

Mensagem do Presidente da APED	3
Editorial	5
O Trabalhador de Saúde Perante a Dor e os Cuidados Paliativos	7
Paternidades na Luta Contra a Dor. 2.º Parte	13
Dor Após Terapia no Cancro de Mama	17
Dor na Criança com Paralisia Cerebral	22
Analgesia de Trabalho de Parto em Parturientes com Tatuagem na Linha Média da Região Lombar	30
Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor)	34



DOR[®]

ISSN: 0872-4814

Órgão de Expressão Oficial da APED

Volume 21 • N.º 4/2013

Director da revista

Sílvia Vaz Serra

Editores

Cristina Catana

Graça Mesquita

Ricardo Pestana

Rosário Alonso

Mensagem do Presidente da APED Duarte Correia	3
Editorial Sílvia Vaz Serra	5
O Trabalhador de Saúde Perante a Dor e os Cuidados Paliativos João Schwalbach	7
Paternidades na Luta Contra a Dor. 2.ª Parte Joaquim J. Figueiredo Lima	13
Dor Após Terapia no Cancro de Mama Ana Agrelo, Manuela Machado, Paula Silva, Susana Pereira, Teresa Dias e Rosa Maria Fragoso	17
Dor na Criança com Paralisia Cerebral Catarina Matos e Clara Loff	22
Analgesia de Trabalho de Parto em Parturientes com Tatuagem na Linha Média da Região Lombar Bárbara Ribeiro, Maria Rodrigues, Alejandro Martin, Raquel Louzada, Lisbete Cordeiro, Irene Ferreira e João Silva Duarte	30
Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor)	34

Ilustração da capa: Expedito Dalmeida



PERMANYER PORTUGAL

www.permanyer.com

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.

Curriculum do autor da capa

Expedito Dalmeida. Efectuou os seus estudos artísticos em Lisboa, no ar.co (centro de arte e comunicação visual). Expõe com regularidade desde 1989, quer individualmente, quer integrando projectos colectivos, tanto em Portugal, como no estrangeiro (Bélgica, Itália, Grécia, Espanha e Inglaterra). Está representado em várias colecções (institucionais e privadas). É licenciado em Medicina pela Universidade de Coimbra.



© 2013 Permanyer Portugal

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

ISSN: 0872-4814

Dep. Legal: B-17.364/2000

Ref.: 1095AP124



www.permanyer.com



Impresso em papel totalmente livre de cloro

Impressão: CPP – Consultores de Produções de Publicidade, Lda.



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

Duarte Correia

Neste final de novembro de 2013, escrevo-vos a denominada página do presidente!

Presidente reeleito, integrando uma equipa renovada que, com o apoio de todos vós, se propõe continuar e concluir objetivos já iniciados, perspetivar novos rumos, numa sociedade que se pretende pluri e interdisciplinar, com uma participação lata e abrangente de todos os seus membros. Compromisso acrescido pela confiança por vós depositada, pelas expectativas geradas, pelos objetivos fixados. Objetivos que serão a antítese de conformismo ou imobilismo, mas que apenas com a colaboração, participação e empenho de todos serão metas atingíveis.

Tive a grata oportunidade e a honra de integrar, nestes três anos, uma equipa coesa, participativa, com diversidade de pensamentos e opiniões, reflexo de uma multidisciplinaridade, de formação e de conceitos, que com perseverança e tenacidade, procurou refletir os vossos anseios e contribuir para uma maior dinamização e crescimento da APED. Não posso deixar de expressar a todos os membros dos corpos sociais da APED neste triénio, o meu público reconhecimento, em particular aos que por motivos de natureza pessoal, profissional ou estatutária, cessaram as funções que exerceram, não se submetendo por estes motivos ao sufrágio eleitoral.

No balanço das atividades da APED em 2013, destaco o 4.º congresso interdisciplinar da dor que decorreu nos dias 17, 18 e 19 de outubro, no hotel Ipanema Porto. O evento, subordinado ao tema «Esta dor é (in)suportável», esteve integrado nas comemorações da semana europeia de luta contra a dor e do dia nacional de luta contra a dor. Neste congresso, realizado numa conjuntura difícil, cuja organização teve em consideração as múltiplas dificuldades previsíveis, consequentes à situação sócioeconómica e ao desencanto vivenciado neste país, ultrapassou todas as nossas melhores expectativas no número de participantes, na presença da indústria farmacêutica, na sua qualidade científica, que considero de excelência, fruto do elevado nível e craveira dos palestrantes convidados. Estiveram inscritas mais de 350 pessoas, das mais variadas áreas profissionais – investigadores das denominadas ciências básicas, médicos, psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, serviço social, entre outras –, o que traduz um enorme interesse pelo estudo e

tratamento da dor, não restrito apenas a uma área profissional ou associativa.

Mas, na minha modesta opinião, o acontecimento mais relevante e de importância atual e futura para todos os que se dedicam à medicina da dor, foi a aprovação por despacho de 30-10-2013, do Senhor Diretor-Geral da Saúde do plano estratégico nacional para a prevenção e controlo da dor (PENPCDor), que será de importância capital para os nossos doentes.

A APED participou de forma ativa na sua elaboração (cujo grupo de trabalho foi presidido pelo Dr. José Romão), apoia e subscreve o PENPCDor, que atualiza o anterior PNCDor, e persecuta as suas metas e objetivos. O PENPCDor tem em consideração a subjetividade da dor, realça a dor como 5º sinal vital, enfatiza o direito e dever ao controlo da dor e ao seu tratamento diferenciado. Nos seus objetivos, destacam-se a redução da prevalência da dor não controlada na população portuguesa; a melhoria da qualidade de vida dos doentes e a racionalização dos recursos e dos custos necessários para o seu adequado controlo. A dor em grupos específicos (na criança, no idoso e no doente crítico); a prevenção da dor crónica; a revisão e monitorização das orientações técnicas; a melhoria da organização das estruturas diferenciadas para o tratamento da dor e a formação dos profissionais são considerados eixos de intervenção prioritários.

Sugiro-vos a leitura atenta e a divulgação deste documento que representa a continuidade do interesse e sensibilidade das estruturas políticas e governativas na prevenção e no tratamento da dor em Portugal.

2014, um novo ano em que as dificuldades serão mantidas e porventura acrescidas para todos os portugueses, em que a nossa sociedade não será a exceção. Teremos de prosseguir uma gestão rigorosa, integrada num contexto fortemente restritivo, sem descurar jamais os objetivos da APED, consagrados nos seus estatutos (promover o estudo, o ensino e a divulgação dos mecanismos fisiopatológicos, meios de prevenção, diagnóstico e terapêutica da dor).

Por este motivo, entre as diversas atividades que pretendemos promover, a continuação dos debates sobre os temas discutidos no V encontro das unidades de dor e a repetição do *Workshop* «Opioides em situações clínicas complexas» serão eventos a perseguir. Os *Ws* de «Ecografia e dor» e «Tratamento invasivo da dor

na patologia do raquis» (este último decorrerá já em janeiro no Porto) continuarão a merecer todo o nosso interesse e efetuaremos um WS monotemático dedicado à «dor neuropática», se possível durante o primeiro semestre de 2014. Propomo-nos dinamizar, de forma pública e inter-pares, com a colaboração e participação de outras sociedades ou organizações, o *Global Year Against Orofacial Pain campaign*.

Realizaremos em outubro um importante evento em local a definir, integrado na semana europeia/dia nacional de luta contra a dor e comemoraremos em junho, na cidade de Braga, o XXIII aniversário da APED, gerando dois momentos no decorrer do próximo ano, em que o tema DOR será alvo generalizado das atenções dos *media*, dos decisores e da sociedade civil.

Procuraremos, de forma ativa, manter ou estabelecer novas parcerias para atribuição dos prémios: Vou desenhar a minha dor; Revista dor; Jornalismo/dor; prémio de fotografia «Mova-se contra a dor», e promoveremos as bolsas de apoio à formação na área da dor, mesmo que estas tenham de ser integralmente suportadas pela APED.

As denominadas novas tecnologias, a que não poderemos estar alheados, merecerão a nossa maior atenção. Dinamizaremos a página do *facebook* «Mova-se contra a dor» e o portal da

APED www.aped-dor.org ou www.aped-dor.com que terá um novo visual, graficamente mais atraente, integrada nas redes sociais, constituindo um meio e local de consulta para os profissionais, com nível e conteúdo científico elevados, com atualizações permanentes e regulares.

A medicina da dor, à semelhança das outras áreas da ciência, tem sofrido avanços insofismáveis e muito significativos, constituindo os grupos de trabalho intituídos ou a instituir no seio da APED, um instrumento importantíssimo de dinamização e atualização, dispondo os seus coordenadores (Intervenção em dor – Ricardo Pestana; Psicologia – Cristina Catana; Avaliar e registar a dor – Henrique Dias; Dor na criança e no adolescente – Amanda Fernandes) de todo o apoio institucional, providos dos meios e recursos atualmente possíveis.

Sem promessas fáceis ou estéreis para este ano de 2014 que se avizinha, em que as dificuldades e o conformismo se perpetuam, e o desencanto se magnifica, a APED continuará a empenhar-se de uma forma ativa e continuada para que uma maior acessibilidade e um melhor tratamento da dor não sejam meras figuras de retórica, transvertidas por oráculos em que a crise tudo justifica, numa inércia e letargia que recusamos e pretendemos ultrapassar.

Votos de um feliz Natal.

Editorial

Sílvia Vaz Serra

A pesar de este ser o último volume do ano de 2013, é simultaneamente um número que começa a ser desenhado (ainda que tenuemente, sempre os limites do tempo e dos compromissos...) por uma nova equipa.

É o local e o momento certo para fazer um balanço do que foi alcançado, e agradecer a todos os que comigo colaboraram e limaram as minhas imperfeições e incapacidades, e pedir tolerância por tudo o possa ter corrido menos bem. O meu sincero obrigado a todos – sem todos, nada teria sido podido ser feito! Desejo a todos os que abandonaram esta equipa, por motivos profissionais ou pessoais, muito sucesso (sei que vão ter) nos novos desafios. Foi bom trabalhar convosco.

Reconheço que, ao longo deste percurso, houve momentos de algum desânimo e frustração, de luta permanente (nem sempre vitoriosa) com os prazos, mas também posso afirmar que foi uma atividade que pessoalmente me enriqueceu, e penso que desta simbiose resultou e transpareceu um trabalho de equipa honesto, sério, que pugnou sempre pela qualidade e rigor dos textos publicados.

Tentou integrar-se o conceito de dor no seu sentido mais amplo e abrangente, e daí a revista não ter ficado refém de uma ou duas especialidades, de uma ou duas cambiantes da dor mas, antes pelo contrário, aberta a todas as abordagens e visões da dor. Espero que tenhamos ido ao encontro do que os leitores de uma revista científica sobre dor pretendem.

Pode fazer-se mais e melhor, e essa sensação de constante insatisfação irá acompanhar-me, sempre... Ter-me-á faltado um golpe de asa, como dizia o poeta...

Mas, teremos oportunidade de continuar a fazer mais e melhor, graças à vossa renovada confiança. É reconfortante o vosso apoio e dá-nos ânimo para enfrentar estes momentos difíceis que se avizinham. Será uma revista diferente, claro, porque a equipa foi parcialmente renovada e ampliada. A mudança é salutar – pretende ser sempre uma lufada de ar fresco (por princípio...). O contributo da visão de novas e diferentes áreas científicas só poderá ser uma mais-valia – alto valor transacionável (reconhecem a linguagem económica que nos entra, literalmente, pela porta dentro?). Obrigado por terem acedido a este convite para mais trabalho e superação. Todas as sugestões e ideias são bem-vindas. A revista será o espelho daquilo que

pretenderemos transmitir – sem cosmética, *bo-tox, lifting...*: textos enfermos de rigor, inovação, desafio, objetividade e espírito científico.

A este propósito, veio-me à memória, em tom musical, aquele poema de Sérgio Godinho («O primeiro dia») de que transcrevo uma estrofe:

«... Enfim duma escolha faz-se um desafio
Enfrenta-se a vida de fio a pavio
Navega-se sem mar, sem vela ou navio
Bebe-se a coragem até de um copo vazio
E vem-nos à memória uma frase batida
Hoje é o primeiro dia do resto da tua vida.»

E retomamos a vida, cheios de energia e vontade de ir mais além... Com um texto que menciona uma palavra, uma forma de vida – ética – por vezes tão deturpada e esquecida. Vale a pena pensar nisso!

A presença de dor na criança com paralisia cerebral não é ainda suficientemente conhecida entre os profissionais de saúde. Os compromissos motor e/ou cognitivo associados dificultam a sua comunicação e o seu reconhecimento. Algumas colegas tiveram a ousadia de se debruçarem, de tornarem visível este grupo cinzento e esquecido – a diferença não pode ser sinónimo de sofrimento. Este artigo é uma chamada de atenção, um alerta para que se cambie de cor.

O cancro de mama é o tumor mais frequente no sexo feminino. Cerca de 70% das doentes com cancro de mama, em alguma fase da sua doença oncológica, apresentam dor. Esta pode ser consequência, não só da doença, mas também dos tratamentos. Neste artigo, abordam-se os quadros dolorosos mais frequentes e salienta-se a importância da multidisciplinaridade, da definição de estratégias de abordagem individuais, da identificação de fatores de risco, do diagnóstico precoce e/ou do tratamento dos diferentes quadros algícos, sempre com o intuito de potenciar a qualidade de vida das doentes – essencial em oncologia e em todas as situações que cursam com dor.

Definitivamente, as tatuagens – arte decorativa do corpo – fazem parte do nosso dia-a-dia. Ao longo dos últimos anos, tem-se constatado um aumento das solicitações para realização de analgesia epidural em parturientes com tatuagens, na linha média da região lombar. Perante este cenário, muitos anestesiólogos questionam-se sobre a segurança da punção e colocação de cateter epidural nestas regiões tatuadas. Foram estas questões que motivaram um grupo de colegas a efetuar uma excelente revisão, procurando o

estado atual da arte, possíveis complicações e medidas adotadas para evitá-las. Curiosos? Remeto-vos para a leitura deste artigo.

O outro artigo que preenche as páginas deste volume aborda a evolução da luta contra a dor. Conclui o autor escrevendo: «Não existe, efetivamente, uma personalidade ou um grupo de personalidades a quem seja, historicamente, credível atribuir a paternidade da luta contra a dor e da “anestesia”. Tudo se integrou no processo evolutivo da humanidade onde alguns tiveram o discernimento e a ousadia de ir

produzindo e juntando as peças do “puzzle” que levaram ao estado atual da anestesiologia e da medicina da dor».

E isso mesmo que pretendemos quando lançamos temas, colocamos questões, damos opiniões, tomamos posições (mesmo quando nada dizemos!) – ousar pensar e acrescentar algo de novo... Como diz Gonçalo M. Tavares: «...é fundamental não ter medo nenhum. O que é o erro?... O erro é encontrar alguma coisa, algo que se cruza com o novo, o criativo.»

Bom Natal e desejos de excelente 2014.

O Trabalhador de Saúde Perante a Dor e os Cuidados Paliativos

João Schwalbach

Uma abordagem ética

Para que possamos compreender, na sua essência, a problemática em questão (ética na dor e cuidados paliativos), achamos indispensável fazer uma pequena e rápida revisão introdutória dos essenciais conceitos e princípios que nesta problemática estão envolvidos. Deste modo e para iniciarmos, passaremos em revista os conceitos de moral, ética, direito e bioética para, logo de seguida, rever os princípios que atualmente regem a bioética.

Moral e ética tiveram, na origem, o mesmo sentido. Utilizada pela primeira vez por Aristóteles, a palavra ética vem do grego (*ethos*) que significa modo de ser, caráter, costume e era utilizada em meios mais eruditos, enquanto que moral, utilizada mais vulgarmente vem dos romanos (*morus*). Hoje, contudo, estas palavras significam coisas diferentes.

Moral é o conjunto das normas para o agir específico ou concreto, ou seja, a moral estabelece regras que são assumidas pela pessoa como uma forma de garantir o seu bem viver. A moral não depende de fronteiras geográficas e garante uma identidade entre pessoas que nem sequer se conhecem, mas utilizam este mesmo referencial comum. Segundo Piaget, moral é um sistema de regras e a essência de toda a moralidade consiste no respeito que o indivíduo sente por tais regras.

Ética é o estudo geral do que é bom ou mau. Ética é a teoria ou a ciência do comportamento moral das pessoas na sociedade. Em sentido mais abrangente, a ética significa o conjunto de valores e da moral que conduzem um indivíduo a tomar decisões, no que se refere principalmente às suas relações com o mundo. A ética tem, como um dos seus objetivos, a busca de justificativos para as regras propostas pela moral (voluntárias) e pelo direito (obrigatórias).

Direito é o conjunto de normas de conduta imposto por um conjunto de instituições para regular as relações sociais, dependendo de fronteiras geográficas (cada país possui as suas normas). É o hábito dos indivíduos se submeterem à observância reiterada de certos usos, conver-

tidos em regras de conduta. Com o tempo, os grupos sociais passaram a incumbir um chefe ou órgão coletivo de ditar e impor as regras de conduta, o que fez com que o direito passasse a ser um comando, uma lei imposta coativamente e, a partir de certo momento, fixada por escrito.

É sabido que há condicionantes no Homem que motivam, desenvolvem e ampliam a ética: o este ser um ser biológico (fator interno, produto da natureza) e, ao mesmo tempo, um ser social (fator externo, produto da cultura, dos costumes) o que, cada um no seu sentido, determinam a conduta do indivíduo. Por isso, a ética (os seus valores) têm evoluído ao longo da História.

Recordemos que, na origem, a medicina Ocidental era uma ciência essencialmente humanística. Partia de uma base filosófica teórica com uma visão holística (abordagem no tratamento médico baseada na teoria de que os organismos vivos e o meio ambiente funcionam juntos como um todo integrado) em que se entendia o Homem como ser dotado de corpo e espírito. Assim as causas das doenças, deveriam ser procuradas não apenas no órgão ou mesmo no organismo enfermo, mas também e principalmente no que há de essencialmente humano no Homem: a alma; esse componente espiritual que distingue o homem dos outros organismos vivos do planeta.

Poderemos resumir, com a afirmação de Dante Marcello Gallian, a ação da profissão e da prática médica que pensamos ser hoje a mais convincente: «Mais do que um biólogo, mais do que um naturalista, o médico deveria ser, fundamentalmente, um humanista. Um sábio que, na formulação do seu diagnóstico, leva em conta não apenas os dados biológicos, mas também ambientais, culturais, sociológicos, familiares, psicológicos e espirituais».

Deste modo, o médico moderno, antes de tudo, deveria ser também um filósofo; um conhecedor das leis da natureza e da alma humana. Este foi o modelo, a conceção de médico e de medicina que se conservou historicamente no Ocidente, até bem pouco tempo atrás. Mas, nem sempre assim aconteceu.

Na verdade, a partir da segunda metade do século XIX, as importantes descobertas em campos como o da microbiologia, desencadearam uma verdadeira revolução no terreno da patologia, gerando profundas transformações na ciência médica como um todo.

Ao se iniciar o século XX, tudo dava a entender que a medicina estava prestes a atingir a sua idade de ouro, o seu estágio de «ciência exata». A medicina deixava de se apoiar nas ciências humanas para se sustentar essencialmente nas ciências exatas e biológicas.

