

Dor - tema actual mas esquecido

Pain - a forgotten reality

Maria Fragoso\*

\* Assistente graduada de Medicina Interna, Especialista de Oncologia Médica

Departamento de Oncologia Médica - Clínica Oncológica III, Porto

Recebido para publicação a 31.05.02

## **Resumo**

A dor é um sintoma que pela sua prevalência irá atingir grande parte da população em circunstâncias várias. Apesar de ter sido considerada, em tempos, de menor importância, hoje é-lhe atribuída uma dimensão importante enquanto problema de Saúde Pública. A dor oncológica, pela dimensão que o cancro tem vindo a tomar, assume, neste contexto, particular relevo. Persistem, no entanto, numerosos obstáculos à sua correcta valorização e tratamento. A aplicação de normas estritamente burocráticas não parece ser suficiente para a finalidade a que se propõem: reconhecer que a dor não é uma fatalidade, e que com medidas simples se pode conseguir um controlo razoável. Este desafio assume, no contexto socio-político actual, uma vertente ética de que não nos podemos alhear.

**Palavras chave:** Dor, prevalência da dor em oncologia, sub-tratamento, ética, negligência médica

## **Abstract**

Most of us will experience pain during our lives. Although it has been considered of little importance, we are now recognising pain as a major public health issue. Cancer pain, due to the obvious rising incidence of cancer, is a well-known problem of all those who deal with these patients. While effective pain management for individual patients is obviously important, improving pain management generally will require the implementation of *institutionwide* quality management programs, changing laws and regulatory practice and convincing administrators and the general public that pain management is important and merits support.

**Key words:** Pain, prevalence of cancer pain, under-treatment of pain, ethics, liability

*"a única dor suportável é a dor dos outros".*

Durante muitos anos ou mesmo séculos, não foi dada devida atenção ao problema da dor pelos profissionais de saúde. No que respeita à formação, quer pré quer pós-graduada, a dor não tinha praticamente relevância; era considerada, tradicionalmente, um sintoma difícil de tratar, envolvendo em alguns casos, medicamentos sujeitos a restrições legais, como os opióides, aos quais foram atribuídos riscos, nomeadamente depressão respiratória e dependência, muito superiores ao risco real. Por outro lado, a sua importância enquanto factor de morbilidade só recentemente foi reconhecida. Do doente esperava-se que tolerasse a dor e que, simultaneamente, não lhe desse muito relevo em termos de queixas. Daqui resultaram práticas diversas, como, por exemplo, a analgesia em SOS no pós-operatório, a desvalorização sistemática da dor no velho e na criança, as doses sub-terapêuticas, diria mesmo homeopáticas, de analgésicos, sobretudo nos doentes poli-traumatizados e oncológicos.

Esta realidade prolongou-se, nomeadamente na Europa Ocidental, em função, entre outros, de conceitos oriundos da filosofia judaico-cristã, que atribuíam à dor um carácter potencialmente libertador; aliás, este conceito traduz-se por frases tão usadas como "a dor santifica a alma", "o que arde cura", "sofrer na terra para ter um lugar no Céu".

No entanto, na última década, o interesse pela dor, quer em termos clínicos quer de investigação básica, quer em termos sociais, aumentou de forma significativa. As barreiras profissionais, institucionais e sociais para o eficaz controlo da dor têm sido identificadas; o doente tem agora maior percepção do direito ao controlo da dor. Há, no entanto, que transformar esta abordagem individualizada em formas de abordagem colectivas inseridas no âmbito institucional/ nacional de prestação de cuidados de saúde de qualidade. Mas a

informação isolada não é suficiente. O desafio passa por mudar a nossa atitude, enquanto clínicos, face ao doente com dor. Assim, há que reconhecer que a dor existe em todos os grupos etários, do recém-nascido ao idoso; que pode acompanhar qualquer outro tipo de situação clínica, criando situações de abordagem específica, como acontece, por exemplo, nos indivíduos com alterações cognitivas ou nos toxicodependentes; e que o respectivo tratamento é da responsabilidade do clínico que assiste cada doente.

