain. Low back pain. Multidisciplinary pain clinic. Treatment.

Introdução

A coluna é a estrutura que sustenta o homem, bípede e erecto, permite sustentação estática e a funcionalidade dinâmica, tem funções de suporte, protecção e movimento. A coluna é estabilizada por estruturas como ligamentos, músculos, e nervos e estas estruturas têm que estar em completo equilíbrio, para estarem estáveis, ou seja, têm que estar em completo sincronismo para evitar sua desestabilização. A incidência de dor relacionada com problemas da coluna é significativa e com importantes repercussões económicas e sociais.

O termo lombalgia é usado para descrever a dor localizada entre a margem costal inferior e a região infraglútea e que persiste mais de três meses.

A lombalgia é uma queixa frequente e uma das principais causas de incapacidade e absentismo laboral em todo o mundo, tendo vindo a aumentar a um ritmo alarmante nos últimos anos. É uma das principais causas de incapacidade crónica no Mundo Ocidental¹. De acordo com dados estatísticos publicados, no Reino Unido, mais de 50 milhões de dias de trabalho são perdidos todos os anos devido a lombalgia e meio milhão de pessoas recebem benefícios de incapacidade por esta patologia. Cada ano, esta condição custa à economia do Reino Unido mais de cinco biliões de libras. Nos Estados Unidos da América, o custo combinado anual do tratamento médico e dos benefícios de incapacidade relacionados com lombalgia podem atingir os 50 biliões de dólares². Claramente, a lombalgia é uma das patologias médicas não-letais mais significativas da nossa sociedade.

A lombalgia é extremamente comum e a sua prevalência na população geral ronda os 60-85%. A grande maioria de casos resolve espontaneamente em três meses, não evoluindo para a cronicidade, cerca de 6% dos doentes desenvolve lombalgia altamente incapacitante e prolongada no tempo, que consome mais de 80% dos recursos médicos gastos com esta patologia.

As causas são multifactoriais e envolvem não só factores mecânicos mas também psicológicos, sociais e comportamentais, apenas numa minoria dos casos existe correlação com doença orgânica.

Factores de risco para a transição de lombalgia aguda para crónica incluem sinais de envolvimento das raízes nervosas, nível elevado de *stress* psicológico ou depressão, tempo prolongado sem trabalhar, um processo litigioso de compensação em curso, má condição física e grande fumador^{3,5}.

São várias as situações que podem estar na sua origem, o que exige a realização de uma história clínica completa e eventualmente a realização de exames auxiliares de diagnóstico^{2,6}. Sendo a lombalgia um complexo físico, psicossocial e cultural, necessita na sua abordagem a integração de modalidades terapêuticas apropriadas, integradas num programa multidimensional, que implica um escalonamento de actuações desde as terapêuticas conservadoras às mais invasivas. As situações de lombalgia pós-cirurgia são frequentes, segundo a literatura entre 8-25% dos doentes operados^{4,7}.

O objectivo deste estudo foi caracterizar os doentes com lombalgia que são seguidos na nossa Unidade de Tratamento da Dor (UTD), o tipo de tratamento a que são submetidos e o *outcome* desse tratamento.

Materiais e métodos

Os autores realizaram um estudo observacional e retrospectivo em que foram estudados os doentes com lombalgia crónica, seguidos na Unidade de Tratamento de Dor do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho EPE. Foram excluídos as lombalgias no contexto de doença oncológica ou de doença osteoarticular difusa.

Nestes doentes, foram caracterizadas variáveis qualitativas (idade e sexo), tempo de seguimento na UTD desde a admissão, especialidade de referência, terapêutica efectuada e o *follow-up* na UTD.

Usando o teste de χ^2 e tabelas de contingência, foram relacionadas as seguintes variáveis: cirurgia prévia e intensidade da dor na admissão, o tempo de seguimento na unidade com recurso a terapêutica opióide *major* e técnicas invasivas. Foram também relacionados o tempo de seguimento na UTD e a intensidade da dor na data de colheita de dados (dor actual). Foi avaliada a existência de associação entre o uso de opi-

Quadro 1. Referenciação do doente à UTD		
Especialidade de referência	N.º	%
Neurocirurgia	9	10,1
Ortopedia	30	33,7
Fisiatria	5	5,6
Cuidados primários	31	34,8
Outros	14	15,7

Quadro 2. Caracterização da população (sexo e idade)		
	N.º	%
Masculino	22	24
Feminino	70	76
20-59 anos	51	54
60-75 anos	30	32
> 75 anos	13	14

óides e de técnicas invasivas com a intensidade da dor actual e ainda a existência de interacção entre a dor inicial e actual.

Resultados

Do universo de 961 doentes seguidos na UTD, 92 (9,5%) foram referenciados à nossa consulta por lombalgia crónica, 34,8% dos doentes foram referenciados pelo médico de família e 33,7% por médicos ortopedistas (Quadro 1). A maioria dos nossos casos eram mulheres e 54% tinham idade compreendida entre os 20-60 anos (Quadro 2).