De facto, ao se iniciar o século XX, a relação médico-paciente começa a enfraquecer. A desumanização da medicina acontece, fruto e consequência do enorme e acelerado desenvolvimento da biologia, da química e da física. A história, a filosofia, a literatura, as ciências humanas, parecem não ter mais nada a dizer à medicina. No exercício da profissão médica, nomeadamente na relação médico-paciente surgem conflitos que rapidamente se vão desadaptando dos valores éticos existentes.

Por isso, e decorrente deste explosivo desenvolvimento tecnológico surge a necessidade do Homem se proteger dos crescentes aspetos cada vez mais tecnicistas para reinserir-se por um caminho pautado pelo humanismo como forma de superar, assim, a dicotomia entre os factos explicáveis pela ciência e os valores estudados pela ética. Assim, e para ultrapassar e resolver estes novos problemas impostos pelo explosivo desenvolvimento técnico-científico (a ciência e a técnica prosperaram mais que os valores da moral e da ética o que determinou também vazios no Direito) surge, na década de 1970, a bioética com o objetivo de deslocar esta discussão para a valorização do Homem, ao pretender aplicar uma nova cultura capaz de dar mais sentido humano a estes novos cenários e onde, novas e outras reflexões éticas se regulassem inteiramente para a vida humana.

Na verdade, o termo bioética foi mencionado pela primeira vez em 1971, no livro «Bioética: Ponte para o Futuro», pelo biólogo e oncologista americano Van Rensselaer Potter: «Eu proponho o termo bioética como forma de enfatizar os dois componentes mais importantes para se atingir uma nova sabedoria, que é tão desesperadamente necessária: conhecimento biológico e valores humanos».

Muito resumidamente podemos dizer que bioética é a parte da ética, ramo da filosofia, que aborda as questões referentes à vida humana (e, portanto, à saúde). A bioética, tendo a vida como objeto de estudo, trata também da morte (inerente à vida). Em consequência, bioética é o estudo transdisciplinar entre biologia, medicina, filosofia (ética) e direito (biodireito) que investiga as condições necessárias para uma administração responsável da vida humana, animal e responsabilidade ambiental. Assim sendo, a bioética torna-se mais vasta que a ética médica pois envolve situações, atos e efeitos que ocorrem fora de um ato puramente médico.

As regras da moral e do Direito, assim como as justificativas da ética (bioética), referem-se ao estabelecimento de uma certa previsão para as ações humanas. No esquema que se apresenta, adaptado de Goldim JR se resume estas interações (Figura 1).

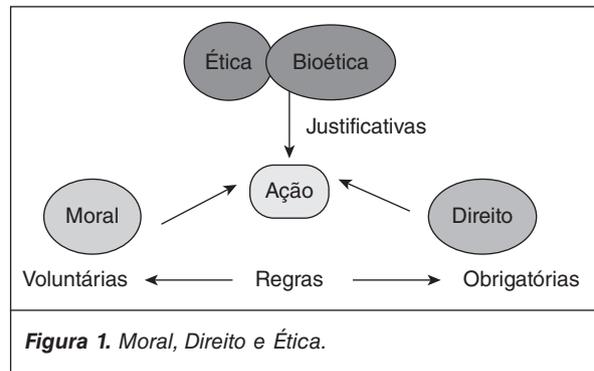


Figura 1. Moral, Direito e Ética.

Contudo, a necessidade de fundamentar a bioética determinou a criação de alguns modelos explicativos, dos quais o mais difundido e citado foi o apresentado em 1978 por Beauchamp e Childress e conhecido por principialismo. Estes autores consideravam no início quatro princípios – autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça – aos quais mais tarde acrescentaram um quinto – vulnerabilidade. Estes princípios devem portanto ser os orientadores de uma ação desejável:

- Princípio da autonomia: que engloba o direito de todo o ser humano de idade adulta e com plena consciência, tem o direito de decidir por si mesmo, sobre que considera o melhor para a sua pessoa.
- Princípio da beneficência: que estabelece que devemos fazer o bem aos outros, independentemente de desejá-lo ou não.
- Princípio da não-maleficência: que traz a preocupação e a obrigação de não infligir dano intencional ou não. Este princípio deriva da máxima da ética médica hipocrática *primum non nocere*.
- Princípio da justiça: que estabelece a necessidade de tratar os seres humanos como iguais entre todos que se envolvem com a mesma ação.
- Princípio da vulnerabilidade: que partindo da convicção de que os seres humanos não são iguais na sua capacidade para suportar as relações com o mundo natural e com os outros seres humanos, aceita ser ético uma discriminação positiva em favor dos mais fracos, ou seja, dos mais vulneráveis.

Bibliografia

- Bourgeois E. La bioéthique pour tous. Paris, França : Editions Sarmont; 2001.
- Esperança Pina JA. A responsabilidade dos Médicos. Lisboa, Portugal: LIDEL, EdiçõesTécnicas, Lda.; 1998.
- Gallian DM. A (Re)humanização da Medicina. São Paulo, Brasil: Universidade Federal de São Paulo; 2000.
- Goldim JR. Ética Moral e Direito. Rio Grande do Sul, Brasil: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2000.
- Kottow MH. Introducción a la Bioética. Santiago de Chile, Chile: Editorial Universitaria; 1995.
- Serrão D, Nunes R. Ética em Cuidados de Saúde. Porto, Portugal: Porto Editora; 1998.
- Schwalbach J. A Ética e a Deontologia Médica. Maputo, Moçambique: Associação Médica de Moçambique; 1992.
- Schwalbach J. Saúde e Medicina: O Eu e o Outro. Maputo, Moçambique: Livraria Universitária, Universidade Eduardo Mondlane; 1998.

Uma abordagem ética

Revistos que foram, embora rapidamente, os conceitos e princípios essenciais que nos irão permitir entender melhor alguns aspetos éticos da atividade do trabalhador de saúde perante a dor e os cuidados paliativos, vejamos então, mais diretamente, alguns outros conceitos.

Dor é uma experiência sensorial e emocional, desagradável, associada a uma lesão tecidual real ou potencial ou descrita como tal. Ela pode apresentar-se como:

- Dor aguda: caracterizada por ter um momento de início definido, sinais e sintomas com atividade exagerada do sistema nervoso.
- Dor crónica: caracterizada por ser contínua para além de três a seis meses, sem sinais objetivos e atividade nervosa adaptando-se a ela.
- Dor total: dor com grande sofrimento; ela é física, psicológica, social e espiritual (Fig. 2).

É muito importante saber que dor é diferente de sofrimento para que, assim, as possamos distinguir com vista a enfrentá-las tais como são. Disse o filósofo Jean-Jacques Rousseau com singela propriedade: «Já que nascemos para sofrer e morrer, convém que nos familiarizemos com esses dois destinos».

Na verdade, a doença destrói a integridade do corpo mas, a dor e o sofrimento podem destruir a integridade global da pessoa. Enquanto a medicina está relativamente bem equipada para combater a dor, já o mesmo não se pode afirmar em relação ao sofrimento. O sofrimento não envolve necessariamente a dor. Sofrimento é qualquer experiência hostil (não necessariamente indesejada) e sua emoção negativa correspondente.

Importa interiorizar, em relação aos nossos pacientes, que a dor é a que o doente descreve e não o que nós ou as outras pessoas pensam que ele sente. Por isso, a dor deve ser quantificada para uma mais completa abordagem e, assim, uma melhor avaliação da sua evolução e dos resultados do seu tratamento. Para tal existem vários instrumentos de avaliação sendo os mais usuais a:

- Escala visual analógica (EVA).
- Escala numérica.
- Escala qualitativa.
- Escala de faces (Fig. 3).

Estes instrumentos de avaliação são unidimensionais, permitindo quantificar apenas a intensidade da dor. Os mecanismos ideais desta avaliação devem ser multidimensionais, levando em conta a intensidade, localização e o sofrimento ocasionado pela experiência dolorosa. Um exemplo de método multidimensional para avaliação da dor é o questionário McGill, proposto por Melzack. Hoje em dia e cada vez mais nos locais onde se prestam cuidados de saúde se quantifica a dor, de modo a ambicionar a sua eliminação para que se torne assim maior a

qualidade de vida dos pacientes. A medição e registo da dor devem igualmente ser realizados com o mesmo rigor e seriedade como os clássicos sinais vitais: a pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura, designando assim a dor como «5.º sinal vital».

Mas, perante a doença, a dor e o sofrimento, em especial nos casos terminais, uma dilemática pergunta a todos inquieta: até quando e quanto intervir?

Com perseverança o médico sempre procura, com base nos factos biológicos e sociais de que dispõe, dar ao doente a forma de tratamento mais adequada. Assim, os cuidados médicos constituem uma linha contínua, desde a cura completa, situada num dos extremos, até ao alívio dos sintomas, nomeadamente da dor e do sofrimento, situado noutro extremo. Deste modo, o empenho da medicina em impedir ou retardar a morte, aliviando a dor e o sofrimento, é consequência lógica do seu legítimo esforço em lutar a favor da vida. Mas, no ciclo da vida a morte é inevitável. Por isso, uma questão importante a ser colocada é quando e como, e não se, vamos morrer. Portanto, se a morte é parte do ciclo da vida humana, então, cuidar do corpo que está morrendo deve ser parte integral dos objetivos da medicina. Todavia, novas perguntas igualmente dilemáticas nos angustiam: até que ponto se deve prolongar o processo do morrer quando não há mais esperança de reverter o quadro? Não obstante os apoiantes e os que justificadamente desaprovam, que morte aceitar?

Sem fazermos juízos de valor nem enveredarmos por uma abordagem crítica deixemos somente três definições que, certamente, nos levarão a outras profundas reflexões:

- Eutanásia: ato de facultar a morte sem sofrimento a um enfermo com doença crónica e incurável, normalmente associado a um imenso sofrimento físico e psíquico.
- Distanásia: prática pela qual se prolonga, através de meios artificiais e desproporcionais, a vida de um enfermo incurável. Também conhecida como «obstinação terapêutica».
- Ortotanásia: morte natural, sem interferência de meios extraordinários e artificiais, permitindo ao enfermo morte digna, sem sofrimento, deixando a evolução e percurso da doença.

Acreditamos que a medicina deve trabalhar com vistas ao futuro, procurando promover incessantemente uma vida boa, saudável, para aumentar o tempo de vida e a sua qualidade. Mas, quando a terapia médica não consegue mais atingir os objetivos de preservar a saúde ou aliviar o sofrimento, novos tratamentos tornam-se uma futilidade ou um pesado fardo. Na verdade, a medicina não pode afastar a morte indefinidamente. A morte finalmente acaba chegando e vencendo. Surge então a obrigação moral de parar o que é medicamente inútil e

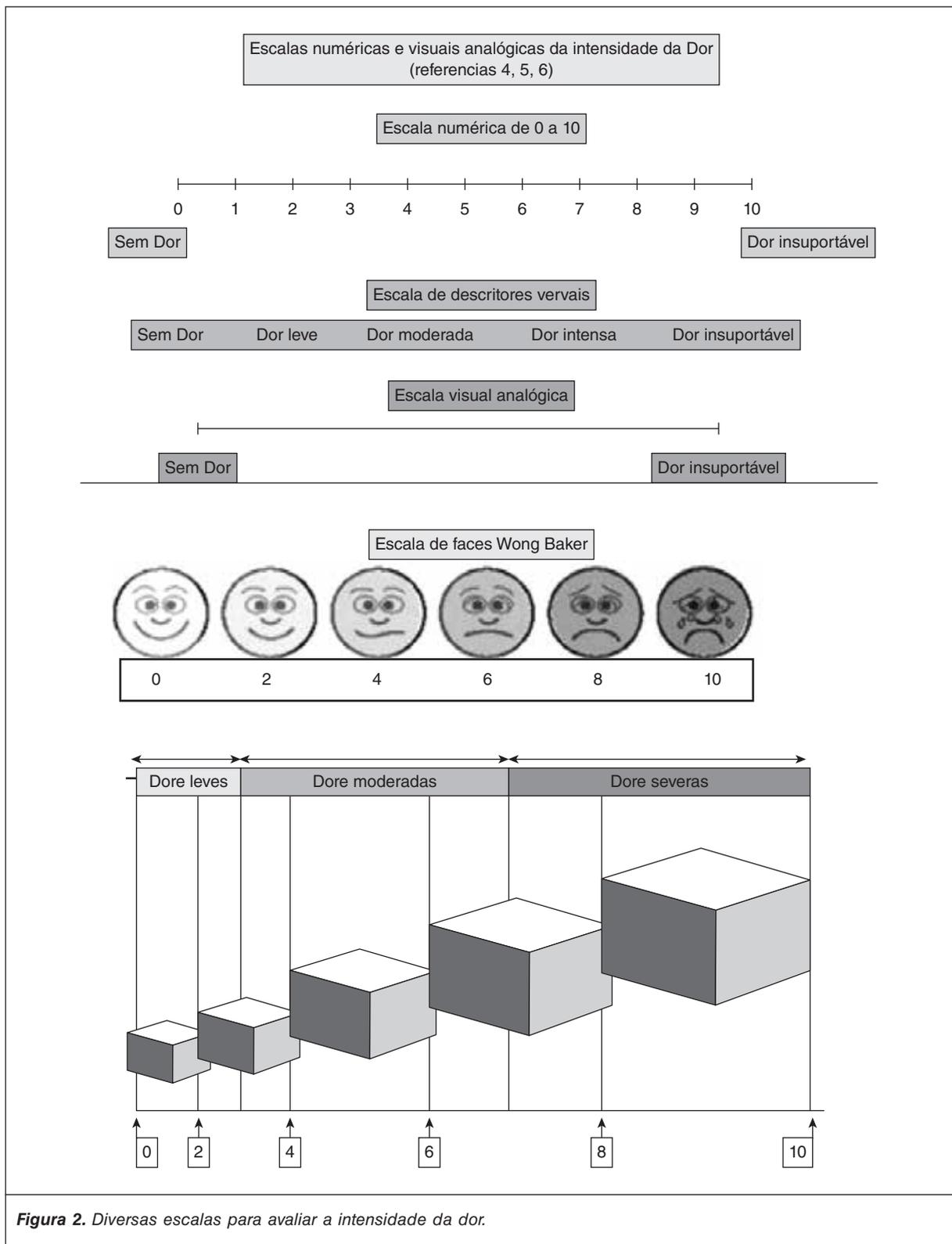


Figura 2. Diversas escalas para avaliar a intensidade da dor.

intensificar os esforços no sentido de amenizar o desconforto do morrer. Na verdade, a medicina orientada para o alívio do sofrimento deve estar mais preocupada com a pessoa doente do que com a doença da pessoa. Nesse sentido cuidar não é o prêmio de consolação pela cura

não obtida, mas sim parte integral do estilo e projeto de tratamento da pessoa a partir de uma visão holística e, por consequência, integral. Neste sentido a relação médico (equipa de saúde)-paciente adquire grande e fundamental importância.



Figura 3. Dor total evidenciada nas sofridas expressões faciais do William, infelizmente já falecido.

Infelizmente, o exercício da medicina tornou-se progressivamente impessoal. O esforço para prolongar a vida por meios artificiais tornou-se uma obsessão científica. A tríade do ser humano – corpo, mente e espírito – foi ignorada, passando-se a cuidar somente do primeiro componente. Na avaliação dos resultados terapêuticos de doenças crônicas e fatais, passou-se a valorizar o tempo de sobrevivência e não a qualidade de vida. Aliás, quando a evolução do processo mórbido desafiava e derrotava todas as intervenções terapêuticas, a equipa médica se retirava do campo deixando o doente entregue ao seu destino, pois nada mais havia a fazer... Esquecíamos muitas vezes que, a atenção e o carinho proporcionam um bem-estar e uma tranquilidade que não se atinge apenas com o recurso à farmacologia e às técnicas científicas.

Importa recordar as avisadas palavras do notável poeta moçambicano, Reinaldo Ferreira: «Somos do tempo de viver aos molhos/Para morrer sozinhos».

Em 1948, David Tasma, um judeu polaco com 40 anos de idade estava a morrer após cirurgia não curativa a um cancro do reto, disse a Cicely Saunders, então uma jovem assistente social de 17 anos, dando-lhe 500 libras: «Quero ser uma janela da casa que vai criar porque eu conheço o que vai no seu pensamento e no seu coração».

Decorrente desta pequena história há um arrastar de reflexões que dará azo a um movimento liderado pela Dra. Cicely Saunders (agora já médica) com o objetivo de tornar digna e confortável a vida restante dos seres humanos que a estavam terminando, isto é: «dar mais vida aos dias do que acrescentar dias à vida».

Este movimento dá origem ao moderno conceito de cuidados paliativos iniciado em 1967, quando a Dra. Cicely Saunders abriu o famoso *St. Christopher's Hospice*, em Londres.

Cuidados paliativos são cuidados ativos e totais aos pacientes com doenças que constituam risco de vida, e suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, num momento em

que a doença do paciente já não responde aos tratamentos curativos ou que prolongam a vida. Muitos aspetos dos cuidados paliativos podem ser também aplicáveis numa fase precoce da doença em conjugação com o tratamento de finalidade curativa.

Segundo definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2002, os cuidados paliativos:

- Proporcionam alívio da dor e de outros sintomas incomodativos e geradores de sofrimento.
- Afirmando a vida e veem a morte como um processo normal.
- A sua intenção não é nem apressar nem adiar a morte.
- Integram os aspetos psicológicos e espirituais dos cuidados aos pacientes e oferecem um sistema de suporte para os ajudar a viver tão ativamente quanto possível até à morte.
- Oferecem um sistema de suporte para ajudar a família a lidar com a doença do paciente e com o período de luto.
- Utilizam uma abordagem em equipa para responder às necessidades dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento durante o período do luto quando necessário.
- Realçam a qualidade de vida e podem influenciar positivamente o decurso da doença.
- São aplicáveis desde cedo no decurso da doença, em conjunto com outras terapias que visam o prolongamento da vida, tal como a quimioterapia ou a radioterapia, e incluem as investigações necessárias para melhor compreender e lidar com os incómodos das complicações clínicas.
- São cuidados fundamentais para que o doente tenha qualidade de vida até ao fim e para que a família tenha a certeza absoluta de que está a ser feito tudo o que pode ser feito.
- Quando não se pode curar, tem de se cuidar, até ao fim.

- Cuidar do doente aliviando as suas dores físicas, psicológicas e espirituais.
- Cuidar de quem cuida, que são normalmente os familiares, mas que também podem ser amigos ou vizinhos.
- Cuidar da família que está perturbada pela doença do seu ente querido.

Para concluir, podemos afirmar que a ética dos cuidados paliativos é a mesma da medicina em geral, onde todos os princípios da bioética se aplicam mais valorizados ainda:

- Respeitar a escolha do doente e, sempre, a sua dignidade (autonomia).
- Fazer o bem (beneficência).
- Evitar/minimizar o mal (não-maleficência).
- Usar criteriosa e equitativamente os recursos disponíveis (justiça).

- Discriminar positivamente em favor dos mais fracos (vulnerabilidade).
 - Curar às vezes
 - Aliviar com frequência
 - Confortar sempre...