Em Oncologia, a questão da dor assume dimensão especial. Constitui um dos principais sintomas na evolução do doente oncológico, surgindo em mais de dois terços dos doentes em fase avançada e em 30 a 60% dos doentes em fase activa de tratamento<sup>1,2</sup>. Nesta situação em particular, a dor perde a sua característica de sinal de alarme, de sistema de aviso de agressão endógena ou exógena com potencial destrutivo, para se converter em doença *de per se*. A confusão entre a necessidade de tratar o cancro e a necessidade de controlar a dor leva a que, muitas das vezes, não se utilizem todos os recursos disponíveis para o alívio da dor. Existem mesmo dados epidemiológicos que permitem afirmar com segurança que nem a dor aguda nem a crónica foram ou são tratadas de forma adequada neste grupo de doentes. Se, em 1978, Parkes afirmava que 70% dos doentes domiciliários e 60% dos hospitalizados tinham alívio inadequado da dor na fase final da vida; se, em 1982, Daut & Cleeland constataram que mais de 50% dos doentes referia alívio insuficiente da dor com o tratamento prescrito; se, em 1984, Twycroos referia que mais de 25% dos doentes neoplásicos morria com dor severa<sup>2,3,4</sup>, ainda recentemente eram apontados mais de quatro milhões de pacientes com dor, neste momento, dentre os mais de 19 milhões com o diagnóstico de cancro<sup>5</sup>. Os estudos das clínicas de dor referem que 50 a 80% dos doentes oncológicos que a elas recorrem não têm controlo adequado<sup>6</sup>. Estes dados adquirem ainda maior dramatismo quando a OMS afirma

que com meios simples a dor pode ser controlada de forma eficaz em 90% dos doentes oncológicos<sup>5,7,8</sup>.

Da desvalorização sistemática da dor, do facto de lhe atribuirmos sucessivamente um papel secundário, resultou que, para muitos doentes, cancro é sinónimo de dor não controlada; a experiência clínica demonstra que a maioria dos doentes acaba por referi-la em um ou mais momentos da sua existência, e que poucos acreditam sequer que é possível controlá-la, senão em todos os casos pelo menos numa maioria significativa de situações. Apesar do alívio notável que é possível obter com os opióides, há numerosos preconceitos quer do doente quer da família quer dos próprios médicos que levam à sua utilização inadequada, em função do que hoje consideramos serem os mitos da morfina<sup>9</sup>. Estes doentes fazem parte de um grupo de pacientes que Melzack descreve como vítimas de dor desnecessária<sup>10</sup>.

À luz dos conhecimentos actuais, poderíamos considerar que são vítimas da incapacidade de actuação devida do médico e, portanto, vítimas de negligência médica, dado que não foram tomadas as medidas necessárias ao alívio sintomático dos nossos pacientes<sup>11</sup>. Se é verdade que devemos fazer todo o possível por prescrever o tratamento mais adequado aos nossos doentes, fácil é entendermos que, se não o fizermos, quaisquer que sejam as razões, estamos a prejudicar o doente, dado que estamos a permitir a manutenção de sintomas desnecessários com conseqüente dano.

Por outro lado, se todos os doentes têm direito a ser tratados de forma similar qualquer que seja a sua origem geográfica, fácil é entender que, se atendermos à prevalência da dor, não podemos pactuar com tratamentos electivos nas consultas de dor ou nas unidades de

tratamento da dor. Se o fizermos estamos a contribuir claramente para a situação de negligência apontada anteriormente.

Estamos assim numa época em que se impõe a opção: se, por um lado, existem razões que justificam a prática organizada da analgesia, tornando-a economicamente viável e indispensável do ponto de vista ético, humano e clínico, por outro lado, aparecem solicitações a favor de um retrocesso, com alguns adeptos, nos meios financeiros, mas também e curiosamente entre aqueles que nunca deram um passo para melhorar a sua capacidade de lidar com a dor, e que encontram agora nas legítimas pressões de carácter económico razões bem oportunas para a sua atitude.

