

DOR DESAFIOS NO TRATAMENTO

Prof. Dr. Ricardo Kiyoshi Miyamoto
CRM-SC 5761

Prof. Dr. Alexandre Coutinho Borba
CRM 29692

DOR

DESAFIOS NO TRATAMENTO

Prof. Dr. Ricardo Kiyoshi Miyamoto
CRM-SC 5761

Ortopedista e Traumatologista – Coluna Vertebral
Mestre e Professor da Faculdade de Medicina Univille – Joinville - S
Preceptor da Residência Médica IOT- Joinville

A medicina atual exige do médico um protagonismo tanto nas relações mais humanizadas quanto no conhecimento técnico cada vez mais abrangente. A busca da excelência no atendimento ao paciente com dor não depende apenas de tecnologias inovadoras. O conhecimento amplo e o emprego de todas as ferramentas possíveis para o completo acolhimento do paciente é fundamental para uma condição de sucesso do profissional de saúde.

A convicção que o tratamento humanizado e a capacidade de entender o paciente com dor de maneira global, faz da relação médico-paciente um fator de primordial relevância para o sucesso do tratamento. É de nossa responsabilidade e compromisso o controle da dor e o alívio do sofrimento.

Nesse cenário, a dor, atualmente considerada como “o quinto sinal vital”¹ (*figura 1*) e queixa constante nos consultórios médicos de qualquer especialidade. Deve ser valorizada, avaliada cuidadosamente quanto à natureza, diferentes tipos, padrões dos sintomas e tratamento mais eficaz. É considerada como o quinto sinal vital para que sua intensidade seja avaliada rotineiramente sempre que forem avaliados os sinais vitais, para que, a qualquer momento possa ser avaliado a evolução de intensidade da dor. Assim, verificar se a proposta terapêutica está sendo eficaz.

A abordagem para o tratamento da dor deve ser baseada nas suas manifestações clínicas, que esclarecem a fisiopatologia e os mecanismos específicos para cada síndrome dolorosa. O conhecimento de suas bases anatômicas, fisiológicas e bioquímicas é primordial para o correto diagnóstico da síndrome clínica e seu respectivo tratamento.

O controle adequado das queixas álgicas foi estudado em diversos centros acadêmicos e os resultados mostraram que, apesar do esforço para melhorar o controle da dor com o desenvolvimento e implementação de guidelines, o manuseio da dor ainda é difícil^{2,3}.

Observamos que a dor é um sintoma mal manejado em todo o mundo. Nos Estados Unidos, dados mostram que 50% a 80% dos pacientes portadores de neoplasia não obtêm analgesia adequada. Infelizmente, sabemos que 95% dos pacientes poderiam obter uma melhor analgesia com o uso correto das técnicas analgésicas⁴.

Estudos recentes indicam que algumas das alterações neuroplásticas de dessensibilização medular que ocorrem

após o trauma podem ser prevenidas por meio de tratamento agressivo da dor aguda⁵.

Em nossa prática diária a avaliação médica do paciente com dor envolve um diagnóstico correto, sendo um dos objetivos principais a determinação do tipo de dor.

Todo tipo de dor tem início de forma aguda, no qual envolve o sistema nervoso periférico, central e o componente psicológico. Sendo necessário para seu controle um tratamento multimodal completo. A analgesia multimodal pode ser realizado em qualquer parte da via dolorosa. A junção de fármacos analgésicos com mecanismos de ação diferentes permite a utilização de doses menores para obter controle da dor com o mínimo efeito adverso⁶.

Na nossa rotina de tratamento do paciente com dor utilizamos a orientação da escala de mensuração da dor (*figura 2*) e a escada analgésica recomendada pela Organização Mundial de Saúde (*figura 3*). Sendo a dor fraca tratada com AINEs, dipirona, acetaminofen e adjuvantes. Na dor moderada associa-se o primeiro degrau aos opioides fracos como codeína e tramadol, e na dor intensa aos opioides fortes como morfina, fentanil, metadona e oxicodona.

Salientando que a oxicodona possui apresentações em comprimidos de 10mg, 20mg e 40mg. É um opioide forte, mas, devido as suas características de segurança, quando em baixa dosagem (até 20mg/dia) pode ser utilizada no segundo degrau da escada da OMS, podendo ser utilizada na dor moderada assim como os opioides fracos. Em dores intensas, basta titular a dose de acordo com a intensidade da dor do paciente, reforçando que não existe dose teto para a medicação. Trata-se de um opioide semissintético que apresenta o dobro da potência analgésica da morfina. Possui um padrão bifásico de absorção: uma fase inicial rápida seguida por uma fase lenta e prolongada.

Importante informar e orientar os pacientes que os opióides apresentam efeitos adversos como náuseas, vômitos, sonolência, constipação intestinal e tolerância. Sendo que a