Bibliografia

- Association pour le Contrôle de la Douleur des Patients (ACDP). Douleur, Ethique & Droit. Nanterre, França: Prime Time Media Medical; 2001.
- Autret P, Gautier-Pavloff V (coord.). Soins Palliatifs en Équipe: le Rôle Infirmier. Paris, França: Institut Ursa de la Douleur; 2006.
- Barbosa A, Neto IG. Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa, Portugal: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa; 2006.
- Neto IG. Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa, Portugal: Asta Médica; 1997.
- Schwalbach J. Saúde e Medicina: O Eu e o Outro. Maputo, Moçambique: Livraria Universitária, Universidade Eduardo Mondlane; 1998.
- Twycross R. Cuidados Paliativos. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores. 2003.

Paternidades na Luta Contra a Dor.

2.^a Parte

Joaquim J. Figueiredo Lima

O protóxido de azoto

O protóxido de azoto foi isolado («descoberto») em 1772 pelo químico inglês Joseph Priestley (1733-1804). Não lhe atribuiu grande importância, ao contrário do que aconteceu com outros gases que tinha isolado.

Em 1798, Humphry Davy (1778-1829), químico e físico inglês, iniciou a administração de protóxido de azoto nos visitantes do Instituto Pneumático em Bristol (Inglaterra). Observou que as pessoas que inalavam o gás apresentavam modificações comportamentais, tornando-se divertidas e, sobretudo, manifestavam uma incontrolável vontade de... rir! Por isso, designou-o por «gás hilariante»¹.

Contudo, Humphry Davy verificou que a autoinalação de protóxido de azoto lhe aliviava as cefaleias e as odontalgias. Em 1800 escreveu: «O protóxido de azoto parece ser capaz de destruir a dor física durante operações cirúrgicas desde que não haja grande perda de sangue»².

Durante 40 anos, a única razão para a utilização do protóxido de azoto foi ser o meio para se conseguir divertimento. Tudo teria continuado nesta linha se as circunstâncias não tivessem proporcionado coincidências que influenciaram a grande mudança na luta contra a dor!

Gardner Quincy Colton (1814-1898) foi um americano multifacetado: construtor de cadeiras, estudante de medicina durante dois anos, interessado por química e demonstrador dos efeitos do protóxido de azoto, que aprendeu a produzir. As necessidades económicas levaram-no a formar o «Circo do riso». Tratava-se de um tipo de espetáculo onde os atores eram os próprios espetadores... após a inalação de protóxido de azoto.

Em 10 de dezembro de 1844 o «Circo do riso» promoveu um espetáculo em Hartford (Connecticut), uma cidade americana com 13.000 habitantes. Na plateia assistiram ao espetáculo um dentista local, Horace Wells, e a sua esposa, e um droguista, Samuel Cooley.

Cooley decidiu participar no espetáculo. Inalou o gás hilariante e depois dançou, riu-se incontroladamente, caiu e fez um traumatismo sangrante numa perna. Mas continuava a rir e a dançar... Algum tempo depois, começou a aperceber-se do traumatismo e a sentir dor.

Face ao que assistiu, o dentista Horace Wells (1815-1868) marcou com Gardner Colton encontro no seu consultório para o dia seguinte. O objetivo consistia em ser ele próprio a ser submetido a uma extração dentária (o dentista foi John Riggs) sob inalação de protóxido de azoto administrado por Colton. A extração dentária foi realizada sem que Wells sentisse dor! Gardner Colton foi, portanto, o primeiro «anestesiador» a administrar o gás para uma pequena cirurgia estomatológica³.

Embalado por tal sucesso, Colton dedicou-se às extrações dentárias e Wells considerou dever ir mais longe. Para tal, solicitou a um dos mais respeitados cirurgiões americanos da época, John Collins Warren (1778-1856), uma demonstração pública sobre as possibilidades do protóxido de azoto em cirurgia. Em 20 de janeiro de 1845, Horace Wells demonstrou a anestesia com protóxido de azoto no *Massachusetts General Hospital* (Boston).

A demonstração pública foi um rotundo fracasso. Os estudantes de medicina humilharam-no, insultaram-no e agrediram-no!

Ao fazer nova tentativa, em Hartford, administrou uma quantidade excessiva de gás, de tal modo que o doente fez uma possível paragem cardíaca e, por pouco, não morreu. Foi o princípio do fim do dentista Horace Wells e a ele assistiram William Morton e Charles Jackson. Wells estava desacreditado perante a comunidade médica!

Horace Wells tornar-se-ia dependente da inalação de clorofórmio, enlouqueceu e suicidar-se-ia na prisão com a idade de 33 anos!

O cirurgião John C. Warren explicava no *Boston Medical and Surgical Journal* as razões que o levaram a permitir aquela experiência: «A descoberta de um procedimento suscetível de impedir a dor durante as intervenções cirúrgicas é, desde os tempos mais remotos, o desejo mais ardente de todos os cirurgiões!».

A *American Dental Association* (1864) reconheceu que «a honra e o mérito da descoberta da anestesia cabia a Horace Wells» e a *América*

Anestesiologista
Chefe de Serviço
Prof. Aux. Conv. Fac. Med
Lisboa
E-mail: joaquim.lima25@gmail.com

Medical Association cognominou-o «o pai da anestesia» (1870).

O protóxido de azoto continuaria durante muitos anos a desempenhar a função inicial: divertimento e... analgesia para estomatologia.

O éter

Raimundo Lulio (1235-1315) nasceu na ilha de Maiorca, o grande entreposto cultural da época, já que ali se cruzavam diversas culturas: islâmica, judaica e cristã⁴. Foi «*Doctor Illuminatus*», alquimista, criador do catalão erudito e frade franciscano. Terá sido o primeiro a obter o éter, a que deu o nome de «Ácido sulfúrico suave».

Em 1540, Valerius Cordus (1515-1544) descreveu a síntese do «*Sweet Oil of Vitriol*»⁵ e referiu-se a possíveis propriedades medicinais. Quase ao mesmo tempo, Paracelso (1493-1541) citou a atividade hipnótica do éter em animais (galinhas) e as potencialidades analgésicas⁶.

Em 1730, o químico alemão W.G. Frobenius atribuiu ao «*sweet vitriol*» o nome de éter e promoveu a sua divulgação.

A partir de 1800, o éter foi utilizado apenas com objetivos de diversão social («*Ether Folics*»)⁷.

Em 1839, um conjunto de jovens da cidade de Athens (Geórgia) programaram uma festa para inalação de éter. Ao fim de algum tempo de grande diversão e após recuperarem a lucidez, verificaram que um jovem negro assistiu a tudo, divertiu-se com o que viu... mas recusava-se a inalar o éter. Face à insistente recusa, o grupo de jovens forçou-o a inalar o produto por longo tempo. Só ficaram alarmados quando o rapaz negro permaneceu no chão, inconsciente e com grande dificuldade respiratória, isto é, «anestesiado». O receio das consequências daquele procedimento fez com que o transportassem ao consultório do Dr. Sydney Reese. Após os seus cuidados clínicos, o jovem recuperou a consciência e a ventilação e os jovens sofreram um grande susto.

Naquela cidade trabalhava um outro médico, o Dr. Crawford Williamson Long (1815-1878) que, ao conhecer esta história, formulou o seguinte raciocínio: se o éter, acidentalmente, provocou inconsciência e insensibilidade, então seria possível obter o mesmo efeito para prevenir a dor durante as cirurgias. Portanto, em 30 de março 1842, o Dr. Crawford Long utilizou éter para remover um tumor do pescoço de James Venable. O doente manteve-se inconsciente e sem referir dor. Foi a primeira cirurgia sob «anestesia» com éter.

A segunda cirurgia, realizada para amputação de dedos de um rapaz negro, decorreu de acordo com o previsto: inconsciência e analgesia^{8,9}.

Crawford Long só descreveria estes atos médicos alguns anos depois, quando se levantou a polémica sobre a paternidade da anestesia e a recolha da recompensa oferecida pelo congresso americano. Foi demasiado tarde!

Em outubro de 1990, o presidente George Bush decretou, em homenagem a Crawford Long, o dia 30 de março como «*National Doctors Day*», confirmando o que já acontecia desde 1933.

William Thomas Green Morton (1819-1868), dentista de Boston, discípulo de Horace Wells e de Charles Jackson (1805-1880), parece ter estudado durante algum tempo na *Baltimore College of Dental Surgery*.

No dia 16 de outubro de 1846, William Morton convenceu o cirurgião John C. Warren (1778-1856) a permitir que um doente fosse operado sem dor no *Massachusetts General Hospital*, em Boston. Apesar do fracasso recente com Horace Wells, a tentativa foi permitida e agendada. Para administrar o éter («*Letheon*»), utilizou um inalador, constituído por um reservatório de vidro e uma torneira de tonéis, desenhado e construído por Joseph M. Wightman e Nathan B. Chamberlain.

O doente, Edward Gilbert Abbott (1825-1855), um jovem com dezassete anos, ia ser operado a um tumor vascular do pescoço. A expectativa era grande entre a assistência, não tanto pelo atraso de Morton, mas sobretudo quando Morton pronunciou: «*Your patient is ready, sir!*».

A cirurgia decorreu sem que o paciente demonstrasse sofrimento.

Acabava de ser formalizado um dos maiores acontecimentos na história da humanidade! Alguns meses depois, o éter percorreria todas as salas de operações do mundo civilizado!

Jacob Bigelow (1787-1879), cirurgião em Boston, assistiu ao ato e encarregou-se de fazer chegar a notícia do evento à Europa, em carta enviada para Liverpool. A notícia, enviada por via marítima, só ali chegaria no início de dezembro de 1846.

Em 19 de dezembro de 1846, o dentista James Robinson utilizaria, pela primeira vez, a inalação de éter para uma extração dentária em 52 *Gaver Street* (Londres) e, dois dias depois, o cirurgião Robert Liston procederá a uma amputação em *Frederich Churchill* na *University College Hospital*, sendo o éter administrado pelo estudante de medicina William Squires.

Nathan Cooley Keep (1800-1875), médico em Boston e docente na universidade de Harvard, realizava a primeira anestesia para obstetrícia sob inalação de éter, em 7 de abril de 1847, para o parto de Fanny Longfellow, mulher do poeta americano Henry Wadsworth Longfellow, o qual terá participado na administração do éter¹⁰.

Oliver Wendel Holmes (1808-1894), médico, reformador da medicina nos Estados Unidos da América, poeta e ensaísta, assistiu à demonstração de William Morton no *Massachusetts General Hospital* e escreveu-lhe uma carta a 21 de novembro de 1846, na qual afirmava: «*Everybody wants to have a hand in a great discovery. All will do is to give you a hint or two, as to names, or the name, to be applied to the state produced and the agent. The state should, I*

think, be called "Anesthesia". Oliver Holmes concebeu os vocábulos «anestesia» e «anestésico»¹¹.

A 12 de novembro de 1846, William Morton, apadrinhado por Edward Warren, apresentou um relatório ao congresso dos Estados Unidos da América, reclamando o registo da patente pela descoberta e utilização do éter em cirurgia e solicitando a recompensa de 100.000 dólares oferecida pelo congresso americano. A obtenção da recompensa não foi pacífica e jamais seria recebida! Regressou ao congresso em 1852 e em 1854, mas o senado não aprovou a petição. Todavia, o Juiz Shipman, de Nova Iorque, afirmou: «O valor desta descoberta é tão grande que não pode calcular-se em dólares. O seu emprego universal atesta a sua importância!». Por isto, a recompensa prometida nunca foi atribuída a nenhum dos vários pretendentes!^{12,13}.

Clorofórmio

O clorofórmio foi produzido em 1831, simultaneamente em França, por Eugene Soubeiran (1797-1858) e nos Estados Unidos da América, por Samuel Guthrie (1782-1848).

A primeira narcose por clorofórmio seria induzida pelo obstetra escocês James Young Simpson (1811-1870) em si próprio e em alguns amigos, a 4 de novembro de 1847 e, posteriormente, em múltiplos casos de analgesia do parto, de que seriam emblemáticos os dois últimos partos da rainha Victória (Príncipe Leopoldo a 7 de abril de 1853 e Princesa Beatriz a 14 de abril de 1857). Em ambos os casos, o clorofórmio foi administrado por John Snow (1813-1858).

A primeira morte anestésica na sequência de indução por clorofórmio aconteceu a 28 de janeiro de 1848, em Inglaterra. A vítima foi Hannah Greener, uma jovem com 15 anos de idade, que iria ser submetida a cirurgia para «unha encravada de um dedo do pé». Morreu antes do início da cirurgia.

A mortalidade resultante da indução de anestesia por clorofórmio, quando comparada com a mortalidade resultante da indução pelo éter, promoveu o abandono, paulatino, deste agente anestésico^{14,15}.

Cocaína

Três séculos após a colonização do Peru por Pedro Pizarro (1532), as folhas da planta da Coca (*Erythroxylum coca*) chegaram à Europa e delas foi isolada a cocaína (Niemann, 1860).

Em 1884, um jovem oftalmologista austríaco do hospital geral de Viena, Carl Koller (1857-1944), utilizou-a em cirurgia oftalmológica por sugestão de Sigmund Freud (1884). O sucesso obtido após apresentação das suas experiências no congresso oftalmológico da sociedade germânica realizado em Heidelberg a 15 de setembro de 1884 promoveu a cocaína como o primeiro anestésico local¹⁶⁻¹⁸.

Curiosidade: esta comunicação não seria apresentada por Carl Koller mas por um colega oftalmologista de Trieste. Carl Koller não possuía condições económicas para realizar a participação no congresso...

Algumas semanas depois, a cocaína era utilizada como anestésico local para cirurgia oftalmológica na Europa e nos Estados Unidos da América.

Em agosto de 1898, o cirurgião alemão Karl August Bier (1861-1949) efetuou a primeira analgesia raquidiana no *Royal Surgical Hospital* da Universidade de Kiel (Alemanha). A doente foi uma mulher que sofria de tuberculose da articulação coxofemoral e que anteriormente tinha apresentado graves complicações durante anestesia geral. Injetou 15 mg de cocaína intratecal. A cirurgia foi um sucesso, a doente não referiu dor, embora manifestasse cefaleias e vômitos no pós-operatório¹⁹.

Estas duas experiências fariam da cocaína o primeiro anestésico local que seria usado e abusado em todo o mundo durante muitos anos.

Morfina

Friedrich Wilhelm Serturmer (1783-1841), químico alemão, iniciou, em 1803, o trabalho sobre o isolamento de princípios ativos do ópio (*Papaver somniferum*): misturou ópio com amoníaco e surpreendeu-se ao observar cristais que purificou com ácido sulfúrico e álcool. Descreveu os resultados em «*Ueber das Morphinum als Hauptbestandteil des Opiuns*»²⁰, relatando pesquisas sobre os alcaloides do ópio. Isolou um princípio farmacologicamente ativo a que chamou: *Principium Somniferum* (1804-1805). Mais tarde, substituiu esta designação por *Morphium*, em homenagem ao Deus grego dos sonhos, Morfeu, filho de Hipnos, o Deus do sono.

Foi o primeiro alcaloide isolado de uma planta e uma das mais relevantes descobertas na medicina do século XIX^{21,22}.

Anos depois, o químico francês Gay-Lussac sugeriu que a este alcaloide do ópio e a outros isolados por Serturmer fosse anexado o sufixo «*ine*» (em português «*ina*»). Desse modo, foi aceite a atribuição do nome de «*morfina*», tal como seriam aceites os nomes de codeína, heroína, tebaína, etc.

Alguns anos após ter isolado os princípios ativos do ópio, Serturmer realizou uma autoexperiência com morfina e, baseado nos sintomas, entendeu ponderar os riscos da droga, escrevendo a seguinte recomendação: «Considero meu dever chamar a atenção para os efeitos terríveis dessa nova substância a fim de que uma calamidade possa ser evitada!»²³.

Por volta de 1820, a morfina tornou-se disponível nos mercados europeus e americanos, e a sua utilização como analgésico divulgou-se rapidamente em todo o mundo! Com a introdução da seringa e da agulha, esta droga passou a ser

administrada sob a forma subcutânea ou intravenosa, não só para analgesia mas também como droga modificadora do comportamento e geradora de dependência.

Em 1831, a Academia das Ciências de Paris atribuiu a Serturmer o prêmio Montyon pela descoberta da morfina. Merecia-o, ainda, pela descoberta dos princípios ativos de outras plantas. Estavam encontradas as explicações para os mistérios da mandrágora, da beladona e de outras plantas que deixaram de ser ervas diabólicas, para se iniciar a medicina dos alcaloides, como a atropina, a escopolamina e tantos outros.

O ópio deixou de ser o paliativo para o tratamento da dor e, progressivamente, deixou de integrar as farmacopeias da maior parte dos países europeus²⁴.

Conclusão

Desta sintética análise da história da luta contra a dor, não é possível encontrar «o inventor» e, muito menos, «o descobridor» de meios e de técnicas que promovessem a inconsciência e a analgesia durante os atos cirúrgicos.

Ao invés, é possível atribuir «paternidades» no âmbito de técnicas analgésicas com o primeiro anestésico local, a cocaína. Duas razões permitem explicar este facto: a curta distância temporal entre a síntese da cocaína (1860) e sua utilização na clínica (Koller – 1884, Halsted e Hall – 1884, Corning - 1885, Bier – 1898 e Matas – 1899) e, sobretudo, o acesso a publicações científicas que garantiam a divulgação do conhecimento. Tal raciocínio é passível de ser aplicado à morfina.

As sociedades necessitam de símbolos que alimentem sensibilidades individuais ou coletivas, ainda que baseados em falácias. Foi assim desde Hua Tuo, passando por Hanaoka, Esdaille, Wells, Long, Morton ou Simpson.

Não existe, efetivamente, uma personalidade ou um grupo de personalidades a quem seja, historicamente, credível atribuir a paternidade da luta contra a dor e da «anestesia»²⁵ Tudo se integrou no processo evolutivo da humanidade,

onde alguns tiveram o discernimento e a ousadia de ir produzindo e juntando as peças do «puzzle» que levaram ao estado atual da anestesiologia e da medicina da dor.