A maioria dos doentes foi tratado com medidas farmacológicas que incluiu anti-inflamatórios não-esteróides, opióides fracos principalmente tramadol, opióides fortes, fármacos coadjuvantes incluindo antidepressivos e anticonvulsivantes (Quadro 3). No grupo dos opióides *major* estão incluídos o uso de morfina por via oral, assim como o uso de buprenorfina e fentanilo por via transdérmica.

Necessitaram tratamento invasivo 31,5% dos doentes.

A par das medidas farmacológicas, os doentes tiveram intervenção psicossocial e a intervenção da Medicina Física.

A maior parte dos doentes tinham lombalgia há mais de um ano no momento da avaliação na primeira consulta na UTD, apresentando em 92% dos casos dor moderada a severa (VAS > 4), 25,6% dos casos estavam relacionados com *Failed Back Surgery Syndrome* (cirurgia falhada de coluna).

Relacionou-se neste trabalho a intensidade da dor inicial com a existência de cirurgia prévia. A partir da tabela de contingência e utilizando o teste de χ^2 pode-se concluir que os dados não apontam a existência de associação (ou interac-

Quadro 3. Abordagem terapêutica dos doentes com lombalgia (N = 92)		
Abordagem terapêutica	N.º	%
Opióide <i>major</i>	11	12
Opióide fraco	61	66,3
AINE	71	77,2
Anticonvulsivantes	50	54,3
Antidepressivos	35	38
Técnicas invasivas	29	31,5
Psicossocial	56	61
Fisiatria	39	42,4
TENS	19	20,6

ção) entre a cirurgia prévia e a intensidade inicial da dor. Os casos de *Failed Back Surgery Syndrome* não apresentavam níveis de dor iniciais diferentes comparados com os não-operados (Fig. 1).

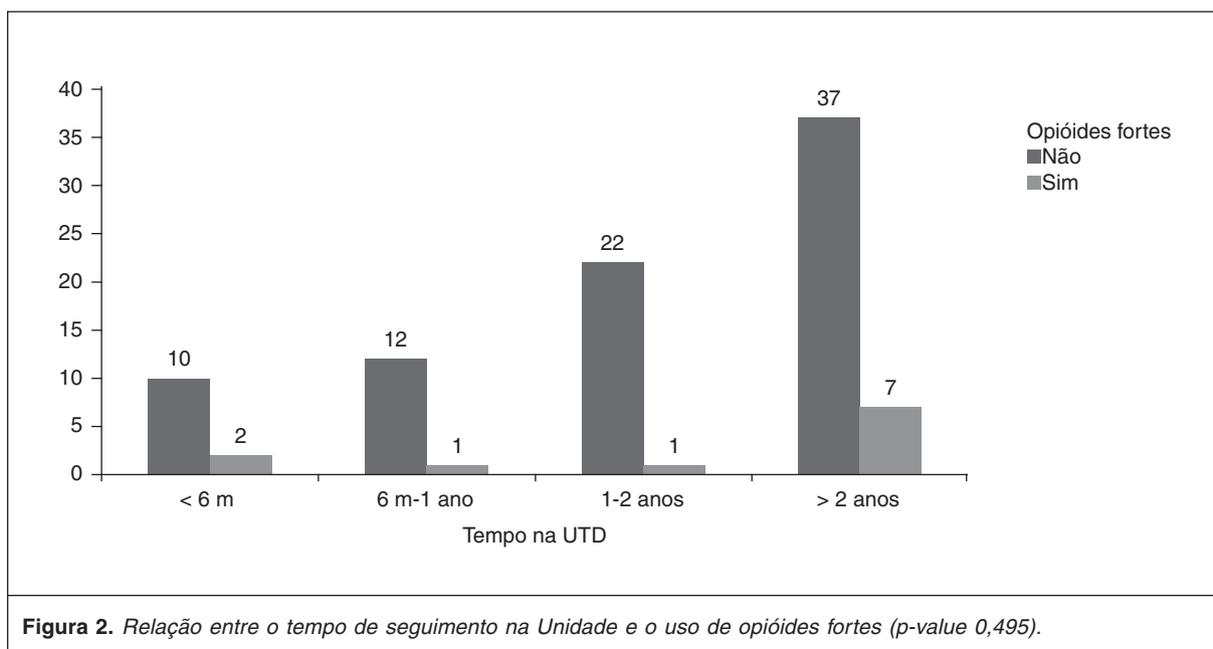
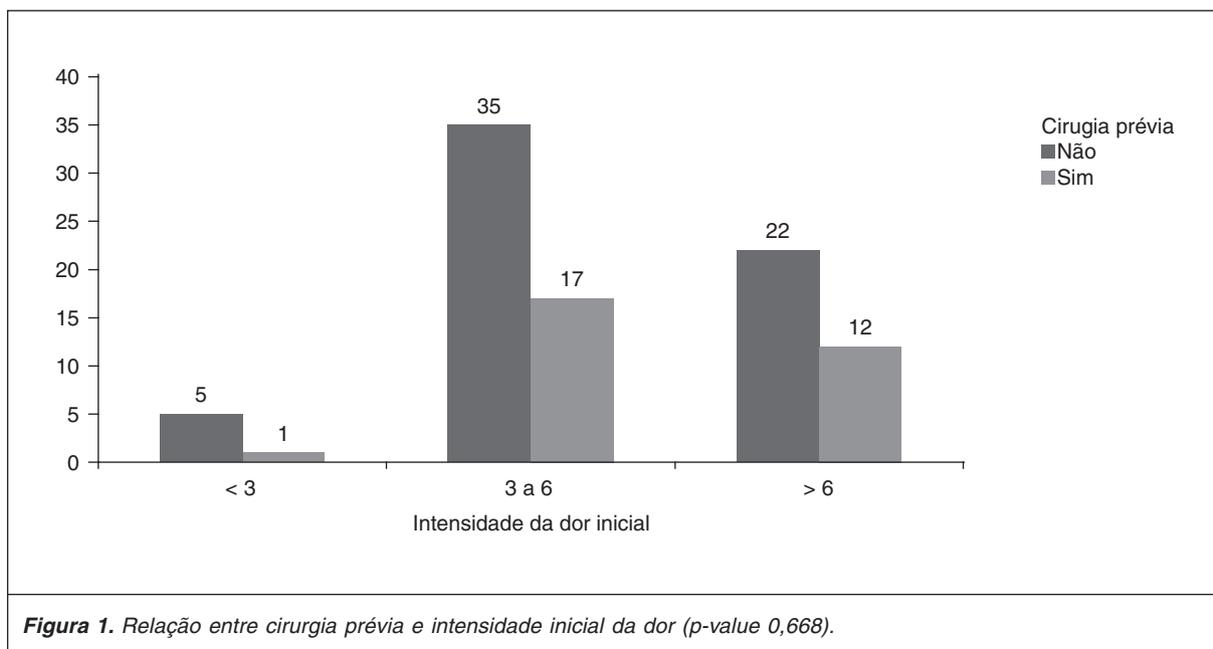
A terapêutica com opióides *major* na Unidade foi iniciada em 11% dos doentes, após um período de seguimento longo e em todos os casos por não controlo de dor. Contudo, relacionando o tempo de seguimento na UTD com o uso de opióides fortes, observou-se que os dados não apontam para a existência de associação (ou interacção) entre o tempo de seguimento na UTD com o uso de opióides fortes (Fig. 2).