Figura 1
Dor: Quinto Sinal Vital

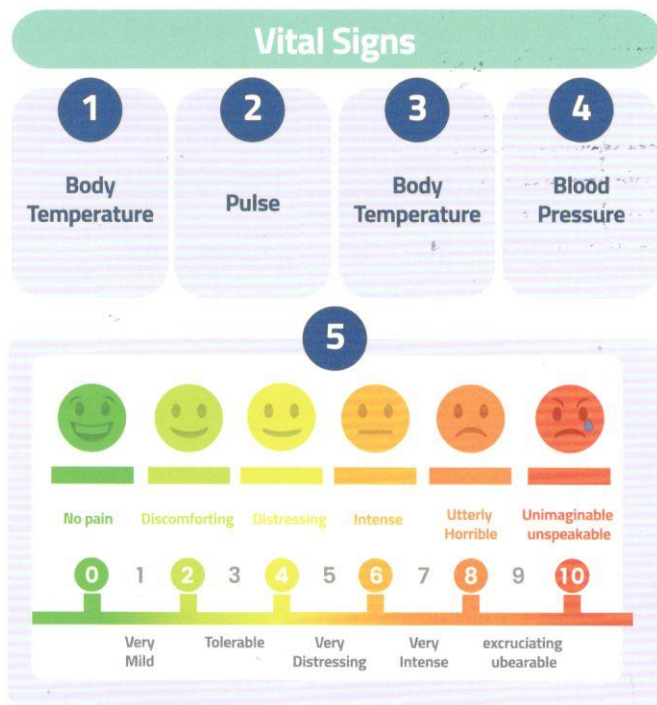


Figura 2 | Escala de mensuração

constipação intestinal é um efeito adverso que não apresenta tolerância, ou seja, não diminui a medida que o paciente faz uso continuado do opióide. Entretanto, segundo dados recentes do Journal of Pain Research o Brasil está entre os países com as menores taxas de prescrição de opióides do mundo. O país tem consumo de 7,8 mg de opióides por pessoa ao ano. A taxa recomendada seria de 192,9 mg ao ano por pessoa. Dados como esse refletem a subutilização de um recurso fundamental no tratamento adequado de nossos pacientes.

A fobia aos opióides tem origem em uma série de fatores: dificuldade da equipe médica para avaliar corretamente a dor sentida pelo paciente; deficiências no ensino médico a respeito do uso de opióides e do tratamento da dor; o medo, por parte do médico, do desenvolvimento de dependência física e psíquica do paciente; e as dificuldades legais para se prescrever tais drogas encontradas em alguns países.

A dor e suas consequências, quando não tratadas de maneira adequada, tiram a dignidade da pessoa e acarretam diminuição significativa na qualidade de vida e o surgimento de outros problemas de saúde. Todos os recursos disponíveis devem ser empregados e as deficiências técnicas dos profissionais demonstram uma necessidade de aprofundamento no estudo da dor. Alívio e conforto com certeza podem ser oferecidos aos nossos pacientes. Saber tratar a dor é tarefa que exige estudo e dedicação. É ponto fundamental na diferenciação do profissional médico e alicerce para a construção de uma relação médico-paciente forte e uma medicina mais humanizada.

Referências bibliográficas

Figuras

Figura 1: American Pain Society - <http://www.thepoisonreview.com/wp-content/uploads/pain-5th-vital-sign1.png>

Figura 2: Real Psychiatry - <http://real-psychiatry.blogspot.com.br/2016/06/the-demise-of-5th-vital-sign.html>

Figura 3: **FALTANDO REFERÊNCIA**

Artigos

1. SOUSA, Fátima Aparecida Emm Faleiros. Dor: o quinto sinal vital. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2002, vol.10, n.3, pp.446-447. ISSN 0104-1169.
2. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, et al. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. Anesth Analg 2003;97(2):534-40.
3. Salomaki TE, Hokajarvi TM, Ranta P, et al. Improving the quality of postoperative pain relief. Eur J Pain 2000;4(4):367-72.
4. A.W. DAUDT, E. HADLICH, M.A. FACIN, R.M.S. APRATO, R.P. PEREIRA. Opióides no manejo da dor — uso correto ou subestimado? Dados de um hospital universitário Serviço de Oncologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre; Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS. Rev Ass Med Brasil 1998; 44(2): 106-10
5. Manual. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. Rio de Janeiro – RJ. INCA, 2001
6. Kraychete, D.C. et al. Dor crônica persistente pós-operatória: o que sabemos sobre prevenção, fatores de risco e tratamento. Rev. Bras. Anestesiol. vol.66 no.5 Campinas sep./out. 2016

OMS - ESCALA MODIFICADA

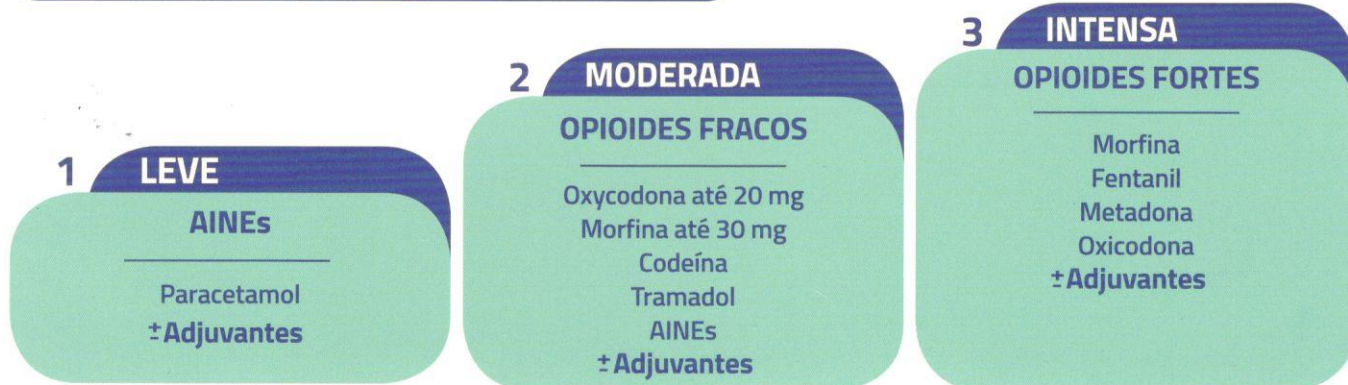


Figura 3 | OMS - Escala Modificada