Bibliografia

1. Smith WDA. A History of Nitrous Oxide and Oxygen Anaesthesia. Part I. Joseph Priestley to Humphrey Davy. *Br J Anaesth*. 1965;37:790.
2. Davy H. Researches, Chemical and Philosophical - chiefly concerning Nitrous Oxide, and its Respiration. Ed. Johnson. 1800.
3. Smith GB. Gardner Quincy Colton: Pioneer of Nitrous Oxide Anesthesia. *Anesth Analg*. 1991;72:382-391.
4. Ecco H. À Busca da Língua Perfeita. Barcelona. Ed. Critica. 1994.
5. Bause GS. Cordus's synthesis of Ether. *Anesthesiol*. 2009;111(4):804.
6. Gravenstein JS. Paracelsus and his contributions to Anesthesia. *Anesthesiology*. 1965;26(6):805-11.
7. Ford WW. A Prelude to Ether Anesthesia. *The New Engl J Med*. 1944;231(6):219.
8. Lewis JH. Contribution of unknown Negro to Anesthesia. *J Natl Med Assoc*. 1931;23(1):23-4.
9. Reis Junior A. O Primeiro a Utilizar Anestesia em Cirurgia não foi um dentista, foi o médico Crawford Williamson Long. *Rev Brasil Anesthesiol*. 2006;56(3):304-24.
10. Guralnick WC. Keeping ether "en-vogue": the role of Nathan Cooley Keep in the history of Ether Anesthesia. *J Oral Maxillofacial Surg*. 2011;69(7):1892.
11. Fenster JM. Mavericks, Miracles and Medicine. Ed. Carrol and Graf Publ. New York. 2003.
12. Davison Armstrong MH. The Evolution of Anesthesia. *Br Med J*. 1958;30:495.
13. Walker A, Mashour G. A Brief History of Sleep and Anesthesia. *Internat Anesth Clin*. 2008;46(3):1-10.
14. Wawersick J. History of Chlorophorm Anesthesia. *Anesthesiol Reanim*. 1997;22 (6):144-2.
15. McKenzie AG. The Bicentenary of James Young Simpson (1811-1870). *Anaesthesia*. 2011;66(6):4-440.
16. Calatayud J, Gonzalez A. History of the Development and Evolution of Local Anesthesia. *Anesthesiology*. 2003;98(6):1503-8.
17. Ball C, Westhorpe R. Local Anaesthesia-Freud, Koller and Cocaine. *Anaesth Intens Care*. 2003;31(3):249.
18. Reis A Jr. Sigmund Freud (1856-1939) e Karl Koller (1857-1944) e a descoberta da Anestesia Local. *Rev Bras Anesthesiol*. 2009;59 (2):244-57.
19. Wulf HFW. The Centennial of Spinal Anesthesia. *Anesthesiology*. 1998;89(2):500-6.
20. Serturmer FW. Ueber das Morphiun als Hauptbestandteil des Opiuns. *Gilbert's Annalen der Physilc*. 1817;55:56-89.
21. Hamilton GR, Baskett T. In the Arms of Morpheus: the development of Morphine for postoperative pain relief. *Can J Anesth*. 2000;47(7):367-74.
22. Bause GS. Serturmer crystallizes Morphine. *Anesthesiol*. 2009;111(6):1307.
23. Duarte DF. Uma Breve História do Ópio e dos Opióides. *Rev Bras Anesthesiol*. 2005;55(1):135-46.
24. Warolin S. The Opiate Pharmacopeia in France from origins to the 19th century. *Rev Hist Pharm (Paris)*. 2010;58(365):81-90.
25. Perez-Cajarville J et al. El Dolor y su Tratamiento a través de la Historia. *Rev Soc Esp Dolor*. 2005;12:373-84.

Dor Após Terapia no Cancro de Mama

Ana Agrelo^{1,2}, Manuela Machado^{1,3}, Paula Silva^{1,4}, Susana Pereira⁵,
Teresa Dias⁶ e Rosa Maria Fragoso¹

Resumo

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o cancro de mama é o tumor mais frequente no sexo feminino, correspondendo a 16% de todos os cancros nas mulheres. Cerca de 70% das doentes com cancro de mama, em alguma fase da sua doença oncológica, apresentam dor. Esta pode ser consequência não só da doença, mas também dos tratamentos da mesma, sendo causa de incapacidade e sofrimento.

A avaliação e orientação das doentes por uma equipa multidisciplinar tem também como objetivo, a identificação de fatores de risco para o desenvolvimento de dor, o diagnóstico precoce dos diferentes quadros dolorosos assim como o seu tratamento atempado e numa forma protocolizada.

Os autores, neste artigo, realizaram uma revisão teórica dos quadros dolorosos mais frequentes nos doentes submetidos a tratamento por cancro mama.

Palavras-chave: Cancro de mama. Dor crónica. Neuralgia intercostobraquial. Ombro congelado.

Abstract

Breast cancer is the most frequent cancer in women, being responsible for 16% of all cancers (data from O.M.S.). About 70% of all patients with breast cancer have pain in same phase of the disease. Pain can be a consequence of the cancer but also of the treatment, and is the cause of incapacity and suffering.

Evaluation and orientation by a multidisciplinary approach is very important to identify the risk factors, diagnosis, and treatment of this problem in order to quickly establish a correct treatment (using protocols if necessary).

The authors did a theoretic review of the most frequent types of pain in patients treated for breast cancer.

(Dor. 2013;21(4):17-21)

Corresponding author: Ana Agrelo, ana.agrelo9@mail.com

Key words: Breast cancer. Chronic pain, intercostobrachial neuropathy, Frozen shoulder.

Introdução

Segundo a OMS, o cancro da mama é o tumor mais frequente no sexo feminino, correspondendo a 16% de todos os cancros nas mulheres. A incidência tem vindo a aumentar como resultado do incremento da esperança média de vida, urbanização e adoção de modos de vida ocidentais. O diagnóstico cada vez mais precoce e a evolução dos tratamentos, nomeadamente cirúrgicos, de radioterapia (externa e braquiterapia), de quimioterapia e hormonoterapia, conduziram a um aumento da sobrevivência mediana dos doentes com cancro da mama¹.

Cerca de 70% dos doentes com cancro em alguma fase da sua doença oncológica referem dor. Esta pode ser consequência não só da doença, mas também dos tratamentos da mesma. Frequentemente, o tratamento da dor motivada pelos tratamentos da doença oncológica é desvalorizado, quer pelos profissionais de saúde, quer pelos próprios doentes.

A incidência de cancro de mama na sub-região norte, segundo os dados do Registo Oncológico Regional do Norte (RORENO), foi de 99,9/100.000 habitantes.

Citando os dados do RORENO, no ano de 2010, no IPO-Porto, foram observadas 1.379 doentes do sexo feminino com o diagnóstico de novo de cancro da mama, correspondendo essas doentes a 40% das mulheres admitidas nessa instituição nesse ano, com o diagnóstico de novo de neoplasia maligna.

A dor, após terapia do cancro da mama, é frequente, sendo causa de incapacidade e sofrimento nestas doentes. O seu reconhecimento precoce é fundamental para evitar a cronicidade.

¹Unidade de Estudo e Tratamento da Dor

²Serviço de Anestesiologia

³Serviço de Oncologia Médica

⁴Unidade de Cuidados Continuados

⁵Serviço de Neurologia

⁶Serviço de Oncologia Cirúrgica

Instituto Português Oncologia (IPO), EPE
Porto

E-mail: ana.agrelo9@mail.com

No entanto, os seus determinantes, magnitude e evolução ao longo do tempo, não está suficientemente caracterizado. Está a decorrer no IPO-Porto um estudo epidemiológico prospetivo de caracterização da dor neuropática em doentes com cancro da mama.

Tratamentos realizados em doentes com cancro de mama

O tratamento cirúrgico no cancro da mama compreende o tratamento locoregional (mama e gânglios linfáticos). Com os avanços terapêuticos e um maior número de doentes com o diagnóstico de cancro da mama em estádios mais precoces, as técnicas cirúrgicas conservadoras têm vindo a ganhar terreno. Sempre que executável, e seja essa vontade da doente, é realizada a tumorectomia alargada (exérese do tumor com margens livres de doença), com preservação do resto da mama. Para o estadiamento ganglionar é realizado, na maioria dos casos, a pesquisa do gânglio sentinela, sendo o esvaziamento axilar reservado para os casos em que há metástases ganglionares clínicas e/ou comprovadas por citologia ou quando a pesquisa do gânglio sentinela é positiva.

Nos casos em que não é possível conservar a mama (exemplos: doença extensa, doença multifocal e/ou multicêntrica, doentes com contra-indicações para radioterapia) é realizada uma mastectomia. Esta consiste na remoção de toda a glândula mamária e da fáscia do grande peitoral, conservando-se os músculos grande e pequeno peitoral, designando-se por mastectomia total com ou sem biópsia do gânglio sentinela. Quando é realizada concomitantemente a uma linfadenectomia axilar, designa-se por mastectomia radical modificada.

Os tratamentos médicos podem ser neoadjuvantes (antes da cirurgia) ou adjuvantes (após a cirurgia). A quimioterapia neoadjuvante está maioritariamente reservada para os estádios avançados (localmente avançados ou metastizados) ou quando se pretende reduzir o tamanho do tumor e melhorar as condições para a abordagem cirúrgica (e, em algumas situações, pode ser possível uma cirurgia conservadora).

A cirurgia é o tratamento curativo do cancro da mama. Os tratamentos adjuvantes de quimioterapia, hormonoterapia e/ou radioterapia (externa e/ou braquiterapia) aumentam a sobrevivência das doentes.

A radioterapia adjuvante é realizada na grande maioria das doentes submetidas a cirurgia conservadora, independentemente do *status* ganglionar. As doentes que foram submetidas a mastectomia com esvaziamento axilar, no qual foram isolados gânglios metastizados, realizam também, na sua maioria, radioterapia adjuvante.

Dor crónica secundária aos tratamentos cirúrgicos no cancro da mama

A dor é um fenómeno complexo, multidimensional, que envolve aspetos fisiológicos, bioquímicos,

psicossociais e comportamentais. Foi definida pela *International Association for the study of Pain* (IASP) como «uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial, mas também um componente emocional, e associa-se a uma lesão tecidual concreta ou potencial ou é descrita em função dessa tal lesão».

A dor pode ser classificada de várias formas, nomeadamente, de acordo com a sua localização temporal ou com o seu mecanismo desencadeante. A classificação temporal classifica a dor em aguda ou crónica. A dor aguda está relacionada temporalmente com uma lesão causadora, isto é, deverá desaparecer durante o período esperado de recuperação do evento que a causou; poderá durar minutos, algumas semanas ou até meses (três a seis meses). A dor crónica é aquela que ultrapassa o período usual de recuperação esperado para a causa desencadeante (três a seis meses, variando com os autores).

A classificação fisiopatológica da dor baseia-se nos mecanismos dolorosos desencadeantes, podendo ser, de acordo com estes, nociceptiva ou não nociceptiva. A dor nociceptiva resulta da ativação de nociceptores através de estímulos dolorosos, os quais podem ser mecânicos, térmicos ou químicos. Pode ser ainda sub-dividida em dor somática e visceral. A dor somática é habitualmente definida como uma sensação dolorosa bem localizada, de acordo com a lesão inicial, contínua, muitas vezes agravando a sua intensidade com o movimento (exemplo: dor musculoesquelética); a dor visceral é provocada por distensão de uma víscera, sendo habitualmente mal localizada e até por vezes referida a outros locais.

A dor não nociceptiva pode ser neuropática ou psicogénica. A dor neuropática resulta de lesão ou disfunção do sistema nervoso central (SNC) ou do sistema nervoso periférico (SNP), podendo ser episódica, temporária ou crónica, sendo descrita pelos doentes de várias formas, nomeadamente como queimor, agulhadas, fisgadas, adormecimento, entre outras definições. A dor psicogénica é um diagnóstico de exclusão, considerando-se que é a dor que existe quando nenhum mecanismo nociceptivo ou neuropático pode ser identificado, e há sintomas psicológicos para o estabelecimento de critérios psiquiátricos estabelecidos na classificação DSM-IV.

A dor crónica secundária ao tratamento cirúrgico² no cancro de mama pode ser nociceptiva, resultante da lesão de músculos e/ou ligamentos, ou neuropática, conseqüente a lesões ou disfunção do sistema nervoso. O tipo dor crónica mais frequentemente observada nas doentes com antecedentes de carcinoma da mama submetidas a cirurgia é a dor neuropática.

Dor neuropática

Nevralgia do intercostobraquial

A nevralgia do intercostobraquial^{2,3} é definida como a dor e alterações sensitivas no trajeto do

nervo intercostobraquial. A lesão deste nervo constitui a etiopatogenia deste síndrome doloroso. O intercostobraquial é um nervo sensitivo que atravessa a musculatura da parede torácica, sendo responsável pela sensibilidade do ombro e da parte proximal do braço. Na axila, está junto aos gânglios linfáticos e, por esse motivo, pode e é frequentemente lesado na linfadenectomia axilar. A lesão deste nervo pode ser também provocada ou agravada pela radioterapia.

Têm sido desenvolvidos estudos sobre a importância de técnicas cirúrgicas^{4,5} com preservação do nervo intercostobraquial, contudo à data o uso dessas técnicas não é consensual, até porque pode comprometer a execução do esvaziamento axilar. Salienta-se ainda que a nevralgia do intercostobraquial pode ser provocada por lesão ou estiramento de pequenos ramos do nervo, já que este apresenta uma grande variabilidade anatómica.

A frequência estimada em diferentes estudos deste síndrome, em doentes submetidas a cirurgia mamária varia entre 20-50%. Após cirurgia mamária, a nevralgia do intercostobraquial define-se como uma dor homolateral à cirurgia efetuada, localizada na face anterior do tórax, ombro e face medial do braço. A maior parte dos autores considera-a crónica quando persiste mais de três meses após cirurgia. Caracteriza-se por uma sensação de queimadura, com episódios de paroxismos lancinantes como choque elétrico. Pode ocorrer alodinia, ou seja, pode ocorrer dor com estímulos que habitualmente não a provocam, sendo frequente estas doentes referirem dor de grande intensidade com o simples contacto com a roupa ou o toque. No exame neurológico, há alterações sensitivas no território do nervo.

A idade inferior a 35 anos^{6,7} é um dos fatores de risco mais consensual na literatura para o aparecimento deste quadro doloroso. Tal facto pode estar associado a uma série de fatores, como maior agressividade do tumor, maior sensibilidade dolorosa ou diminuição do limiar da dor, componente emocional, entre outros, no grupo das mulheres mais novas.

Quanto à técnica cirúrgica, estudos recentes sugerem que o fator de risco para o desenvolvimento de dor é a abordagem da axilar⁸, independentemente da cirurgia ser conservadora ou radical. Também a linfadenectomia axilar seletiva, ou seja a retirada unicamente do gânglio sentinela⁹, constitui fator de risco, ainda que menor. Consensual é também que o deficiente controlo da dor no pós-operatório imediato^{10,11} favorece o desenvolvimento de dor crónica.

Existem numerosas escalas que ajudam a estabelecer o diagnóstico de dor neuropática. Nenhuma delas está validada para dor oncológica. A *Douleur neuropatique en quatre questions* (DN4) apresenta uma sensibilidade e especificidade de 80-90%. Validada para português, é a utilizada na Unidade de Estudo e Tratamento da Dor (UETD).

O algoritmo do tratamento da dor neuropática inclui fármacos em monoterapia de primeira linha

em doses crescentes (pregabalina, gabapentina, antidepressivos tricíclicos ou inibidores seletivos da recaptação de serotonina). Se obtivermos uma resposta parcial, podemos introduzir um segundo fármaco de primeira linha. Se a terapêutica inicial for mal tolerada ou ineficaz, podemos realizar a mudança de um dos fármacos de primeira linha a outro deste grupo. Se, ainda assim, não obtivermos os resultados esperados, realizamos a introdução de tramadol ou até opióides major¹².

Se existir sintomatologia de alodinia, a colocação de pensos de lidocaína a 5% pode ser uma alternativa terapêutica, mas em Portugal ainda não estão comparticipados, o que é um obstáculo para muitas das doentes. Utilizam-se técnicas de intervencionismo nas situações que não respondem à terapêutica antes indicada ou com aparição de efeitos secundários intoleráveis.

A escolha de um ou outro dos fármacos, dentro do grupo de fármacos de primeira linha, vai depender dos seus potenciais efeitos adversos para o doente que estamos a tratar, interação com outras drogas, comorbilidade, custos, potencial de abuso de medicação. A combinação de terapia pode induzir analgesia mais rapidamente. Esta combinação deve ser pesada, tendo em conta a possibilidade de efeitos adversos aditivos, interações, aumento dos custos e diminuição de adesão a terapêuticas mais complexas.

Neuroma^{13,14}

A tumorectomia ou mastectomia podem provocar neuromas por sequestro de neurónios na cicatriz cirúrgica. Os axónios sequestrados podem provocar dor e alterações da sensibilidade na cicatriz. Nesses casos, no exame neurológico há dor com a percussão (sinal de Tinel positivo).

Dor da mama fantasma^{15,16}

É importante diferenciar a sensação de mama fantasma em que o doente tem a sensação de que a mama operada ainda está presente, da dor de mama fantasma, em que a doente sente que a mama está presente e tem dor. A dor da mama fantasma acontece pelos mesmos motivos que acontece a dor fantasma na amputação dos membros. O cérebro continua enviando sinais aos nervos da mama excisada que foram cortados durante a cirurgia, ainda que a mama já não esteja presente.

Outras lesões nervosas^{13,14}

Lesões nervosas provocadas por tração ou lesões diretas de nervos.

A lesão dos nervos peitoral medial e peitoral lateral resulta em paralisia do músculo peitoral maior e, conseqüentemente, dor secundária, com alterações tróficas da parede torácica.

Na lesão do nervo toracodorsal, ocorre a paralisia do músculo grande dorsal com conseqüente



Figura 1. Fotografia cedida pelo Serviço de Medicina Física e Reabilitação IPO-Porto.

dificuldade em abdução e rotação interna do braço.

A lesão do nervo longo torácico condiciona a paralisia do músculo serrátil anterior e dá origem a dor do ombro em repouso. No exame neurológico, observa-se o sinal da escápula alada, quando se pede à doente para esticar os braços (Fig. 1).

Dor somática: ombro doloroso

Grande parte das mulheres submetidas a cirurgia por cancro de mama apresenta alterações da amplitude do movimento e dor no ombro ipsilateral à cirurgia. O grau de incapacidade relaciona-se com a dimensão da abordagem cirúrgica local e regional, o tratamento de radioterapia, a ocorrência de infeções locais, o défice muscular provocado pela excisão dos músculos grande e/ou pequeno peitoral ou com a fadiga presente neste tipo de doentes. A dor e o medo, ajudam também a explicar que, em certos casos, os exercícios aconselhados no domicílio, após a cirurgia, não sejam bem executados pelas doentes, o que pode levar ao desenvolvimento de capsulite adesiva ou ombro congelado¹⁷.

A capsulite adesiva (ou ombro congelado) é uma entidade clínica que se caracteriza por dor de predomínio noturno e dificuldade em dormir sobre o ombro afetado. Há também dor na execução das atividades do quotidiano. Existe limitação da amplitude da mobilidade ativa e passiva do ombro, especialmente na abdução e rotação externa.

Fisiopatogenicamente, trata-se de uma resposta inflamatória crónica na articulação gleno-humeral que provoca proliferação fibroblástica. Pode ser primária (idiopática) ou secundária.

A capsulite adesiva pós-cirurgia por cancro da mama ocorre em 15% das doentes e é de difícil resolução, sendo por isso fundamental uma orientação precoce pela medicina física e reabilitação (como assim é realizado no IPO-Porto). Esta orientação tem como objetivo informar e ensinar quais os exercícios que as doentes devem realizar em ambulatório e vigiar as doentes, de

modo a tentar evitar, ou se tal não for possível, detetar precocemente este quadro clínico. Uma vez instaurado o quadro, o tratamento inclui a fisioterapia, AINE e corticoterapia em situações mais graves. Em alguns casos, o bloqueio do nervo supraescapular como coadjuvante do tratamento do ombro congelado tem-se mostrado uma ferramenta útil. O nervo supraescapular realiza a inervação sensitiva do 70% do ombro^{18,19}. O seu bloqueio permite, pela ausência de dor, a realização de fisioterapia eficaz, eliminação dos mecanismos de cronificação da dor e eventual efeito anti-inflamatório, se é realizado a injeção de corticoide.

Complicações da radioterapia

A plexopatia braquial^{20,21} é provocada pela lesão neuronal e, indiretamente, por lesão microvascular ou vasoconstrição induzida pela fibrose radiogénica. O processo de fibrose é um processo lento, sendo que a plexopatia pode surgir precocemente após seis meses (raro) ou mais frequentemente 15 a 20 anos após o término da radioterapia.