As técnicas invasivas realizadas incluíram bloqueios epidurais, paravertebrais, bloqueios de *trigger points*, estas foram realizadas em 31,5% dos doentes. Não existia relação estatisticamente significativa entre o uso de técnicas invasivas e o tempo de seguimento na UTD (Quadro 4). O uso de técnicas invasivas dependeu da intensidade de dor no momento da instituição e da etiologia da lombalgia, independentemente do tempo de seguimento do doente, e com a intensidade de dor actual.

O período de seguimento e o número de consultas na UTD foi muito variável (de um a 100 meses).

No momento da colheita dos dados, a maioria (53/92) dos nossos doentes apresentavam dor ligeira e apenas em sete casos a dor era considerada como intensa, no entanto não existe associação entre o seguimento destes doentes na UTD e a intensidade da dor actual (Fig. 3).

Comparando a intensidade da dor inicial com a intensidade da dor no momento da colheita dos dados, verificamos que actualmente a maioria dos doentes apresenta dor ligeira, enquanto que na primeira consulta 86 dos doentes apresentavam dor moderada ou intensa. No entanto, estas diferenças não são estatisticamente significativas (Fig. 4).



Quadro 4. Relação entre o tempo de seguimento na Unidade e o uso de técnicas invasivas (p-value 0,334)

Tabela de contingência		Tempo de seguimento na UTD				Total
		< 6 m	6 m-1 ano	1-2 anos	> 2 anos	
Técnicas invasivas	Sim	2	2	8	16	28
	Não	10	11	15	28	64
	Total	12	13	23	44	92