Coloca-se então a questão: é o adequado alívio da dor um objectivo de real valor clínico? Argumentos como o de que nunca ninguém morreu de dor, ou que o seu alívio, embora desejável, não é um problema principal, são habituais. Teremos de estabelecer uma hierarquia de prioridades para que esta questão possa ser respondida de forma afirmativa. Há argumentos de:

- Ordem clínica: dado que qualquer tratamento tem como objectivo a eficácia, o controlo dos sintomas acompanhantes deve ser incluído na eficácia.
- Ordem humana: todos os que sofrem desejam e estimam o bem-estar. Este contribui para diminuir a ansiedade e aumentar a confiança e a colaboração com a família e pessoal de saúde.
- Ordem funcional: o doente sem dor, requer menos recursos médicos e menos cuidados de enfermagem. O mesmo acontece com a família.
- Ordem ética: o direito ao controlo da dor é um direito inalienável de qualquer cidadão, não se devendo poupar esforços, ou sub-valorizar queixas.

- Ordem médico-legal: as razões de segurança não justificam situações de dor não controlada; há, sim, que ter em conta as devidas precauções.
- Ordem económica: a gestão adequada dos recursos disponíveis, visa garantir o máximo de eficiência(máxima eficácia ao menor custo).

No nosso país não existem dados que permitam saber qual é a situação actual. Pensa-se, no entanto, que a criação de Unidades de Cuidados Paliativos pode ter melhorado significativamente o panorama dos doentes terminais. Mas há que tentar averiguar se mudou a opinião que a maioria dos profissionais sanitários tem acerca do tratamento da dor oncológica; se a atribuição do tratamento da dor a unidades especializadas não é uma forma de desvincular os médicos do seu tratamento adequado.

A criação de unidades de dor não conseguirá dar solução a este grave problema se persistir a situação de desinformação que existe quer no meio dos profissionais de saúde quer a nível da população. Assim, um programa que não inclua a formação de profissionais de saúde (quer pré-graduada, quer pós-graduada), a informação do público em geral e a educação do doente no sentido de poder exigir um direito que é seu, estará vocacionado ao fracasso.

O tratamento adequado da dor oncológica é um imperativo ético. A preocupação pelo seu tratamento adequado deveria interessar a totalidade dos seres humanos, dado que, ao longo da vida, praticamente todos teremos tido pelo menos um episódio doloroso, e em muitos de nós esta dor irá assumir carácter crónico.

## Bibliografia

1. Elliot TE e Elliot BA. Physician acquisition of cancer pain management knowledge. *J pain symptom management* 1991; 6(4):224-225.
2. Bonica JJ, Ventafrida V, Twycross RG. *Cancer Pain*. Bonica JJ Edd The management of cancer pain. 2nd ed. Philadelphia. Lea & febiger 1990: 400-460.
3. Cleeland CS, Gonin R, Hartfield A Edmonson JH, Blum RH, Stewart JÁ, Pandya KJ. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer *N Eng J Med* 1994; 330: 592-596.
4. Twycross RG, Lack AS. Myths about morphine, in symptom control in far advanced cancer. *Pain relief*. Londres, UK Pitman 1983: 223-235.
5. World Health Organization 1996, *Cancer Pain Relief*
6. Teoh N, Stjernsward J. Who cancer pain relief program - ten years on. *IASP Newsletter* 5-6.
7. National Health and Medical Research Council. Management of severe pain. Report of the Working Party on management of severe pain. Australian Government Publishing service. Camberra 1993.
8. Crombie IK, Croft PR, Linton SJ e col. *Epidemiology of pain*. IASP Press; Seattle 1999.
9. Banos JE, Bosch F. Opioidphobia and cancer pain. *Lancet* 1993; 341: 1474.
10. Melzack R. The tragedy of needless pain. *Sci Amer* 1990;262: 27-33.
11. Shapiro RS. Liability issues in the management of pain. *J Pain Symptom Meanagement* 1994; 9(3): 146-152.