Caracteriza-se por alterações da sensibilidade como hipoestésias e parestésias, debilidade muscular, diminuição dos reflexos osteotendinosos, dor e edema do membro superior. É importante distinguir plexopatia radiogénica de plexopatia por recidiva tumoral. A dor auxilia nesta diferenciação, já que é mais frequente e intensa na plexopatia por recidiva tumoral. A RMN do plexo braquial é o exame complementar de diagnóstico de eleição para este diagnóstico diferencial.

O tratamento da plexopatia braquial passa por seguir o esquema algorítmico já definido para a dor neuropática. Especial importância tem neste tipo de situações a realização de fisioterapia.

Complicações da quimioterapia

A neuropatia periférica induzida pela quimioterapia é um fenómeno comum, resulta da lesão dos nervos periféricos pelos quimioterápicos e provoca limitações sérias nas atividades diárias e qualidade de vida das doentes. No cancro da mama, os quimioterápicos mais frequentemente envolvidos na neuropatia periférica são os taxanos²² (paclitaxel e docetaxel).

A sintomatologia²³ que as doentes referem é a sensação de formigueiro ou adormecimento que começa nas extremidades das mãos e/ou pés e que pode, gradualmente, estender-se aos braços e/ou pernas. Pode ocorrer dor neuropática, descrita como «picos», sensação de queimadura ou choque elétrico. Mais raramente, há um componente motor com falta de forças, provocando dificuldades na marcha e em tarefas simples como apertar botões. No exame neurológico, constata-se alterações sensitivas, em luva e peúga, diminuição/abolição dos reflexos osteotendinosos e, quando há atingimento motor, diminuição de força distal.

Os sintomas, habitualmente surgem alguns dias pós a administração do fármaco. A gravidade da

polineuropatia depende do agente efetuado (o risco de ocorrência de polineuropatia e a sua gravidade é menor com o docetaxel vs paclitaxel), da dose e da presença de outras doenças como diabetes ou alcoolismo²².

Na avaliação da neuropatia, deverá ser realizada através do exame neurológico, existindo também escalas/questionários, nomeadamente o *Total Neuropathy Score* (TNS), o *Brief Pain Inventory* (BPI), o *EORTC quality of life questionnaire to assess chemotherapy induced peripheral neuropathy* (QLQ – CIPN 20), o *Patient Neurotoxicity Questionnaire* (PNQ), entre outros^{24,25}.

Quando ao tratamento²³ desta síndrome, é multimodal, envolvendo medidas não farmacológicas como a medicina física e reabilitação e a psicoterapia e medidas farmacológicas. Há poucos ensaios farmacológicos na polineuropatia secundária à quimioterapia. Quando há dor neuropática decorrente da polineuropatia, os clínicos utilizem fármacos aprovados no tratamento da neuropatia periférica de outras etiologias, nomeadamente os anticonvulsivantes (exemplos: gabapentina, pregabalina, lamotrigina), os antidepressivos tricíclicos (ex: amitriptilina) e inibidores seletivos da serotonina-norepinefrina (ex: duloxetine), e os analgésicos (exemplos: tramadol e morfina)²⁶⁻²⁹.

Atualmente, não há fármacos neuroprotetores para prevenção da polineuropatia secundária à quimioterapia. Há no entanto alguns estudos a decorrer (Nota: faz-se referência a um estudo fase 2 em que um suplemento de vitamina E parece diminuir o risco de neuropatia periférica induzida pelo paclitaxel)³⁰.

O prognóstico depende da gravidade da polineuropatia²³. Habitualmente há recuperação, embora lenta, desde que se possa parar a quimioterapia. Infelizmente, em muitas doentes a recuperação é apenas parcial e a persistência dos sintomas limita muito a qualidade de vida das doentes, como previamente referido.

Conclusão

A multidisciplinariedade do tratamento da doença oncológica é fundamental na abordagem das doentes que têm ou tiveram cancro da mama. A dor está muitas vezes presente nestas doentes como consequência da doença e/ou dos tratamentos da mesma. A definição de estratégias de abordagem individuais para cada doente, a identificação de fatores de risco e, se possível, a correção dos mesmos poderão ajudar na prevenção, diagnóstico mais precoce e/ou tratamento dos diferentes quadros dolorosos, deste modo contribuindo para o aumento da qualidade de vida das doentes, o que é essencial em oncologia.

Bibliografia

1. Bastos J, Barros H, Lunet N. Evolução da mortalidade por cancro da mama em Portugal (1995 - 2002). *Ata Médica Portuguesa*. 2007;20:139-44.

2. Smith W, Bourne D, Squair J, Phillips D, Chambers W. A retrospective cohort study of post mastectomy pain syndrome. *Pain*. 1999;83:91-5.
3. Stubblefield M, Custodio C. Upper extremity pain disorders in breast cancer. *Arch Phys Med Rehabil*. March 2006;87(1):S96-S99.
4. Salmon RJ, Ansquer Y. Preservation versus section of intercostal-brachial nerve in axillary dissection for breast cancer: a prospective randomize trial. *Eur. J. Surg. Oncol*. 1998;24(3):158-61.
5. Torresan Rz, Cabello C. Impacto of the preservation of the intercostal-brachial nerve in axillary lymphadenectomy due to breast cancer. *Breast J*. 2003;9(5):389-92.
6. Rune Gartner MD, Maj-Britt Jensen MS, et al. Prevalence of and factors associated with persistent pain following breast cancer surgery. *JAMA*, November. 2009;302:18.
7. Tasmuth T, Kataja M, Blomqvist C, Smitten K, Kalso E. Treatment-related factors predisposing to chronic pain in patients with breast cancer. *Ata Oncológica*. 1997;36(6):625-30.
8. Chronic pain after surgery or injury. 2011;XIX issue I, IASP.
9. Miguel R, Kuhn AM, Shons AR, et al. The effect of sentinel node selective axillary lymphadenectomy pain syndrome. *Cancer control*. 2001;8:427-30.
10. Chang S, Mehta V, Langford R. Acute and chronic pain following breast surgery. *Acute Pain*. 2009;11:1-14.
11. Tasmuth T, Von Smitten K, Kalso E. Pain and other symptoms during the first year after radical and conservative surgery for breast cancer. *British Journal of Cancer*. 1996;74:2024-31.
12. Dworkin R, O'Connor A, et al. Pharmacologic management of neuropathic pain: evidence based recommendations. *Pain*. 2007;132:237-51.
13. Wallace M, Wallace A, et al. Pain after breast surgery: a survey of 282 women. *Pain*. 1996;66:195-205.
14. Jung B, Ahrendt G, Oaklander A, Dworkin R. Neuropathic pain following breast cancer surgery: proposed classification and research update. *Pain*. 2003;104:1-13.
15. Dijkstra P, Rietman J, et al. Phantom breast sensations and phantom breast pain: a 2-year prospective study and a methodological analysis of literature. *European journal of pain*. 2007;11:99-108.
16. Bjorkman B, Arnér S, et al. Phantom Breast and other syndromes after mastectomy: eight breast cancer patients describe their experiences over time: a 2-year follow-up study. *The journal of pain*. 2008;9(11):1018-25.
17. Lahoz M, Nyssen S, Correia G, Garcia A, Driusso P. Functional capacity and quality of life in women after mastectomy. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2010;56(4):423-30.
18. Karatas GK, Meray J, et al. Supraescapular nerve block for pain relief in adhesive capsulitis. Comparison of two different techniques. *Arch phys med Rehabil*. 2002;83:593-597.
19. Mercandante S, Sapio M, Villari P, et al. Supraescapular nerve block by catheter for breadthought shoulder cancer pain. *Reg Anesth*. 1995;20:343-6.
20. Johansson S, Svensson H, Larsson LG, Denekamp J. Brachial plexopathy after postoperative radiotherapy of breast cancer patient a long-term follow-up. *Ata Oncológica*. 2000;39(3):373-82.
21. Johansson S. Radiation induced brachial plexopathies. *Ata oncológica*. 2006;45:253-57.
22. Kaley TJ, Deangelis LM. Therapy of chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *British Journal of Haematologia*. 2009;145(1):3-14.
23. Loprinzi C, Paice J. Neuropathic Pain From Chemotherapy in Cancer: Diagnosis & Treatment Dilemmas. *Who Pain & Palliative Care Communications Program*. 2008;21:1-2.
24. Postma TJ, Aaronson NK, Heimans JJ, et al. The development of an EORTC quality of life questionnaire to assess chemotherapy-induced peripheral neuropathy: the QLQ- CIPN 20. *European Journal Cancer*. 2005;41(8):1135-9.
25. Kuroi K, Shimozuma K, Ohashi Y, et al. Prospective assessment of chemotherapy - induced in breast cancer (HOR 2) and questionnaire survey of physicians' perspectives. *ASCO Meeting Abstract*. *J Clinical Oncology*. 2007;25(18 s):6619.
26. SNRI duloxetine reduced Pain in chemotherapy- induced Peripheral neuropathy. *Abstract CRA*. 2013; ASCO 2012.
27. Rao RD, Michalak JC, Sloan JA, et al. Efficacy of gabapentin in the management of chemotherapy - induced peripheral neuropathy: a phase 3 randomized, double-blind, placebo- controlled, crossover trial (N00C3). *Cancer*. 2007;110(9):2110-8.
28. Kautio AL, Haanpaa M, Saarto T, et al. Amitriptyline in the treatment of chemotherapy- induced neuropathic symptoms. *J Pain Symptom Manage*. 2008;35:31-9.
29. Rao RD, Flynn PJ, Sloan JA, et al. Efficacy of lamotrigine in the management of chemotherapy induced peripheral neuropathy: a phase 3 randomized, double blind, placebo- controlled trial, N01C3. *Cancer*. 2008;112(12):2802-8.
30. Argyriou AA, Chronic E, Koutras A, et al. Prevention paclitaxel induced peripheral neuropathy a phase II trial of vit E supplementation. *J Pain Symptom Manage*. 2006;32(3):237-44.

Dor na Criança com Paralisia Cerebral

Catarina Matos¹ e Clara Loff²

Resumo

Introdução: A presença de dor na criança com paralisia cerebral (PC) não é ainda suficientemente conhecida entre os profissionais de saúde. Os compromissos motor e/ou cognitivo associados dificultam a sua comunicação e o seu reconhecimento.

Objetivos: Conhecer a prevalência, a etiologia, as estratégias diagnósticas e de tratamento.

Material e Métodos: Revisão de artigos publicados na base científica *Pubmed* entre 2000 e 2012, utilizando para pesquisa os termos MeSH «pain» and «cerebral palsy» and »children».

Resultados: A dor na criança com PC tem uma prevalência entre 60 e 78%. Os estudos não encontraram correlação entre a gravidade do compromisso motor ou a topografia da PC e a dor. Entre as causas orgânicas, estão implicadas condições ortopédicas (subluxação da anca, *patella* alta, escoliose), neuromusculares (espasticidade, neuropatias compressivas, radiculopatias), gastro-intestinais (refluxo gastro-esofágico, gastrite, obstipação, gastrostomia), estomatológicas e otorrinolaringológicas (cáries dentárias, otites) e traumáticas. Entre fatores de atividade e mobilidade, os alongamentos assistidos, o ortostatismo e a marcha assistidos, o posicionamento inadequado em cadeira estão associados a dor. A avaliação da presença de dor é dificultada pelo compromisso frequente da sua comunicação verbal. O autorrelato constitui o *gold-standard* e deve ser pesquisado sistematicamente sempre que possível, auxiliado por escalas verbais (ex. Escala visual analógica, Escala de faces). Quando o compromisso cognitivo ou da fala é moderado a grave, são necessários instrumentos não-verbais para idade pediátrica. Os métodos aumentativos e alternativos de comunicação são muito úteis. As intervenções cirúrgicas são frequentes na PC. A abordagem anestesiológica peri-operatória tem particularidades que se sintetizam. Sumariam-se os princípios gerais do tratamento, que deve ser multidisciplinar.

Discussão e Conclusões: A dor é uma problemática importante da PC, que tem início frequente na infância. O não reconhecimento conduz aos subdiagnóstico e subtratamento, predispondo para dor persistente na idade adulta. É fundamental que os profissionais de saúde reconheçam esta condição.

Palavras-chave: Paralisia Cerebral. Dor. Criança. Avaliação. Tratamento.

Abstract

Introduction: The occurrence of pain in the child with cerebral palsy (CP) is not sufficiently known among health professionals. The motor or cognitive compromises potentially associated with CP make the communication and recognition of pain difficult.

Objectives: Knowledge of prevalence, etiology, and diagnostic and treatment strategies.

Material and methods: A review of articles published between 2000 and 2012 in the PubMed database, using MeSH search terms “pain” and “cerebral palsy” and “children”.

Results: Prevalence of pain in the child with PC varies between 60 and 78%. No statistically significant relationship was identified between the gross motor function classification system score or CP topography and pain. Among organic causes identified, there are varied conditions such as orthopedic (hip subluxation, *patella alta*, scoliosis), neuromuscular (spasticity, compressive neuropathy, radiculopathy), gastrointestinal (gastroesophageal reflux, gastritis, constipation, gastrostomy), stomatological and otorhinological (dental caries, otitis) and traumatic. Among activity and mobility factors, assisted stretches, assisted orthostatism

¹Interna de Medicina Física e de Reabilitação
Hospital de São José

Centro Hospitalar de Lisboa Central

²Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Física
e de Reabilitação

Hospital Dona Estefânia

Centro Hospitalar de Lisboa Central

Lisboa

E-mail: cmatos.md@gmail.com

and gait and inadequate wheelchair positioning are related to pain. Pain evaluation is more difficult because of the frequent compromise of verbal communication. The self-report remains the gold-standard and should be systematically sought when possible, assisted by the use of verbal scales (e.g. Analogical Visual Scale, Faces Scale). When cognitive or speech compromise are moderate to severe, the use of pediatric age non-verbal instruments is needed. The augmentative and alternative methods of communication are a very useful tool. Surgical interventions are frequent among PC patients. The anesthesiological perioperative approach issues are summarized. The general treatment principles are reviewed. Treatment must be multidisciplinary. **Discussion and conclusions:** Pain is an important problem among PC patients, beginning at childhood. Non recognition of pain results in under-diagnosis and under-treatment, predisposing to persistent pain in adulthood. It is essential that all health professionals are aware of this condition. (Dor. 2013;21(4):22-9)

Corresponding author: Catarina Matos, cmatos.md@gmail.com

Key words: Cerebral palsy. Pain. Child. Evaluation. Treatment.

Introdução

A dor pode ser definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesão tecidual atual ou potencial, de acordo com a *International Association for Study of Pain*¹. Efetivamente constitui uma experiência subjetiva cuja avaliação numa população em idade pediátrica, a que se associam frequentemente alterações da linguagem ou da fala e/ou alterações cognitivas, é complexa.

O número de estudos sobre dor em crianças com paralisia cerebral é ainda limitado. Porém, a dor constitui uma problemática reconhecida e uma condição secundária em pessoas com paralisia cerebral², que se inicia na infância e persiste até à idade adulta. A experiência de dor crónica na paralisia cerebral é preocupante².

Prevalência

Nos últimos 15 anos, têm sido efetuados estudos sobre a prevalência de dor em adultos com PC. Estes têm documentado uma presença muito significativa da dor nesta população. Num estudo de Schwartz, et al. 67% de 93 doentes reportaram dor em uma ou mais áreas com pelo menos três meses de duração, com uma intensidade média na escala numérica de dor (END) de 4,45 no trimestre anterior, mas com 53% dos doentes a reportar que a dor era moderada a intensa³. Engel, et al. estudaram 100 doentes adultos com PC, sendo que 67% reportaram um ou mais problemas de dor crónica, com uma intensidade média de 4,08 (END) na semana prévia⁴. Outros estudos documentaram em amostras maiores taxas de prevalência igualmente elevadas como 82% (406 doentes com a seguinte distribuição: 38% hemiplégicos, 36% diplégicos, 8% tetraplégicos, 17% discinéticos)⁵ e 79% (363 doentes com a distribuição: 35% doentes diplégicos, 21% hemiplégicos, 22% discinéticos, 9% mistos)⁶; neste último sendo nomeados como locais mais frequentes de dor o dorso, os ombros e as ancas. Neste estudo, 18% dos doentes tinham dor diária.

Na criança com PC, os estudos são mais raros, mas destaca-se em particular um estudo multicêntrico europeu⁷, incluído no projeto SPARCLE que envolveu seis países. Através da aplicação da escala «*Bodily Pain and Discomfort*» do *Child Health Questionnaire*, foram estudadas 818 crianças entre os 8 e 12 anos. Quatrocentos e noventa crianças responderam, somando-se as respostas de pais de 806 crianças. Foi encontrada uma prevalência de 60% por autorrelato, referente à presença de dor na última semana, e de 73% pelo relato dos pais, referentes às quatro semanas anteriores. As crianças mais velhas reportaram mais dor.

Um estudo norueguês⁸ com 153 crianças e adolescentes entre os 8 e 18 anos com PC (distribuição: 38% espástica unilateral, 55% espástica bilateral, 6% distónica, 1% atáxica) em que foi aplicada a escala de faces revista, documentou uma prevalência de 60% de dor musculoesquelética recorrente. A idade maior do que 14 anos foi o único fator preditivo, não tendo sido encontrada relação com o *score* do *Gross Motor Function Classification System* (GMFCS).

Na mesma ordem de valores, as prevalências documentadas noutros estudos foram elevadas, tendo variado entre 64,8 e 78% das crianças com PC (dor no mês anterior)⁹⁻¹¹. Engel, et al. reportaram que cerca de 70% das crianças tinha uma ou mais áreas de desconforto nos últimos três meses¹². Doralp e Batlett¹³ estudaram 230 adolescentes com PC, tendo documentado uma tendência para a dor, reportada ser ligeiramente mais frequente no sexo feminino (63% das raparigas vs 49% dos rapazes).

Fatores de risco

Alguns estudos documentaram uma tendência para a prevalência de dor ser maior em doentes do sexo feminino do que masculino^{5,13}. Porém, não foi encontrado significado estatístico. Houlihan, et al.¹⁴ encontraram maior frequência de dor associada a compromisso motor mais grave e à presença de tubo de gastrostomia.

Quadro 1. Tipos de dor orgânica ou fisiológica na criança com paralisia cerebral

- | |
|--|
| <p>Tipo de dor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Musculo-esquelética - Neuromuscular - Gastrointestinal - Estomatológica - Otorrinológica - Dermatológica - Fisiológica - Infeciosa - Traumática |
|--|

Apesar do potencial de eventual associação, noutros estudos^{10,11} não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o grau de compromisso motor avaliado pelo GMFCS e a dor. Também não foi reportado significativo estatístico entre a dor e a topografia (tetraplegia, hemiplegia, diplegia)^{13,15}.

Encontraram-se localizações mais frequentes de queixas álgicas na criança com PC, nomeadamente a nível da região lombar, ancas, joelhos e tíbio-társicas¹³.

Etiologia

Múltiplas são as causas de dor na criança com PC. Baseando-nos no modelo da classificação internacional de funcionalidade (CIF), podemos descrever três categorias de etiologias.

No domínio das estruturas e funções corporais existem vários tipos de dor (Quadro 1).