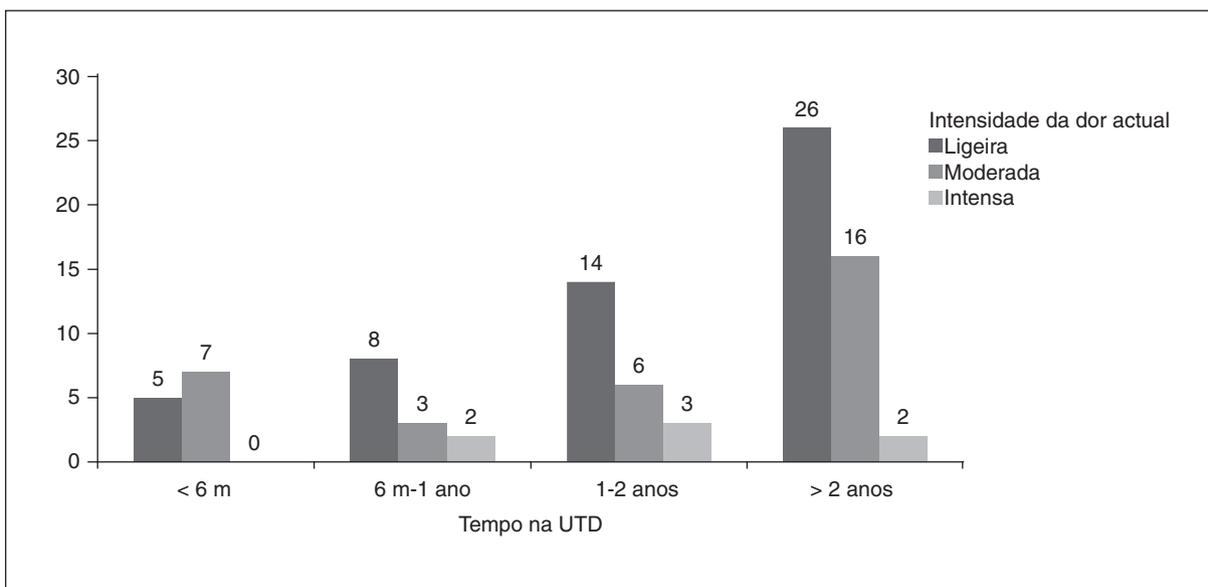


Figura 3. Relação entre o tempo de seguimento na UTD com a intensidade da dor actual (p-value 0,324).

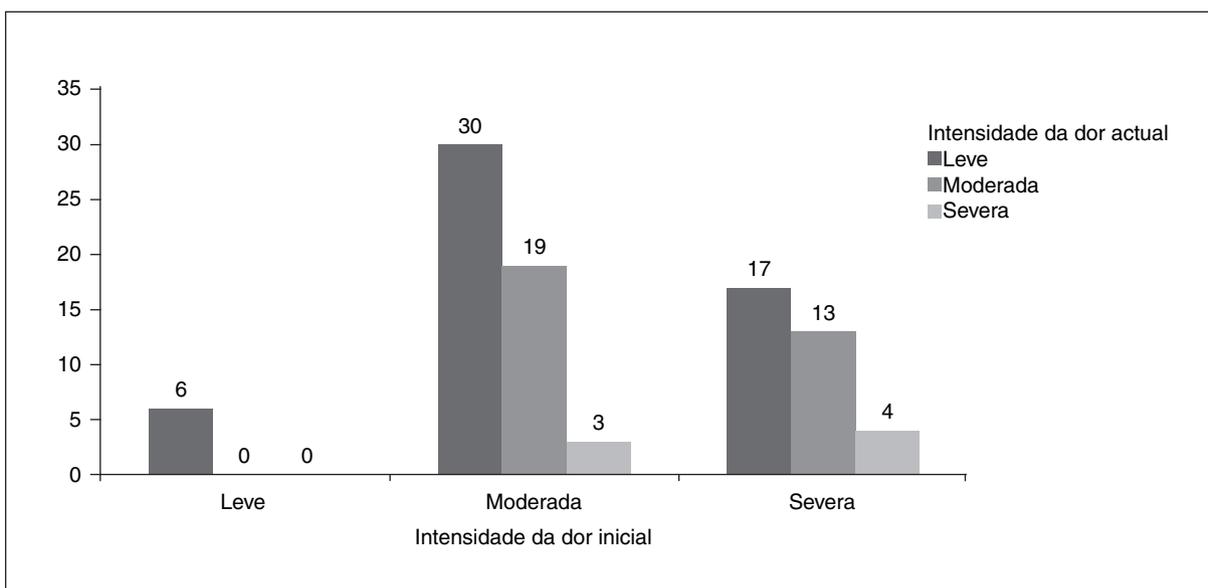


Figura 4. Relação entre a intensidade da dor actual e intensidade da dor inicial (p-value 0,205).

Discussão

A lombalgia é uma das causas mais frequentes de incapacidade crónica na nossa população. Apesar dos avanços científicos e tecnológicos das últimas décadas, as lombalgias continuam a ser um desafio terapêutico não só para os cuidados primários de saúde, mas também para as Unidades de Dor^{4,5}. As barreiras do sucesso terapêutico incluem as dificuldades na avaliação, no diagnóstico etiológico e da própria terapêutica^{3,4}. Uma história clínica e exame físico adequados podem permitir uma orientação e um tratamento adequado em muitos destes doentes. Fármacos,

medidas físicas e intervenção psicossocial, são na maioria das vezes suficientes para aliviar a dor e melhorar a sua qualidade de vida.

Em cerca de 80% das situações a causa é indeterminada. A abordagem terapêutica engloba uma estratégia multimodal e multidisciplinar. O uso de opióides e de técnicas invasivas nas lombalgias deve ser considerado quando as outras terapêuticas não são efectivas e com o objectivo de aliviar a dor e melhorar a qualidade de vida do doente^{2,6,8}.