Entre as causas ortopédicas, várias condições frequentes na criança e adolescente com PC são causa de dor^{5,16,17}: subluxação da anca, *patella* alta, equinismo, deformidades em *valgus* do pé e tornozelo, subluxação radial, escoliose, obliquidade pélvica, cifose, lordose e contraturas. Estudos em doentes não deambulantes reportaram associações entre deformidade, assimetria, artrose e dor^{17,18}. A subluxação da anca representa uma condição importante potencialmente dolorosa na criança com PC. Para além das condições ortopédicas descritas, estas crianças e adolescentes têm maior risco de fratura patológica por baixa densidade de massa óssea^{19,20}, sendo maior o risco em doentes não deambulantes, malnutridos e que estão medicados com antiepiléticos.

Entre as causas neuromusculares, a espasticidade tem um papel importante em alguma dor crónica²¹, mas devem ser consideradas outras etiologias possíveis²² como neuropatias compressivas, radiculopatias e mielopatias.

Os problemas gastro-intestinais associados a PC podem afetar as crianças, podendo ser fonte de dor. As alterações da motilidade condicionam alterações como hipotonia do esfíncter esofágico inferior e obstipação. São causas potenciais de dor na criança com PC a esofagite, a gastrite, o

RGE, a entubação naso-gástrica/gastrostomia, a obstipação e as úlceras entéricas²³. Alguns problemas comportamentais²¹ podem sugerir a presença de alguma destas condições, como agitação à hora das refeições ou ao deitar, mordedura excessiva da mão, aumento da baba, postura da cabeça ou tronco em flexão ou extensão excessiva.

Também entre problemas estomatológicos se encontram causas de dor. A dor dentária tem sido associada à PC^{24,25}. O RGE é causa de deterioração do esmalte dentário. As lesões traumáticas dentárias são frequentes em crianças com PC; existe dificuldade na higiene oral, a disfunção da articulação temporomandibular é frequente, e existe uma insuficiente formação da medicina dentária no tratamento destes doentes.

Também no domínio da nutrição, de acordo com os relatos dos pais, é elevada a incidência de dor associada a tubos de gastrostomia¹⁴. A malnutrição é um fator de risco para que a pressão prolongada seja exercida sobre proeminências ósseas, sendo fonte de dor e ulceração.

Na categoria das atividades e fatores de participação da CIF, os pais reportam frequentemente que os alongamentos assistidos são a atividade diária que é mais frequentemente causadora de dor⁹. Este facto não significa que não se façam os alongamentos, uma vez que são de grande importância, mas que, se este for um fator de dor significativo, deve ser identificado e pode ser programada analgesia prévia.

Também foram descritas correlações significativas^{2,9} entre ortostatismo prolongado, marcha assistida, colocação de talas e dor nesta população. A posição de sentado inadequada em cadeiras de rodas manuais ou elétricas é uma fonte dolorosa importante²⁶. O estudo do posicionamento em cadeira de rodas para a sua prescrição é fundamental.

Na categoria dos fatores ambientais, a experiência de dor da criança é influenciada pela reação à dor dos pais, irmãos e amigos. A história familiar de dor e a atenção dos cuidadores podem influenciar a forma como a criança reage à dor²⁷. Também por este motivo se explicam as diferenças entre crianças com meios familiares diferentes na forma como reagem à dor.

As barreiras arquitetónicas (como os passeios mal conservados, terreno irregular, ombreiras das portas estreitas) podem ser fonte de dificuldades e desconforto. O tempo de espera prolongado para transporte e nos serviços de saúde são uma fonte potencial de dor²⁸.

Implicações

A dor não aliviada pode tornar-se crónica. Se as suas causas não são identificadas, podem resultar complicações musculo-esqueléticas, respiratórias, gastro-intestinais ou imunológicas. Também podem decorrer complicações psicológicas a longo prazo¹⁴ e perturbações comportamentais.

Quadro 2. Indicadores comportamentais de dor na criança	
Categorias	Exemplos
Expressões faciais	Fransir a fronte, boca fechada, surpresa, adejo nasal, bochecha trémula
Vocalizações	Choro, gemido, gritos
Movimentos	Mãos cerradas, mãos apertadas entre si, massagem de uma área corporal, membros inferiores em flexão, gestos de afastamento, pontapé
Alterações do tónus	Hipertonia, espasmos, hipotonia
Alterações do afeto, do sono e/ou da alimentação	Irritabilidade, isolamento, não colaboração, agitação, prostração, sono agitado, ansiedade, inconsolabilidade, recusa alimentar
Comportamentos atípicos em crianças com compromisso neurocognitivo	Riso, bater as palmas, morder o próprio, beliscar o próprio

A dor na criança com PC resulta numa redução de atividades da vida diária e do rendimento escolar²⁹. Houlihan, et al.¹⁴ documentaram um efeito significativo e independente nos dias de falta à escola, dias de cama, dias de incapacidade para atividades usuais e atividades familiares.

Conforme descrito por alguns autores^{5,6}, a dor nos membros inferiores foi uma das razões indicadas pelos adultos para deixar de andar.

Carter et al.³⁰ descreveram o impacto sobre os pais, que se sentem tristes por assistirem ao declínio dos seus filhos ao longo dos anos e por lidarem com os problemas de dor. Estes pais procuram auxílio nos profissionais de saúde e não encontram muitas vezes nem o reconhecimento dos estados de dor dos seus filhos, nem os instrumentos necessários para os manejar, pelo que esta situação pode tornar-se emocionalmente extenuante.

Avaliação

O autorrelato é considerado o *gold-standard* na avaliação da dor em geral, e deve ser sempre que possível pesquisado de forma sistemática. Existem escalas verbais que ajudam a objetivar o autorrelato. Na criança, são particularmente referenciadas na literatura as escalas visual analógica (com régua de 10 cm), a escala de faces de Wong-Baker, escalas de cores e escalas com cubos de diferentes volumetrias²¹.

A idade mental mínima para a capacidade de identificar e relatar dor é de dois anos, mas é necessária uma idade mental mínima de quatro anos para descrever a sua intensidade.

Nas crianças com PC que podem ter alterações da fala e/ou linguagem, os métodos aumentativos e alternativos de comunicação assumem um papel muito importante na comunicação da dor.

É necessário obter o relato dos pais. Engel, et al. demonstraram que existe uma taxa de concordância de 93% entre os pais e as crianças com PC com dor². Os pais destas crianças têm a capacidade de detetar pistas subtis e causas

potenciais de dor, com base no contexto e instinto³⁰. Estes pais têm muitas vezes na memória experiência prévias de dor (ex. pós-operatório), a partir das quais conseguem reconhecer como a criança reage quando está com dor, o que é muito útil para os profissionais de saúde que contactam com a criança pela primeira vez.

Como na criança em geral, existem comportamentos associados à dor que se podem reconhecer²¹. São indicadores comportamentais de dor (Quadro 2). Quando a comunicação verbal de dor não é possível ou não é eficaz, devemos estar atentos a estes indicadores que, embora sejam menos específicos, são sensíveis.

Nas crianças com compromisso neurocognitivo, devemos também conhecer as reações idiossincráticas, isto é, reações aparentemente paradoxais: bater palmas, rir, beliscar-se a si próprio podem ser manifestações de dor.

Nas crianças e adolescentes não comunicativos verbalmente, estão descritos instrumentos não-verbais de avaliação de dor, que podem ser usados em crianças com PC. São referidos na literatura: *NON-Communicating Children's Pain Checklist, Postoperative Version, Individualized Numerical Rating Scale (INRS), Pediatric Pain Profile (PPP), Evaluative Scale for Pain in CP, Child Health Questionnaire, Pediatric Outcomes Data Collection Instrument*.

Boldingh, et al. publicaram um instrumento não-verbal de avaliação de dor em doentes com PC. É intitulado *Pain Assessment Instrument for Cerebral Palsy (PAICP)*³¹. São mostradas figuras representativas de situações diárias: quatro introdutórias, seis dolorosas, seis habitualmente não dolorosas, cinco dolorosas quando há patologia da anca. A pessoa avalia se tem dor nessa situação e a intensidade da mesma usando a escala de faces. Foi testado numa primeira fase em 9 crianças (3-7 anos) e quatro adultos e, numa segunda fase, em 160 doentes com PC (16 a 84 anos, idade média de 36).

Como em qualquer criança, não devem ser esquecidas as fontes comuns de dor nesta faixa etária: otite média aguda, cárie/abcesso dentário,

Quadro 3. Avaliação pré-anestesiológica: problemas a identificar

Comorbilidades	Problemas a manejar
Gastro-intestinais – Refluxo GE – Dificuldade de controlo da baba – Má mastigação e deglutição	– Respiratórios – Má nutrição – Desequilíbrios eletrolíticos e anemia
Cardiovasculares – Acesso vascular difícil – Doença pulmonar crónica	– Hipertensão pulmonar – Insuficiência Cardíaca
Respiratórias – Aspiração por refluxo GE – Doença pulmonar crónica – Escoliose – Cáries, disfunção da ATM, protusão língua	– Infecções respiratórias – Insuficiência respiratória restritiva – Via aérea difícil
Epilepsia	– Convulsões – Terapêutica anticonvulsivante
Défices visuais e auditivos	– Ansiedade
Problemas comportamentais e da comunicação	– Labilidade emocional – Depressão – Hiperatividade
Alergia ao látex	– Exposição a múltiplas intervenções médicas – Questionar sempre

pneumonia, gastroenterite, infeção urinária, entorse, fratura, cefaleia simples.

Abordagem anestesiológica

Os doentes com PC apresentam-se frequentemente para cirurgia. São exemplos de cirurgias comuns: cirurgias ortopédicas aos membros, cirurgias ao ráquis, procedimentos dentários, cirurgias para controlo de refluxo gastro-esofágico, gastrostomia, implantação de bomba de baclofeno.

Não pretendendo efetuar uma revisão exaustiva da abordagem anestesiológica destas crianças, porque excede o âmbito desta revisão, salientam-se alguns aspetos.

Na avaliação pré-operatória³² têm que ser identificadas algumas comorbilidades potencialmente existentes, que implicam uma preparação para manejar alguns problemas (Quadro 3).

O refluxo gastro-esofágico e o mau controlo da baba podem condicionar um controlo da via aérea mais difícil. O risco de aspiração brônquica pode ser maior e pode existir associada uma insuficiência pulmonar restritiva (ex. por escoliose) e doença pulmonar crónica com hipertensão pulmonar. A epilepsia, se existente, obriga ao planeamento da terapêutica anticonvulsivante. Os défices visuais e auditivos podem agravar a ansiedade destas crianças quando se encontram num ambiente desconhecido. A presença dos pais/cuidadores é fundamental no pré e pós-operatório sempre que possível. Algumas crianças podem ter alguma labilidade emocional ou hiperatividade. Devido à exposição frequente a múltiplas intervenções médicas, estas crianças

podem ter alergia ao látex, que deve ser sempre questionada previamente.

Igualmente, alguma da medicação prévia tem que ser avaliada (anticonvulsivantes, anti-espásticos, procinéticos, inibidores da bomba de protões, laxantes) e a sua farmacocinética, bem como as interações medicamentosas com os agentes na abordagem anestesiológica devem ser avaliadas previamente. O baclofeno não deve ser suspenso subitamente pelo risco de convulsões e alterações comportamentais. Se administrado por bomba intratecal, deve ser mantido. Se a toma é oral, a suspensão deve ser programada e deve ser feita substituição por diazepam no período operatório. A toxina botulínica, se administrada recentemente, pode potenciar os agentes miorelaxantes, o que deve ser previsto.

No domínio da pré-medicação³², podem ponderar-se os sedativos para controlo da ansiedade, mas tem que se ter em atenção que a resposta pode ser mais imprevisível. Os anticolinérgicos reduzem as secreções orais, mas podem tornar as secreções brônquicas mais espessas, aumentando o risco de infeção respiratória. Os agentes antirrefluxo e antiácidos têm frequentemente interesse nesta população. Deve também ser sempre efetuada anestesia nos locais de punção venosa.

O peri e o pós-operatórios³² têm algumas problemáticas particulares que importa conhecer. A quadro 4 procura fazer um resumo das mesmas.

A hidratação e a correção dos desequilíbrios hidro-eletrolíticos podem ser importantes em crianças malnutridas. Estas crianças estão mais predispostas a fazer hipotermia intraoperatoriamente

Quadro 4. Problemas e estratégias a considerar nos períodos peri e pós-operatórios		
Peri-operatório		Pós-operatório
Hidratação		Recuperação da anestesia mais lenta
Hipotermia	Gestão da via aérea – EOT+ENG e aspirações Náuseas e vômitos – Antieméticos	Irritabilidade
Monitorização neuro-muscular	Baclofeno – Suspensão PO → Diazepam – Intratecal manter Epilepsia – Anticonvulsivantes • Semivida longa ou DZ, VPA, FEN – Analgésicos • Ketamina, petidina e tramadol diminuem o limiar convulsivo	Cirurgias ortopédicas – Espasmos musculares • Diazepam • A. epidural com clonidina Cirurgia de escolioses – Perfusão de opióides. • Bomba controlada por doente ou enfermagem
Técnicas regionais	Posicionamentos – Contraturas Zonas de pressão – Vigiar revestimento cutâneo	Cirurgias multinível – Eventual técnica de duas epidurais Síndromes compartimentais

EOT+ENG: entubação oro-traqueal e entubação naso-gástrica; DZ: diazepam, VPA: valproato de sódio; FEN: fenitoína.

por disfunção hipotalâmica e que tem que ser manejada. A gestão da via aérea pode ser mais difícil pelos motivos citados, pelo que pode implicar a entubação orotraqueal e a realização de aspirações frequentes. A resposta aos agentes miorelaxantes pode ser menos previsível, devendo ser mantida monitorização neuro-muscular. A epilepsia pode ser manejada por manutenção de anti-epiléticos de ação longa ou substituição por agentes administráveis intravenosamente como diazepam (com risco de aumentar a depressão respiratória), fenitoína ou valproato de sódio. Entre os analgésicos, importa saber que a ketamina e o tramadol podem reduzir o limiar convulsivo.

As técnicas regionais são muitas vezes preferidas, quando possíveis. Os posicionamentos intraoperatórios podem ser difíceis pelas contraturas e a espasticidade. Deve ser cuidadosamente vigiado o revestimento cutâneo nas zonas de pressão ao longo do intra e pós-operatório, pelo risco elevado de ulceração. Estes doentes também têm risco elevado de fratura e de desenvolver síndromes compartimentais, o que é mandatório vigiar.

No pós-operatório, a recuperação anestésica pode ser mais lenta. Nas cirurgias ortopédicas, os espasmos musculares podem ser frequentes e são dolorosos. Pode ser necessário o uso de diazepam para o seu controlo. O uso de analgesia epidural é muito útil neste domínio, e a clonidina foi descrita como um adjuvante que também reduz os espasmos. Nas formas discinéticas, importa saber que os movimentos involuntários são causa de dor quando são usadas imobilizações gessadas após cirurgia. No pós-operatório

de intervenções por escolioses, devem ser usadas bombas de perfusão de opióide controladas pelo doente ou por enfermagem. As cirurgias multinível por vezes colocam dificuldades no controlo analgésico pós-operatório. Alguns autores³² descreveram o uso de técnica de duas epidurais para maior controlo dos diferentes dermatómos.

Princípios gerais do tratamento

O tratamento da criança com PC deve ser orientado por um médico coordenador, que gere as orientações das diferentes especialidades médicas (ortopedia, gastroenterologia, estomatologia, anestesiologia, oftalmologia, ORL) e de outros profissionais (psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, assistente social). O médico fisiatra pode ter este papel centralizador de cuidados, útil para a criança e os seus pais. É importante que as consultas médicas e as idas aos hospitais se possam coordenar para que ocorram nos mesmos dias e que se minimizem as idas aos serviços de saúde.

Algumas pistas podem sugerir a etiologia da dor. São exemplos: dor durante as transferências predomina na subluxação das ancas; os problemas comportamentais nas horas das refeições e o despertar noturno podem relacionar-se com refluxo gastro-esofágico/esofagite e gastrite; a dor após posição de sentado prolongada sugere lombalgia; o aumento do tónus muscular objetivável pode condicionar dor por espasticidade; a dor que ocorre durante as menstruações pode sugerir dismenorreia na adolescente, etc.

Quadro 5. Algumas estratégias de tratamento da dor na criança com paralisia cerebral		
Etiologia	Manifestações	Tratamento
Coxalgia	Dor com transferências, mudanças posturais e noturna	Paracetamol, AINE, opióides, fisioterapia cirurgia
Refluxo gastro-esofágico	Perturbação comportamental após as refeições, ao deitar, despertar noturno e mordedura do punho/mão	Inibidores da bomba de prótons, antiácidos Posição de sentado após refeições
Lombalgia	Dor após posição de sentado prolongada, dor noturna	Fisioterapia, paracetamol, AINE, opióides, Antidepressivos Avaliação da posição em cadeira de rodas
Dismenorreia	Dor quando menstruada	Contraceptivos orais Analgésico ou AINE
Espasticidade	Aumento de tônus muscular	Baclofeno, diazepam <i>per os</i> Toxina botulínica Baclofeno intratecal

Há que lembrar também que muitos destes jovens têm depressão na adolescência e que o tratamento desta é também muito importante na gestão da dor crónica.

A abordagem terapêutica deve ser multiprofissional e multidisciplinar. A Quadro 5 resume algumas das principais estratégias terapêuticas. As intervenções farmacológicas³² incluem analgésicos, antiespásticos, agentes antirrefluxo, laxantes e antidepressivos. A aplicação dos analgésicos deve ser orientada pela escada analgésica da OMS (1.º paracetamol, metamizol, AINE; 2.º associação de opióides fracos; 3.º início de opióides fortes). Simultaneamente, na dor neuropática devem ser considerados fármacos adjuvantes (como antidepressivos, antiepiléticos, inibidores dos canais de sódio, agonistas do GABA). O baclofeno intratecal e a toxina botulínica têm demonstrado melhores resultados na redução da dor relacionada com a espasticidade em crianças com PC, com menos efeitos adversos²². Adicionalmente, devem ser usadas terapias adjuvantes como ionização, TENS, bloqueios nervosos, biofeedback, exercício, técnicas de relaxamento.

Os métodos cognitivo-comportamentais^{33,34} utilizados por psicologia representam uma estratégia importante no desenvolvimento de estratégias de *coping*, no ensino de medidas de distração e na alteração de memórias. O comportamento do fisioterapeuta ou do terapeuta ocupacional é importante no ensino de estratégias de *coping* e na redução de criticismo quando à dor. Os pais também identificam ambientes preferidos para a sua criança³⁰ (ex.: uma criança pode preferir música ou vídeos, outra pode preferir um ambiente silencioso e mais escuro) e a sua promoção também é útil na gestão da dor crónica.

Conclusão

A dor é uma problemática importante e uma condição secundária frequente na paralisia cerebral, com início na infância. O não reconhecimento

conduz ao sub-diagnóstico e ao sub-tratamento. É fundamental que os profissionais de saúde reconheçam esta condição para que proporcionem uma melhor qualidade de vida para estas crianças.

A abordagem terapêutica implica uma intervenção farmacológica geral complementada de outras terapias como a cinesiterapia e outros métodos físicos (ex. TENS, ionização), toxina botulínica ou baclofeno intratecal no tratamento da espasticidade, bloqueios nervosos e técnicas de relaxamento.

O trabalho em equipa multidisciplinar e multiprofissional torna-se essencial para uma abordagem completa e efetiva da dor na criança com paralisia cerebral.

BIBLIOGRAFIA

- Merskey HB et al. Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definition of Pain Terms. 1994.
- Engel JM, Petrina TM, Dudgeon BJ, et al. Cerebral palsy and chronic pain: A descriptive study of children and adolescents. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*. 2005;25:73-84.
- Schwartz L, Engel JM, Jensen MP. Pain in persons with cerebral palsy. *Arch Phys Med Rehabil*. 1999;80:1243-46.
- Engel JM, Jensen MP, Hoffman AJ, Kartin D. Pain in persons with cerebral palsy: extension and cross validation. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003;84:1125-28.
- Jahnsen R, Villien L, Aamodt G, Stanghelle JK, Holm I. Musculoskeletal pain in adults with cerebral palsy compared with the general population. *J Rehabil Med*. 2004;36:78-84.
- Andersson C, Mattsson E. Adults with cerebral palsy: a survey describing problems, needs, and resources with special emphasis on locomotion. *Dev Med Child Neurol*. 2001;43:76-82.
- Parkinson KN, Gibson L, Dickinson HO, Colve AF. Pain in children with cerebral palsy: a cross-sectional multicentre European study. *Ata Paediatrica*. 2010;99:446-51.
- Ramstad K, Jahnsen R, Skjeldal OH, Diseth TH. Characteristics of recurrent musculoskeletal pain in children with cerebral palsy aged 8 to 18 years. *Dev Med Child Neurol*. 2011;53:1013-8.
- Hadden KL, Von Baeyer CL. Pain in children with cerebral palsy: Common triggers and expressive behaviors. *Pain*. 2002;99:281-8.
- Kennes J, Rosenbaum P, Hanna SE, et al. Health status of school-aged children with cerebral palsy: Information from a population-based sample. *Dev Med Child Neurol*. 2002;44:240-7.
- Breau LM, Burkitt C. Assessing pain in children with intellectual disabilities *Pain res Manage*. 2009;14(2):116-20.
- Engel JM, Petrina TM, Dudgeon BJ, McKernan KA. Cerebral palsy and chronic pain: A descriptive study of children and adolescents. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*. 2005;25:73-84.

13. Doralp S, Bartlett DJ. The prevalence, distribution, and effect of pain among adolescents with cerebral palsy. *Pediatric Physical Therapy*. 2010;22:26-33.
14. Houlihan CM, O'Donnell M, Conaway M, Stevenson RD. Bodily pain and health-related quality of life in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. 2004;46:305-10.
15. Tervo RC, Symons F, Stout J, Novacheck T. Parental report of pain and associated limitations in ambulatory children with cerebral palsy. *Arch Phys Med Rehabil*. 2007;87:928-34.
16. Gajdosik CG, Cicirello N. Secondary conditions of the musculoskeletal system in adolescents and adults with cerebral palsy. *Phys Occup Ther Pediatr*. 2001;21:49-68.
17. Hodgkinson I, Jindrich ML, Duhaut P, Vadot JP, Metton G, Bérard C. Hip pain in 234 nonambulatory adolescents and young adults with cerebral palsy: a cross-sectional multicentre study. *Dev Med Child Neurol*. 2001;43:806-8.
18. Boldingh EJ, Jacobs-van der Bruggen MA, Lankhorst GJ, Bouter LM. Determinants of hip pain in adult patients with severe cerebral palsy. *Journal of Pediatric Orthopaedics B*. 2005;14:120-5.
19. King W, Levin R, Schmidt R, Oestreich A, Heubi JE. Prevalence of reduced bone mass in children and adults with spastic quadriplegia. *Dev Med Child Neurol*. 2003;45:12-6.
20. Stevenson RD, Conaway M, Barrington JW, Cuthill SL, Worley G, Henderson RC. Fracture rate in children with cerebral palsy. *Pediatr Rehabil*. 2006;9:396-403.
21. Swiggum M, Hamilton ML, Gleeson P, Roddey T. Pain in Children with Cerebral Palsy: Implications for Pediatric Physical Therapy. *Pediatr Phys Ther*. 2010;22:86-92.
22. Roscigno CI. Addressing spasticity related pain in children with spastic cerebral palsy. *J Neurosci Nurs*. 2003;34:123-33.
23. Samson-Fang L, Butler C, O'Monnel M. Effects of gastrostomy feeding in children with cerebral palsy: an AACPD evidence report. *Dev Med Child Neurol*. 2003;45:415-26.
24. Costa MM, Afonso RL, Ruvieri DB, Aguiar SM. Prevalence of dental trauma in patients with cerebral palsy. *Spec Care Dentist*. 2008;28:61-4.
25. Holan G, Peretz B, Efrat J, Shapira J. Traumatic injuries to the teeth in young individuals with cerebral palsy. *Dent Traumatol*. 2005;21:65-9.
26. Samuelsson K, Larsson H, Thyberg M, Gerdle B. Wheelchair seating intervention results from a client-centred approach. *Disabil Rehabil*. 2001;23:677-82.
27. Craig K, Lilley C, Gilbert C. Barriers to optimal pain management in infants, children and adolescents: Social barriers to optimal pain management in infants and children. *The Clinical Journal of Pain*. 1996;12:232-42.
28. Vogtle LK. Pain in adults with cerebral palsy: impact and solutions. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2009;51(4):113-21.
29. Berrin SJ, Malcarne VL, Varni JW, et al. Pain, fatigue, and school functioning in children with cerebral palsy: A path-analytic model. *Journal of Pediatric Psychology*. 2007;32:330-7.
30. Carter B, McArthur E, Cunliffe M. Dealing with uncertainty: Parental assessment of pain in their children with profound special needs. *Journal of Advanced Nursing*. 2002;38:449-57.
31. Boldingh EJ, Jacobs-van der Bruggen MA, Lankhorst GJ, Bouter LM. Assessing Pain in Patients With Severe Cerebral Palsy: Development, Reliability, and Validity of a Pain Assessment Instrument for Cerebral Palsy. *Arch Phys Med Rehabil*. 2004;85(5):758-66.
32. Nolan J, Chalkiadis GA, Low J, Olesch CA, Brown TC. Anaesthesia and pain management in cerebral palsy. *Anaesthesia*. 2000;55(1):32-41.
33. Eccleston C, Palermo TM, De C Williams AC, et al. Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(2):CD003968.
34. Uman LS, Chambers CT, McGrath PJ, Kisely S. Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(3):CD005179.

Analgesia de Trabalho de Parto em Parturientes com Tatuagem na Linha Média da Região Lombar

Bárbara Ribeiro¹, Maria Rodrigues¹, Alejandro Martin², Raquel Louzada², Lisbete Cordeiro², Irene Ferreira³ e João Silva Duarte⁴

Resumo

Objetivo: Ao longo dos últimos anos constatou-se um número crescente de parturientes com tatuagens na linha média da região lombar. A segurança da punção e colocação de cateter epidural nestas regiões tatuadas tem sido questionada, o que motivou a realização desta revisão.

Métodos: Revisão bibliográfica sobre o tema através de uma pesquisa nas seguintes bases de dados e motores de busca: PubMed, Medline, Highwire e Google Scholar.

Resultados: Apesar de muitos autores manifestarem preocupação relativamente à possibilidade de ocorrência de complicações graves, como aracnoidite e tumores epidermóides, após punção de tatuagem na realização de epidural, não encontramos qualquer relato de complicações neste contexto.

Conclusão: Cabe ao anestesiológista decidir a realização ou não da técnica, tendo sempre em conta que até à data não existem relatos de complicações neste contexto, não havendo também evidência que a execução da epidural nestas circunstâncias seja totalmente segura.

Palavras-chave: Tatuagens lombares. Analgesia epidural. Complicações. Aracnoidite. Tumores epidermóides.

Abstract

Objective: Over recent years there has been an increase in the number of parturients with tattoos in the midline of the lower back. The security of puncture and placement of the epidural catheter through these tattooed regions led to this review.

Methods: Review of the literature on the topic through a search on the following databases and search engines: PubMed, Medline, Google Scholar, and HighWire.

Results: Although many authors express some concern about the possibility of serious complications, such as arachnoiditis and epidermoid tumors, after puncture of a tattoo when performing an epidural, we did not find any reports of complications in this context.

Conclusion: The anesthesiologist should decide whether or not to perform the technique, bearing in mind that to date there are no reports of complications in this context, although there is no evidence that an epidural in these circumstances is totally secure. (Dor. 2013;21(4):30-3)

Corresponding author: Bárbara Ribeiro, ba_ribeiro33@hotmail.com

Key words: Lumbar tattoo. Epidural analgesia. Complications. Arachnoiditis. Epidermoid tumor.

Introdução

Desde há séculos que a tatuagem corporal é popular em muitas culturas do mundo. Os primeiros relatos datam de há 5.300 anos¹.

Nos últimos 20 anos, esta forma de arte decorativa do corpo tornou-se cada vez mais frequente. Estima-se que nos EUA mais de 45 milhões de pessoas têm tatuagens, e aproximadamente 50% são mulheres².

Uma das localizações preferidas pelas mulheres jovens para a realização de tatuagens é a linha média da região lombo-sagrada. Esta localização pode representar para os anestesiológistas um desafio, nomeadamente durante a realização de técnicas loco-regionais no neuroeixo.

¹Interna do Complementar de Anestesiologia

²Assistente Hospitalar

³Assistente Hospitalar Graduada

⁴Diretor do Departamento de Anestesiologia

Centro Hospitalar de Setúbal; EPE

Email: ba_ribeiro33@hotmail.com

Sem bases científicas sólidas, muitos departamentos de anestesia consideram a tatuagem na linha média da região lombo-sagrada como uma contraindicação relativa à realização de analgesia epidural nos seus protocolos e práticas³.

Objetivo

Ao longo dos últimos anos, temos constatado um aumento das solicitações para realização de analgesia epidural em parturientes com tatuagens na linha média da região lombar. Perante este cenário, muitos anesthesiologistas questionam-se sobre a segurança da punção e colocação de cateter epidural nestas regiões tatuadas. Foram estas questões que motivaram a realização desta revisão, procurando o estado atual da arte, possíveis complicações e medidas adotadas para evitá-las.

Métodos

Tipo de estudo: Revisão bibliográfica sobre o tema através de uma pesquisa na internet, nas seguintes bases de dados e motores de busca: *PubMed*, *Medline*, *Highwire* e *Google Scholar*.

Palavras-chave: Tatuagens lombares. Analgesia epidural: Complicações.

Período de estudo: 1996 a 2011.

Critérios de inclusão e exclusão: Foram selecionados os artigos para leitura, excluindo-se os que correspondiam a resumos de comunicações e *posters* de congressos.

Resultados

Prática atual

Não há um consenso comum no que diz respeito à analgesia epidural em grávidas com tatuagens na região lombo-sagrada. Um inquérito de 2008, realizado em Inglaterra, revelou que 65% dos anesthesiologistas realizam a técnica epidural punccionando diretamente a região tatuada⁴. Em França, em 2010, foi realizado um estudo prospetivo, através de um questionário anónimo, no qual 57% dos anesthesiologistas afirmaram realizar a punção epidural através da tatuagem e 39% responderam que não o fariam; destes, dois terços propoariam uma alternativa à epidural⁵.

Em 2009, em Portugal, responderam a um inquérito 162 anesthesiologistas. 56,8% afirmaram já ter sido solicitados para executar um bloqueio do neuroeixo sobre tatuagem, dos quais 59,8% realizaram sempre a técnica em pele isenta de tinta, enquanto 6,5% recusaram sistematicamente fazê-lo. Dos profissionais que nunca foram confrontados com esta situação, a maioria afirmou que faria a técnica sobre área sem tinta, enquanto 7,1% não se opoariam à realização da epidural numa zona pigmentada⁶.

Tatuagens: técnica e pigmentos

A tatuagem consiste num desenho, marca ou símbolo, feito no corpo através de múltiplas punções com uma agulha que perfura a epiderme e deposita tinta na derme. Só o pigmento que fica no tecido conjuntivo da derme dá cor à tatuagem, já que o pigmento epidérmico é removido pela renovação da mesma. Após fagocitose pelos macrófagos, o pigmento pode migrar para os vasos linfáticos ou para a zona adjacente da derme, tornando as margens da tatuagem mais difusas⁷.

No passado, os pigmentos usados para tatuagens eram inorgânicos e incluíam na sua constituição substâncias como dióxido de titânio, dióxido de alumínio, óxido ferroso e carbono^{8,9}. Podiam ainda ser encontradas outras substâncias, algumas das quais classificadas como mutagénicas, carcinogénicas, teratogénicas ou tóxicas, como o metanol e o formaldeído^{2,10,11}. Na análise realizada por Timko et al.⁹, concluiu-se que nem sempre as informações do fabricante coincidiram com a análise química da tinta, não só quanto às percentagens das misturas, como pela presença de substâncias não descritas. Estes compostos têm sido substituídos paulatinamente por compostos azóis e policíclicos, muito menos alergénicos e que podem ser esterilizados¹². Contudo, nenhuma destas substâncias é aprovada e regulada pela *Food and Drugs Administration* (FDA)¹³.

Além das tatuagens definitivas, existe também preocupação acerca das tatuagens temporárias (*Henna*), uma vez que se sabe que na sua constituição, além dos compostos naturais, existem também aditivos sintéticos, como o parafenilendiamina (PPD), que pode provocar uma dermatite de contacto, havendo autores que sugerem evicção da punção epidural através destas tatuagens¹⁴.

Complicações

Na pesquisa efetuada, não encontramos qualquer relato de complicações graves associadas à punção de tatuagem durante a realização de técnica epidural. Há apenas relato de uma complicação menor¹⁵, que consistiu num aumento da sensibilidade e sensação de queimadura no local de inserção do cateter epidural, algumas horas após o parto; o exame neurológico não apresentava qualquer alteração e os sintomas resolveram espontaneamente nas 24 h seguintes. Kuczkowski¹⁵ interpretou este quadro como sendo uma complicação da punção da tatuagem durante a técnica epidural devido à introdução de tecido contendo pigmentos no espaço epidural, o que terá originado irritação do tecido. Contudo há autores, como Douglas¹⁶ e Kluger¹⁷ que discordam desta relação causa-efeito, sugerindo que este quadro tem origem mais provável no traumatismo induzido pela agulha de Tuohy.

Apesar da ausência de relatos de complicações graves, existe a possibilidade teórica de introdução de pigmentos de tecido dérmico no espaço epidural, com o desenvolvimento de complicações agudas como a aracnoidite química ou a longo prazo como os tumores epidermoides.

A aracnoidite é uma situação rara descrita em vários contextos, nomeadamente em casos de administração epidural de anestésicos locais contendo aditivos^{18,19}, com origem numa reação inflamatória desencadeada por estes compostos. Há autores que postulam que uma reação semelhante poderá desenvolver-se com a introdução de pigmentos de tatuagem (tóxicos) no espaço epidural⁷. O diagnóstico clínico de aracnoidite é difícil devido à variedade de sintomatologia de apresentação, podendo caracterizar-se por lombalgia, dor nos membros inferiores, hiporeflexia e alterações típicas na ressonância magnética^{18,19}.

Os tumores epidermoides resultam da implantação e proliferação de células da epiderme no canal medular, que crescem lentamente até se tornarem sintomáticos, o que pode demorar vários anos. De acordo com a literatura, a maioria destes tumores são iatrogénicos, sendo provocados por um fenómeno de arrastamento de tecido epidérmico pela agulha durante o seu trajeto, que é designado *tissue coring*. Este fenómeno é mais comum em punções lombares e caudais, tendo sido frequentemente associado à utilização de agulhas sem mandril ou ao seu uso inadequado²⁰⁻²². Com o passar dos anos, o formato das agulhas epidurais foi melhorado, e estudos microscópicos atuais demonstram que o arrastamento de tecido com a utilização deste material é muito menos frequente^{23,24}, mas ainda assim possível²⁵.

Kluger^{26,27} analisou detalhadamente esta questão e concluiu não haver relação direta entre a punção da tatuagem e o aparecimento de tumores epidermoides. Esta ideia é baseada no facto de, tal como foi referido anteriormente, o pigmento da tatuagem se depositar na derme intracelularmente (macrófagos perivasculares e fibroblastos), e não na epiderme. Assim, uma vez que a epiderme está desprovida de pigmento, este não pode ser envolvido no mecanismo de *tissue coring* epidérmico que está na origem dos tumores epidermoides. Mesmo que se colocasse a hipótese de o pigmento intervir de alguma forma no mecanismo de desenvolvimento destes tumores, sabe-se que no tecido dérmico este se encontra no espaço intracelular e não na sua forma livre.

Um outro dado que corrobora o anteriormente dito é o facto desta complicação ter sido descrita muito antes das tatuagens ganharem popularidade (os primeiros casos documentados remontam aos anos 50), e das mesmas se tornarem um problema para os anestesiolistas quando localizadas na região lombar¹⁵.

O último caso descrito sobre este tema corresponde a uma publicação de 2007 que relata a implantação de células epidérmicas, após a realização de uma punção lombar diagnóstica numa criança com suspeita de meningite²⁸. Não encontramos nenhum caso descrito de tumor epidermoide após punção de tatuagem no contexto de analgesia epidural.

Apesar de serem meramente teóricas, existem autores que mantêm preocupação acerca destas complicações, baseando-se no lento desenvolvimento das mesmas, advogando que apenas dentro de alguns anos assistiremos ao seu aparecimento. Ainda assim, poderá nunca ser estabelecida a relação entre a punção da tatuagem e o desenvolvimento destas complicações devido ao prolongado intervalo de tempo entre os dois eventos^{2,7,27}.

Estratégias empíricas para evitar possíveis complicações

Uma vez que este assunto é ainda controverso, há autores^{2,3,14,27} que propõem uma abordagem mais prudente, de modo a evitar estas possíveis complicações teóricas. Assim, recomendam sempre que possível evitar a zona tatuada, através da punção em zona livre de pigmento. Muitas vezes é impossível encontrar na linha média uma região sem tatuagem, e nestes casos pode optar-se pela tração da pele, de forma a colocar uma zona de pele livre no local a puncionar, ou pode efetuar-se uma abordagem paramediana. Caso isto não seja possível, existe sempre a hipótese de realizar uma pequena incisão até se obter, em profundidade, tecido livre de tatuagem.

Discussão/conclusão

Ao longo dos últimos anos, muitos anestesiolistas mudaram a sua atitude, de um estado de receio inicial para a posterior aceitação da realização da técnica em presença de tatuagens lombares, uma vez que até à data não há relatos de nenhuma das complicações supracitadas no contexto de analgesia epidural, nem mesmo em casos em que foi puncionada a tatuagem^{24,29,30,31}.

Este assunto é ainda controverso e, enquanto há autores que afirmam que «na atualidade a anestesia epidural não se pode negar a parturientes com tatuagens lombares»^{29,32}, outros defendem que esta deve permanecer uma contraindicação relativa à realização de analgesia epidural.

As medidas empíricas utilizadas para evitar possíveis riscos parecem ser eficazes e devem ser utilizadas quando exequíveis. Se tal não for possível, cabe ao anestesiolista decidir a realização ou não da técnica, tendo sempre em conta que até à data não existem relatos de complicações neste contexto, contudo não há também evidência que a execução da epidural nestas circunstâncias seja totalmente segura.