O uso de opióides na LBP faz parte integrante da abordagem terapêutica e exige uma avaliação correcta do doente, monitorização e vigi-

lância contínuas⁸. Verificamos na nossa revisão que os opióides foram usados por não-controlo de dor, e verificamos um melhor controlo de dor na maioria dos doentes, no entanto não verificamos associação entre a terapêutica opióide e a intensidade da dor, nem em relação ao período de seguimento do doente na Unidade. No nosso trabalho não verificamos associação no uso de opióides *major* e a intensidade da dor na primeira consulta, nem com o tempo de seguimento, apesar de em todos os doentes ser iniciado após um longo período de tratamento.

O uso de técnicas invasivas dependeu da intensidade de dor no momento da execução e da etiologia da lombalgia independentemente do tempo de seguimento do doente e da intensidade de dor actual.

O tempo de seguimento dos doentes na Unidade não tem relação com a intensidade da dor

no momento da colheita dos dados, no entanto verificamos que uma proporção de doentes com dor ligeira muito superior actualmente comparando com os casos de dor ligeira na admissão na Unidade.

Bibliografia

1. Jensen TS. Chronic Pain, Clinical Pain Management. Chronic back pain: Continuing Education in Anaesthesia. *Critical Care and Pain*. 2006 Ago;6(4):152.
2. Deyo R. Low-back Pain. *Scientific American*. 1998:29-33.
3. Waddell G. *The Back Pain Revolution*. Edinburgo: Churchill Livingstone; 1998.
4. Canas J. A Syndrome Failed Back. *Revista Dor: Lombalgias* 1. 2006;14(3):23-5.
5. Simpson K. Chronic back pain: Continuing Education in Anaesthesia. *Critical Care and Pain*. 2006 Ago;6(4):152-5.
6. Martins I. Lombalgias: porquê tantos insucessos terapêuticos. *Revista Dor*. 2006;14(3):7-9.
7. Lopez JA. Síndromes de fracaso de cirurgia lombar. Diagnóstico diferencial y tratamiento. *Dolor*. 2001;16(2):97-100.
8. Wilbert F. Chronic low back pain: Task Force on Pain in the workplace. IASP Press; 1995. p. 19-23.

Epiduroscopia, Essa Desconhecida no Tratamento da Dor

José Carlos Cordeiro da Silva e María Mercedes Marzoa Pumar

Resumo

A endoscopia do espaço epidural ou epiduroscopia é uma nova forma de observação do espaço epidural por uma técnica minimamente invasiva que permite o diagnóstico ou tratamento da lombalgia e radiculopatia crónica. O potencial terapêutico da epiduroscopia, útil nas síndromes crónicas refractárias a terapêuticas convencionais, desenvolveu-se nos anos 90. Este artigo tenta dar uma visão sobre os vários aspectos da epiduroscopia, incluindo as indicações, técnica e complicações.

Palavras-chave: Espaço epidural. Epiduroscópio. Dor lombar.

Abstract

The endoscopy of the epidural space –“Epiduroscopy”– is a new imaging technique in the diagnosis and therapy of spinal pain syndrome. Spinal endoscopy with epidural adhesiolysis is an interventional pain management technique which emerged during the 1990s. It is an invasive but important treatment modality in managing chronic low back pain that is noresponsive to other modalities of treatment. In this article, the authors board the different aspects of epiduroscopy. (Dor 2007;15(3):28-30)

Corresponding author: José Carlos Cordeiro da Silva, dolor@dolor.jazztel.es

Key words: Epidural space. Epiduroscopy. Back pain.

A epiduroscopia é uma nova técnica para visualizar o espaço epidural, através da utilização de um fibroscópio flexível de fibra óptica com dimensões reduzidas¹. Trata-se de uma técnica com fins diagnósticos e terapêuticos. Podem ser diagnosticadas situações que por outras técnicas não seriam possíveis e ao mesmo tempo realizar tratamento *in situ*.

Foi na década dos 90 que sofreu um avanço significativo pelo desenvolvimento de aparelhos, fibroscópios², câmaras e fontes de luz, mais avançados e com potencialidades de utilização até então impossíveis, quer pelo seu diminuto tamanho, quer pela potencia luminosa, com a utilização de luz fria de xénon, e sofisticadas câmaras digitais que permitem obter uma imagem das estruturas quase real. A década actual será a introdução da tecnologia *laser-YAG* para aplicação epidural⁷, nomeadamente nas situações de fibrose.

Indicações da epiduroscopia

As principais indicações, à luz actual do conhecimento, são as seguintes:

- Ciática severa que não responde ao tratamento e sem indicação cirúrgica.
- Aplicação selectiva de medicamentos.
- Remoção de aderências e fibrose, após uma cirurgia de coluna.
- Implantação de eléctrodos de neuroestimulação.
- Apoio a intervenções minimamente invasivas.
- Possibilidade de realizar biopsia.
- Análise das relações anatomopatológicas com o processo doloroso.

É uma técnica de diagnóstico de lesões medulares e meníngeas, permitindo fazer biopsia, tratamento *in situ* de lesões inflamatórias com baixas doses de fármacos³, reduzindo assim os efeitos laterais e aumentando a eficácia do tratamento. Outra das grandes vantagens é naqueles pacientes que foram operados a uma hérnia discal e ficaram com dor; ou meses depois tem perda de força nos membros inferiores, a possibilidade de ver o estado do canal medular e se há fibrose, romper as aderências e libertar os nervos que se encontrem «presos».

Especialistas em Anestesiologia, Reanimação e Tratamento da Dor
Instituto Clínico de Tratamiento del Dolor – Clínica Corpus Sanus
Santiago de Compostela
E-mail: dolor@dolor.jazztel.es



Figura 1. Agulha para o introdutor.

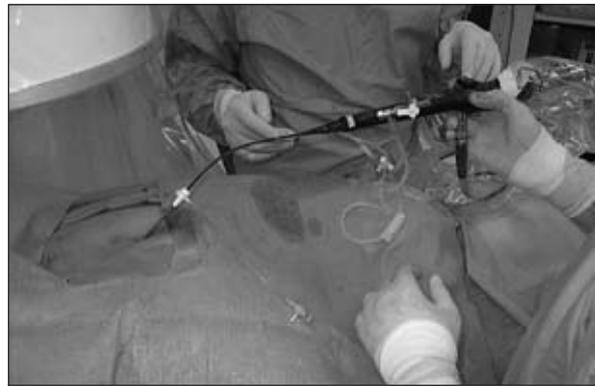


Figura 2. Epiduroscópio, introduzido por via do hiato sacro.

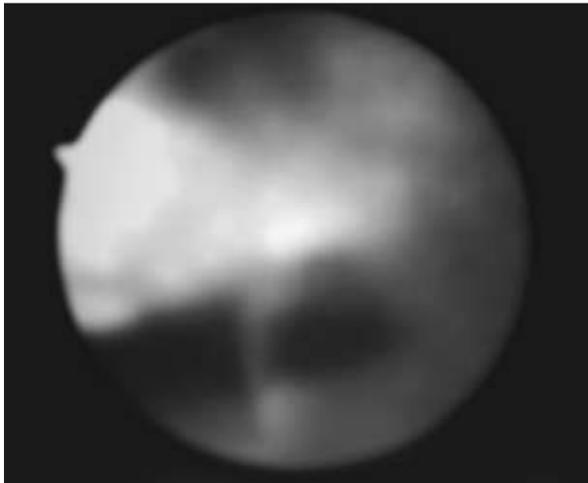


Figura 3. Aderência no espaço epidural.

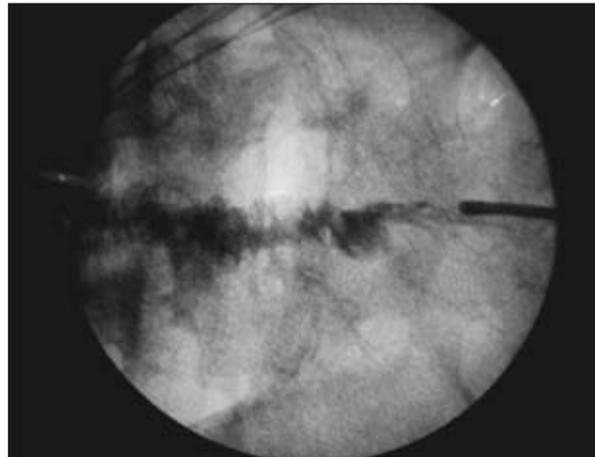


Figura 4. Epidurografia, desvio do contraste para a esquerda.

Técnica epiduroscópica

Na prática podem-se utilizar dois epiduroscópios diferentes como sistemas endoscópicos. Um é um epiduroscópio flexível com cateter protegido² que foi concebido para acesso cervical, torácico ou lombar interlaminar com um diâmetro exterior de 1,2 mm, e outro que é um epiduroscópio flexível desenhado para acesso por via sagrada com um diâmetro exterior de 2,8 mm e possui canal de trabalho de 1,2 mm. Também há que dispor de equipamento adicional para captura e gravação vídeo e aparelho de radioscopia com possibilidade de gravação ou fotografia.

Para a realização da epiduroscopia é imprescindível ter conhecimentos de endoscopia e experiência em epiduroscopia⁴. O procedimento pré-operatório inclui uma história clínica, recopilação dos resultados interdisciplinares e exames pré-operatórios. Condição *sine qua non* para a realização da epiduroscopia é a não-existência de contra-indicações para a epiduroscopia (ver adiante). O consentimento informado deve ser explicado de forma verbal e depois assinado em duplicado pelo paciente e epiduroscopista, com

pelo menos 24 horas de antecedência, podendo ser revogado até à altura da intervenção.