Bibliografia

1. Memphis Archaeological and Geological Society (MAGS); 5300-year-old ice man; MAGS Rockhound News. 2003;49(2):1.
2. Jericho BG; Neuroaxial Anesthesia Through Tattoos: Is it Safe Puncturing The Dragon; The Internet Journal of Anesthesiology. 2009;20(1).
3. Narváez-Traverso A, Pérez-Martín B. Revisión bibliográfica de las complicaciones por anestesia epidural en parturientes con tatuajes lumbares; *Matronas Prof.* 2011;12(4):117-20.
4. Shanbhag S, Chilvers R. Tattoo and regional anaesthesia; *The Internet Journal of Anesthesiology*.2008;18(2).
5. Sleth JC, Guillot B, Kluger N. Lumbar tattoos and neuraxial anaesthesia ins obstetrics: practice survey in Languedoc-Roussillon, France; *Ann Fr Anesth Reanim.* 2010;29(5):397-401.
6. Gaspar A, Serrano N. Neuraxial blocks and tattoos: a dilemma?; *Archives of Gynecology and Obstetrics.* 2010;282(3):255-60.
7. Douglas M J, Swenerton JE. Epidural anesthesia in three parturientes with lumbar tattoos: a review of possible implications; *Can J Anaesth.* 2002;49(10):1057-60.
8. Baumler W, Eibler ET, Holhenleutner U, et al, Q-switch laser and tattoo pigments: first results of the chemical and photophysical analysis of 41 compounds; *Lasers Surg Med.* 2000;26:13-21.
9. Timko AL, Miller CH, Johnson FB. In vitro quantitative chemical analysis of tattoo pigments; *Arch Dermatol.* 2001;137:143-7.
10. Taleço T, Arese M, Ferreira E, et al; Bloqueios do neuroeixo em parturientes com tatuagem na região lombar: Qual o estado da arte?; *CAR: Revista de Anestesia Regional e Terapia da Dor.* 2005; 40.
11. Vasold R, Naarmann N, Ulrich H, et al. Tattoo pigments are cleaved by laser Light - The chemical analysis in vitro provide evidence for hazardous compounds; *Photochemistry and Photobiology.* 2004;80(2):185-90.
12. Martí Acebedo I, Cantalops Pericás B, Reche Padilla MJ, et al; Anestesia espinal y tatuajes; *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2004;51(4): 231-2.
13. Tattoos and permanent makeup. Disponível no endereço: <http://www.fda.gov/ForConsumers/ByAudience/ForWomen/ucm118568.htm>; consultado em 25 de agosto de 2012.
14. Welliver D, Welliver M, et al. Lumbar epidural cateter placement in the presence of low back tattoos: A review of safety concerns; *AANA Journal.* 2010;78(3):197-201.
15. Kuczkowski KM. Labour analgesia in a parturient with lumbar tattoo: a routine management? or not?; *Can J. Anaesth.* 2004;51(1):93.
16. Douglas MJ. Labour analgesia in a parturient with lumbar tattoo: a routine management? or not?; *Can J. Anaesth.* 2004;51:93;author reply.
17. Kluger N. Lumbar tattoos and lumbar epidural analgesia: unresolved controversies; *Can J. Anaesth.* 2008;55:128.
18. Rice I, Wee MYK, et al. Obstetric epidurals and chronic adhesive arachnoidites; *British Journal of Anesthesia.* 2004;2(1):109-20.
19. Aldrete JA. Neurological deficits and arachnoidites following neuroaxial anesthesia; *Ata Anaesthesiol Scand.* 2003;47:3-12.
20. Reina MA, Lopez-Garcia A, Dittmann M, et al. Iatrogenic spinal epidermoid tumors. A late complication of spinal puncture; *Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim.* 1996;43(4):142-6.
21. Park JC, Chung CK, Kim HJ. Iatrogenic spinal epidermoid tumor. A complication of spine puncture in an adult; *Clin. Neurol. Neurosurg.* 2003;105(4):281-5.
22. Ziv ET, Gordon McComb J, Krieger MD, et al. Iatrogenic intraspinal epidermoid tumor: two cases and a review of the literature; *Spine.* 2004;29(1):E15-8.
23. Carrada M, Carta al editor; *Anestesia en Mexico.* 2008;20(2):106-8.
24. Raynaud L, Mercier FJ, Auroy Y, et al. Epidural anaesthesia and lumbar tattoo: What to do?; *Ann Fr Anesth Reanim.* 2006;25(1):71-3.
25. Baris S, Guldogus F, Baris YS, et al. Is tissue coring a real problema after caudal injection in children; *Pediatr Anaesth.* 2004;14(9):755-8.
26. Kluger N, Freitag S, Guillot B, Sleth JC. Why puncturing a lumbar tattoo during epidural analgesia cannot induce an epidermoid tumor; *Reg Anesth Pain Med.* 2010;35(3):317.
27. Kluger N, Sleth JC, Guillot B. Lumbar tattoos and lumbar puncture: the emperor's new clothes?; *Can J Anesth.* 2007;54(10):855.
28. Per H, Kumandas S, Gümüş H, Yikilmaz A, Kurtsoy A. Iatrogenic epidermoid tumor: late complication of lumbar puncture; *J. Child Neurol.* 2007;22(3):332-6.
29. Mercier FJ, Bonnet MP. Tattooing and various piercing: anaesthetic considerations; *Curr Opin Anesthesiol.* 2009;22(3):436-41.
30. Kuczkowski KM. Lumbar tattoos and lumbar epidural analgesia: unresolved controversies; *Can J Anesth.* 2008;55(2):127-8.
31. Kuczkowski KM. Controversies in labor: lumbar tattoo and labor anesthesia; *Arch Gynecol Obstet.* 2005;271(2):187.
32. Ginsburg G. Lumbar tattoos and labor epidural: bare bones evidence; *J Obstet Gynecol Can.* 2009;31(3):203-4.

PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA DOR (PENPCDor)

1. Introdução

A dor é uma perceção pessoal que surge num cérebro consciente, tipicamente em resposta a um estímulo nóxico provocatório, mas por vezes na ausência de estímulo. A relação entre a perceção e o estímulo é variável, depende das expectativas e crenças do indivíduo, do seu estado cognitivo e emocional e não apenas da natureza do estímulo¹.

É inquestionável a importância da dor aguda enquanto sinalização de lesão ou disfunção orgânica, consubstanciada na muito frequente procura de cuidados de saúde que motiva. Uma vez esgotado esse objetivo, não só não é possível atribuir-lhe qualquer outra vantagem biológica como pode motivar alterações em múltiplos sistemas orgânicos. Daí podem resultar comorbilidades, redução da qualidade de vida e perpetuação da dor.

A dor aguda é um sintoma limitado no tempo, que pode e deve ser controlado. A dor crónica, ao persistir para além da cura da lesão que lhe deu origem ou na impossibilidade de objetivação de lesão, deve ser encarada não como um sintoma mas antes como uma doença por si só, conforme reconhecido pela European Federation of IASP Chapters (EFIC) em 2001.

A dor, em particular a dor crónica, tem impacto na pessoa muito para além do sofrimento que lhe causa, nomeadamente, sequelas psicológicas, isolamento, incapacidade e perda de qualidade de vida. Esse impacto pode ultrapassar a própria pessoa e envolver a família, cuidadores e amigos.

As repercussões socioeconómicas da dor são significativas pelos custos envolvidos no recurso frequente aos serviços de saúde e despesas com a terapêutica. Os custos indiretos são também muito elevados, designadamente devido à perda de produtividade pelo absentismo e presenteísmo, atribuição de compensações e subsídios.

A elevada prevalência da dor e a transversalidade da sua abordagem pelos profissionais de saúde, com particular destaque para médicos e enfermeiros, deveriam obrigar a uma formação adequada. Porém, isso ainda não se verifica, como tem sido reiteradamente reconhecido por diversas entidades, nomeadamente a International Association for the Study of Pain (IASP) e a EFIC. A formação em dor deve iniciar-se no período pré-graduado e ser continuamente aprofundada e atualizada ao longo do trajeto profissional.

O reconhecimento da multidimensionalidade da dor obriga com frequência a uma abordagem terapêutica multiprofissional e interdisciplinar. É neste âmbito que se inserem as estruturas hospitalares especializadas dedicadas à Medicina da Dor.

¹ <http://www.efic.org/index.asp?sub=0EIX4QVHa073B4>

2. Contexto

No final dos anos 90, a Direção-Geral da Saúde (DGS) reconheceu a necessidade de melhorar a abordagem da dor em Portugal. Da sua interação com a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) resultou o primeiro documento estratégico, o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD), aprovado por despacho ministerial em 26 de Março de 2001.

Foi uma ação inovadora e pioneira a nível internacional. Embora tenham sido dados alguns passos importantes, nomeadamente a equiparação da dor a 5º sinal vital (Circular Normativa N°09/DGCG, de 14/06/2003), não foram atingidas algumas das metas definidas até ao seu horizonte temporal de 2007.

Para assegurar a continuidade do PNLCD e tirando partido da experiência adquirida, foram redefinidos os objetivos e propostas novas estratégias operacionais. Foi nesse contexto que surgiu o Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCD), aprovado por Despacho da Senhora Ministra da Saúde, de 8 de maio de 2008. Consistiu num extenso e ambicioso programa para dez anos, inserido no Plano Nacional de Saúde 2004-2010.

O PNCD representou, sem dúvida, um marco estruturante para os cuidados de saúde na área da dor em Portugal. Para esse facto contribuiu, decisivamente, a intervenção da Comissão Nacional de Controlo da Dor, criada por Despacho da Senhora Ministra da Saúde, de 22 de setembro de 2008, com a missão de acompanhar e avaliar, a nível nacional, o desenvolvimento do PNCD. Embora todos os objetivos específicos tenham sido abordados, a sua abrangência e grau de complexidade não permitiu esgotá-los no período de vigência do PNCD. Das ações concretizadas², realçam-se as que conduziram ao aumento da comparticipação e modificação da prescrição de medicamentos opioides fortes, à emissão de norma sobre organização das Unidades de Dor Aguda, à emissão de orientações técnicas para profissionais de saúde, à produção de informação para a população em geral, à melhoria do conhecimento relativo à prevalência da dor crónica e dor aguda pós-operatória em Portugal, e à publicação da tabela da Medicina da Dor que faz parte integrante da Portaria n.º 163/2013 de 24 de abril. Não se concretizou a Rede de Referência Hospitalar para doentes com dor crónica, por se tratar de uma competência transferida da DGS para a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), que não se mostrou favorável à sua concretização.

O PNCD não esgotou o seu horizonte temporal que, como se sabe, terminava em 2018. Na sequência das atribuições conferidas à DGS pelo Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro e da aprovação, em janeiro de 2012, dos programas prioritários a desenvolver pela DGS, dos quais não faz parte o PNCD, foi decidido, em concordância com o despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 6 de junho de 2012, adotar um novo modelo orientador, agora designado “Plano Estratégico Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor)”.

Com o PENPCDor, que abrange toda a população residente em Portugal e tem um horizonte temporal de três anos, a DGS pretende dar continuidade aos objetivos que então presidiram à

² Contidas no *site* da DGS

aprovação do PNCD, alguns dos quais mantêm plena atualidade, e, bem assim, substância e coerência à promoção de estratégias prioritárias que visam a introdução e reforço da capacidade organizativa e de modelos de boas práticas na abordagem da dor, materializadas na concretização das ações agora definidas.

3. Princípios orientadores

Por manterem total atualidade, os princípios orientadores e os objetivos gerais enunciados no PNCD continuarão a nortear o presente PENPCDor.

Os princípios orientadores são:

- a) **Subjetividade da dor** - No estado atual do conhecimento, a dor não dá origem a qualquer indicador biológico mensurável, pelo que a intensidade da dor é, necessariamente, aquela que o doente refere. Deve ser dada particular atenção ao controlo da dor dos indivíduos com dificuldade ou impossibilidade de comunicação verbal;
- b) **Dor como 5º sinal vital** - A dor representa um sinal de alarme vital para a integridade do indivíduo e fundamental para o diagnóstico e monitorização de inúmeras patologias, mas não deve ser causa de sofrimento desnecessário. A avaliação e registo sistemático da intensidade da dor constituem uma norma de boa prática clínica que deve ser observada em todas as instituições de saúde, conforme dispõe a Circular Normativa da Direção-Geral de Saúde N° 09/DGCG, de 14/06/2003.
- c) **Direito ao controlo da dor** - Todo o indivíduo tem direito ao adequado controlo da dor, qualquer que seja a sua causa, por forma a evitar sofrimento desnecessário e reduzir a morbilidade que lhe está associada;
- d) **Dever do controlo da dor** - Todos os profissionais de saúde devem adotar estratégias de prevenção e controlo da dor dos indivíduos ao seu cuidado, contribuindo para o seu bem-estar, redução da morbilidade e humanização dos cuidados de saúde. Deve ser dada particular atenção à prevenção e controlo da dor provocada pelos atos de diagnóstico ou terapêutica;
- e) **Tratamento diferenciado da dor** - O controlo da dor deve ser efetuado a todos os níveis da rede de prestação de cuidados de saúde, começando em regra pelos Cuidados de Saúde Primários e prosseguindo, sempre que necessário, para níveis crescentes de diferenciação e especialização.

4. Objetivos

O presente Plano Estratégico tem como objetivos:

- a) Reduzir a prevalência da dor não controlada na população portuguesa;
- b) Melhorar a qualidade de vida dos doentes com dor;
- c) Racionalizar os recursos e controlar os custos necessários para o controlo da dor.

5. Eixos de intervenção

Para alcançar os objetivos propostos, o PENPCDor define cinco eixos de intervenção, estabelecendo cada um o número de ações prioritárias a desenvolver, através das quais se pretende aumentar os ganhos em saúde, racionalizar os recursos necessários à prevenção, avaliação e tratamento integrado da dor, conhecer o estado da arte do tratamento da dor crónica e a prevalência da dor crónica na população pediátrica e dotar os profissionais de saúde com a formação necessária para responder às exigências da qualidade dos cuidados de saúde a prestar.

Os eixos de intervenção são:

a) Dor em grupos específicos

- i. Dor na criança
 - (i) Realizar um inquérito aos serviços de pediatria que permita conhecer o estado da arte do tratamento da dor crónica em Portugal;
 - (ii) Realizar estudo de prevalência de dor crónica na população pediátrica;
 - (iii) Elaborar orientações técnicas sobre o tratamento da dor aguda pós operatória.
- ii. Dor no doente crítico (em cuidados intensivos)
 - (i) Elaborar orientações técnicas sobre avaliação da dor no doente crítico.
- iii. Dor no idoso
 - (i) Desenvolver orientações estratégicas para melhoria da adesão terapêutica.

b) Organização das estruturas diferenciadas para o tratamento da Dor Crónica

- i. Elaborar norma sobre organização das estruturas diferenciadas para o tratamento da dor crónica;
- ii. Elaborar norma sobre referenciação de doentes com dor crónica para as estruturas diferenciadas para o tratamento da dor crónica e desenvolver, em articulação com Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), o respetivo suporte informático;
- iii. Desenvolver, em articulação com os SPMS, o aplicativo informático para registos clínicos nas estruturas diferenciadas para o tratamento da dor crónica.

c) Revisão e monitorização das orientações técnicas

- i. Prescrição de opioides
 - (i) Rever as orientações técnicas contidas na Circular Informativa da DGS n.º 09/DSCS/DPCD, de 24/03/2008;
 - (ii) Monitorizar a prescrição de opioides.
- ii. Dor no idoso
 - (i) Revisão das orientações técnicas contidas na Orientação da DGS n.º 015/2010, de 14/12/2010.

d) Formação

- i. Elaborar recomendações sobre formação dos profissionais de saúde na área da dor e sensibilizar as ordens profissionais para a importância da formação em dor nos internatos médicos e na formação especializada em enfermagem.

e) Prevenção da Dor Crónica

- i. Criação de um grupo de trabalho para elaborar estratégia nacional de prevenção da dor crónica.

6. Implementação

- a) A implementação do PENPCDor faz-se através da concretização das ações prioritárias nele definidas, nos termos seguintes:
 - i. As ações prioritárias são realizadas por equipas de trabalho constituídas para o efeito, acompanhadas por um núcleo coordenador nomeado pelo Diretor-Geral da Saúde, com estatuto de consultor da DGS³;
 - ii. O grupo coordenador é constituído por Ananda Fernandes, Beatriz Craveiro Lopes, Duarte Correia (em representação da APED) e José Romão, que preside;
 - iii. As equipas de trabalho têm prazos previamente definidos para a conclusão das ações, segundo cronogramas assinados pelo Diretor-Geral da Saúde;
 - iv. As equipas de trabalho e o núcleo coordenador têm a colaboração técnica e executiva de Helena Monteiro, Isabel Castelão e Ana Leça, da Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde;
 - v. As orientações produzidas são colocadas em discussão pública, observando-se ainda, numa ótica de articulação institucional, a consulta a outras unidades orgânicas da DGS que prossigam idênticas atribuições.
- b) A implementação do PENPCDor pode, ainda, envolver a colaboração/parcerias com sociedades científicas, faculdades e outras entidades que contribuam com a produção e atualização de conhecimentos científicos ou com estudos sobre o estado da arte.

7. Cronograma

- a) O cronograma que faz parte integrante do PENPCDor (Anexo I) sistematiza os eixos de intervenção, as ações e as prioridades (P) da sua execução;
- b) As ações com indicação P1, P2 e P3, têm início, respetivamente, no primeiro, segundo e terceiro anos de vigência do PENPCDor;
- c) Os cronogramas referidos na subalínea iii., da alínea a), do ponto 6 devem observar as prioridades definidas na alínea anterior.

³ Disponível no *site* da DGS

ANEXO I

Cronograma de Execução

Cronograma de execução				
Eixos de intervenção	Ações	Prioridades (P)		
		P1	P2	P3
Dor em grupos específicos	Realizar inquérito aos serviços de pediatria que permita conhecer o estado da arte do tratamento da dor crónica em Portugal		✓	
	Realizar estudo de prevalência de dor crónica na população pediátrica;			✓
	Elaborar orientações técnicas sobre o tratamento da dor aguda pós operatória na criança	✓		
	Elaborar orientações técnicas sobre avaliação da dor no doente crítico (em cuidados intensivos).	✓		
	Desenvolver orientações estratégicas para melhoria da adesão terapêutica da dor no idoso			✓
Organização das unidades diferenciadas para o tratamento da dor crónica	Elaborar norma sobre organização das estruturas diferenciadas para o tratamento da dor crónica	✓		
	Elaborar norma sobre referenciação de doentes com dor crónica para as estruturas diferenciadas para o tratamento da dor crónica e desenvolver, em articulação com os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) o respetivo suporte informático		✓	
	Desenvolver, em articulação com os SPMS, o aplicativo informático para registos clínicos nas estruturas diferenciadas para o tratamento da dor crónica	✓		
Revisão e monitorização das orientações técnicas	Rever as orientações técnicas contidas na Circular Informativa n.º 09/DSCS/DPCD, de 24/03/2008, sobre prescrição de opioides	✓		
	Monitorizar a prescrição de opioides		✓	
	Rever as orientações técnicas contidas na Orientação da DGS n.º 015/2010, de 14/12/2010, sobre dor no idoso.			✓

Cont.

Cronograma de execução				
Eixos de intervenção	Ações	Prioridades (P)		
		P1	P2	P3
Formação	Elaborar recomendações sobre formação dos profissionais de saúde na área da dor e sensibilizar as ordens profissionais para a importância da formação em dor nos internatos médicos e na formação especializada em enfermagem		✓	
Prevenção da Dor Crónica	Constituir grupo de trabalho para elaborar uma estratégia nacional de prevenção da dor crónica		✓	