No bloco operatório, para a realização da epiduroscopia, devem ser respeitadas todas as condições para a cirurgia minimamente invasiva. A anestesia requerida para a realização desta técnica é uma anestesia local com sedação, no entanto devem existir todas as condições, assim como a presença de um anestesiológico, para controlar o paciente ou poder passar a uma anestesia geral. A anestesia local permite manter o contacto com o paciente e facilita reconhecer as complicações e realizar o tratamento em tempo real. Normalmente o paciente fica internado por um período de 12 horas, podendo, no entanto prolongar-se por 24 horas, pelo que devemos assegurar as condições de internamento.

O acesso epidural cervical, torácico ou lombar, faz-se por punção com uma agulha 14 G de Hustead, aplicando, por exemplo, a técnica de perda de resistência. Através da agulha pode-se introduzir o epiduroscópio flexível com cateter protegido com visão do espaço epidural. Usando o epiduroscópio flexível dirigível, entra-se no espaço epidural por via sagrada (hiato sacro)⁶.

Depois de infiltrar com anestésico local, introduz-se, pela técnica de Seldinger, um introdutor no conduto sacro (Fig. 1). Assim se introduz o epiduroscópio no espaço epidural de forma segura (Fig. 2). Uma perfusão contínua de soro fisiológico permite manter uma visão perfeita e captar imagens em vídeo e a cores do espaço epidural.

A epiduroscopia flexível por via sagrada, por usar um fibroscópio de maior calibre e possuir canal de trabalho, permite maiores possibilidades terapêuticas. Introdução de pinça para biopsia, romper com as fibroses (Fig. 3) através de tração com a pinça, usar um cateter com luz *laser* (YAG)⁷ terapêutica, colocação de medicação sob visão directa e injectar ozono epidural. Permite ainda realizar epidurografia (Fig. 4).

Complicações

A mais temida, provavelmente, é a cegueira transitória e/ou a lesão neurológica. As complicações principais de este procedimento são: a injeção de ar/solução salina accidental no espaço subaracnoideu ou subdural, pneumoencéfalo e/ou distúrbios neurológicos secundários a hipertensão central, distúrbios do campo de visão, hematoma epidural, e infecção epidural ou sagrada. Meningites, que respondem bem a terapêutica antibiótica, são pouco frequentes⁵. Qualquer problema neurológico é sempre passageiro e remite espontaneamente no prazo de dois dias. Alguns pacientes queixam-se de dor sagrada persistente, especialmente ao nível do hiato sagrado. As lesões directas do nervo são raras, como o paciente está acordado, qualquer mal-estar ou dor pode ser comunicado de imediato. Dor na nuca ou frontal e no peito, também pode aparecer; assim como parestesia no membro inferior quatro a seis horas após a epiduroscopia ou no local da punção.

Contra-indicações para a epiduroscopia

Correspondem as da anestesia regional epidural, de realçar diátese hemorrágica, uso de anticoagulantes do tipo cumarínico (para heparina de baixo peso, medicação do tipo acetilsalicílico, após controle da coagulação, pode-se realizar a epiduroscopia depois de quatro dias de pausa), infecções ou tatuagem na zona de punção e a não aceitação por parte do paciente da epiduroscopia.

Futuro

O diagnóstico e a instrumentação serão melhores do que actualmente; teremos uma visão endoscópica mais precisa, múltiplos canais para outros instrumentos cirúrgicos, melhor condição de corte e coagulação com microtesouras e coaguladores. Poderemos actuar no bloqueio e na ablação do plexo sinovertebral, realizar a foraminoplastia e tratar a estenose do canal vertebral.

Bibliografia

1. Heavner JE, Cholkhavatia S, Kizelshteyn G. Percutaneous Evaluation of the epidural and subarachnoid space with the flexible Fiberscope. *Reg Anesth.* 1991;15S1:85.
2. Schutze G, Kurtze H. Direct Observation of the Epidural Space with a Flexible Catéter-Secured Epiduroscopic Unit. *Unit Regional Anesthesia.* 1994;19(2):85-9.
3. Dashfield AK, Taylor MB, Cleaver JS, Farrow D. Comparison of caudal steroid epidural with targeted steroid placement during spinal endoscopy for chronic sciatica: a prospective, randomized, double-blind trial. *Br J Anaesth.* 2005;94(4):514-9.
4. Krasuski P, Poniecka AW, Gal E, et al. Epiduroscopy: Review of technique and results. *Pain Clinic.* 2001;13(1):71-6.
5. Bomberg R, et al. The lumbar epidural space in patients examined with epiduroscopy. *Anesthesia and Analgesia.* 1989;68:158-60.
6. Saberski LR, Kitahata LM. Direct visualisation of the lumbosacral epidural space through the sacral hiatus. *Anaesth Analg.* 1995; 8:839-40.
7. Ruetten S, Meyer O, Godolias G. Application of holmium:YAG laser in epiduroscopy: extended practicabilities in the treatment of chronic back pain syndrome. *J Clin Laser Med Surg.* 2002 Aug;20(4):203-6.

Ano da Dor na Mulher

Kateřina Rubářková

Resumo

O Ano da Dor na Mulher é uma iniciativa importante pelo apelo que desenvolve na sensibilização para o problema. As diferenças sexuais na percepção da dor, bem como na resposta à terapêutica analgésica, são múltiplas e os mecanismos que os explicam têm vindo a ser evidenciados pelos estudos científicos recentes.

Palavras-chave: Ano da Dor na Mulher. Dor. Sexo.

Abstract

The Global Year Against Pain in Women is an important initiative because of the appeal on the sensibilisation about the problem that it develops. There are multiple sexual differences in the perception of the pain and the response to the analgesic therapy. The mechanisms that explain them have been recently evidenced by the scientific studies. (Dor 2007;15(3):31-32)

Corresponding author: Kateřina Rubářková, katerina.rubackova@gmail.com

Key words: Global Year Against Pain in Women. Pain. Sex.

Em Outubro de 2007, foi declarado o início do Ano da Dor na Mulher. Esta iniciativa provém da IASP (*International Association for the Study of Pain*), uma organização mundial fundada em 1973 que reúne cientistas, clínicos e outros profissionais, e cujo objectivo é estimular e apoiar o estudo da dor, e transmitir os conhecimentos actuais sobre a problemática algica aos profissionais de saúde.

Qual a justificação para a opção da dedicação do ano 2008 à mulher? O subtítulo da campanha do Ano da Dor na Mulher é atraente: «*Real woman, Real pain*». Não é por acaso que foi escolhido. Há evidências de que a dor crónica é mais prevalente no sexo feminino. Por outro lado, são precisamente as mulheres que têm menos acesso aos tratamentos, uma realidade cuja alteração está nos objectivos mais ambiciosos do projecto.

A dor na mulher tem sido alvo de investigações com resultados publicados em vários artigos científicos, sobretudo na última década. Verifica-se, no entanto, que há muitos médicos que infelizmente ainda não têm conhecimentos

suficientes sobre esta problemática. A IASP, com a iniciativa do Ano da Dor na Mulher, pretende estimular a atenção dos médicos para o tema e contribuir para a alteração da abordagem no diagnóstico e na estratégia da terapia da dor, de acordo com as recomendações recentes baseadas na evidência.

Sex matters...

Hoje em dia, não há dúvida de que o sexo é um factor importante na percepção da dor.

Estudos epidemiológicos identificaram uma maior prevalência de algumas patologias algicas na mulher, como p. ex. a fibromialgia, a artrite reumatóide ou a enxaqueca. A nível experimental, verificou-se que as mulheres têm um limiar de dor mais baixo e que referem maior intensidade e menor tolerância aos estímulos dolorosos, quando comparadas com os homens. A diferenciação sexual confirma-se também na eficácia da terapia analgésica.

Os mecanismos biológicos responsáveis pela diversificação sexual da dor são codificados geneticamente e dependem da função de hormonas sexuais, das diferenças anatómicas, e são amplamente modificados pelos factores culturais e psicossociais. Geneticamente, para além das patologias com ligação cromossómica, as diferenças sexuais têm a sua origem numa diferente síntese de sistemas enzimáticos. Outro factor genético é representado pela regulação hormonal na modulação da dor: o estrogénio e a progesterona têm sido relacionados com a

Área de Anestesiologia
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE
Pólo Santo António dos Capuchos
Lisboa
E-mail: katerina.rubackova@gmail.com

analgésia em diversos estudos. As diferenças anatômicas comuns nas mulheres têm uma expressão na modificação da farmacocinética (maior percentagem do tecido adiposo...) e provavelmente farmacodinâmica (há estudos que apontam para maior importância do receptor opióide κ na mulher) dos fármacos analgésicos.

Os factores socioculturais, com a mulher como principal portadora de alguns papéis específicos na sociedade, determinam uma sensibilidade mais acentuada para os quadros álgicos e uma maior vulnerabilidade das mulheres para a dor.

A divulgação destes conhecimentos tende a incentivar a investigação neste campo e ao mes-

mo tempo chamar a atenção dos clínicos sobre várias vertentes de diferenças encontradas na dor na mulher.

Deste modo, o Ano da Dor na Mulher vai complementar as campanhas promovidas nos anos passados, (Ano da Dor na Criança, Ano da Dor no Idoso) e seguramente contribuir para uma mais eficaz luta contra a dor.

Bibliografia

- Charlton JE. Core Curriculum for Professional Education in Pain. Seattle: IASP Press; 2005.
- Holdcroft A, Berkley JK. Sex and gender differences in pain and its relief. Em: McMahon S, et al. Wall and Melzack's Textbook of Pain. 5.ª ed. Edinburgo, UK: Elsevier; 2005. p. 1181-97.
- Crombie IK. Epidemiology of Pain. Seattle: IASP Press; 1999.