

## O controlo da dor crónica: um indicador de qualidade dos serviços de saúde?

Chronic pain management: is it a quality indicator in healthcare services?

Raquel Cerqueira Gomes<sup>1</sup>, Paulo Reis-Pina<sup>2,3,4</sup>

1 Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF D'As Terras de Lanhoso, ACeS Cávado II - Gerês/Cabreira

2 Médico Pós-graduado em Medicina da Dor e Geriatria, Professor Assistente na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

3 Diretor Técnico da Unidade de Cuidados Paliativos "O Poverello", Braga

4 Membro da Comissão de Ética para a Saúde, Casa de Saúde da Idanha, Sintra

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real ou potencial, cuja descrição pode estar associada a uma lesão tecidual e a variáveis cognitivas ou emocionais, onde a dor é independente do dano tecidual.<sup>1</sup>

A dor pode ser classificada em aguda ou crónica, porém a diferença entre elas não se cinge unicamente à questão da temporalidade. A dor aguda é um sintoma limitado no tempo que pode e deve ser controlado. A dor crónica (DC), 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.<sup>2</sup>

Em Portugal, estima-se que a prevalência da DC seja de 36,7%.<sup>3</sup> A dificuldade em controlar a DC comporta um sofrimento físico e psíquico, fadiga, anorexia, alterações do sono, obstipação, náuseas e dificuldade de concentração, entre outros. A DC causa alterações na libido, mudanças na dinâmica familiar, desesperança, sentimento de morte, etc.<sup>4</sup>

Em Portugal, o custo total da DC representa 4 611,69 milhões de euros (42,7% por custos diretos e 57,3% por custos indiretos), correspondente a 2,71% do produto interno bruto (PIB) anual português em 2010.<sup>5</sup> A DC é causa de desemprego prolongado e de reformas antecipadas por invalidez, com impacto negativo no orçamento de estado.<sup>3</sup>

A DC é um fenómeno multidimensional, exigindo uma abordagem terapêutica multiprofissional e interdisciplinar. Portugal possui uma base legislativa que apoia a gestão da DC, reconhecendo-a como uma prioridade e um fator decisivo na indispensável humanização dos cuidados de saúde. A equiparação da dor como "sinal vital" (2003), incentivando o registo sistemático da dor, foi um marco importante, assim como o reconhecimento da Medicina da Dor como uma competência médica pela Ordem dos Médicos (2004). A instituição da prescrição eletrónica de medicamentos opioides e a isenção de taxas moderadoras nos tratamentos de DC (Decreto-Lei n.º 113/2011) foram outros marcos.<sup>6</sup> O recente Programa nacional para a prevenção e controlo da

dor (2017) visa promover modelos de boas práticas na abordagem da dor em todos os níveis de prestação de cuidados de saúde.<sup>2</sup>

Apesar do investimento crescente na área da Medicina da Dor e dos numerosos analgésicos disponíveis, alguns doentes vivenciam dores intensas e insuportáveis. De modo geral, as barreiras que interferem com o tratamento adequado da DC têm origem tripartida: doentes, profissionais e sistema de saúde. Os doentes evitam queixar-se e mostram-se relutantes à toma de analgésicos devido aos mitos sobre os fármacos e/ou seus efeitos adversos, especialmente os opioides. Ademais, temem que o seu médico não compreenda a dor que sentem ou que não perceba a forma como a dor afeta as suas vidas.<sup>7</sup> Alguns profissionais de saúde não avaliam a dor regularmente, por desconhecerem a sua fisiopatologia e/ou os tratamentos (farmacológicos e não farmacológicos) existentes para a DC. A preocupação com os efeitos adversos dos analgésicos, especialmente os opioides, bem como a dificuldade na sua titulação, torna estes fármacos subprescritos. Acresce que a DC é pouco reconhecida como uma "síndrome dolorosa crónica" e menos valorizada do que outras patologias, sendo por isso pouco codificada nos registos clínicos. Recordem-se os códigos da Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários (ICPC-2): síndrome da coluna cervical; síndrome do ombro doloroso; síndrome da coluna com irradiação de dores.

Estas barreiras contribuem para que o tratamento da DC seja moroso e inadequado. É imperativo criar soluções. Sugerem-se algumas no âmbito dos cuidados de saúde primários (CSP):

A realização de campanhas de informação e de sensibilização da população em geral sobre o fenómeno e o impacto negativo da DC, contribuindo para a literacia em saúde dos cidadãos.

O incentivo à formação pré e pós-graduada dos médicos, de forma a capacitar para a abordagem da DC (avaliação, diagnóstico e tratamento). A educação deve compulsivamente salientar que a dor é pertença

do doente e não da sua patologia: ainda que a doença não tenha tratamento específico ou cura, o ser humano portador de dor tem de se sentir cuidado, numa política de não abandono.

A formação em Medicina da Dor deveria ser obrigatória durante o internato de Medicina Geral e Familiar. Os estágios nesta área deveriam ser recomendados, assim como a investigação clínica em DC.

A sensibilização dos médicos de família para a codificação da DC no processo clínico, registando a “síndrome dolorosa crónica” e incluindo-a na lista de problemas do utente.

A criação de novas unidades de dor no âmbito dos CSP, de forma a que os recursos de saúde sejam adequados para um tratamento eficiente da DC, com a diminuição das listas de espera. Há atualmente algumas Unidades de Saúde Familiar (USF) com consultas de DC. É sabido que os CSP são, frequentemente, o primeiro contacto do utente com DC com o Serviço Nacional de Saúde. O tratamento da DC deve ocorrer privilegiando a proximidade, de modo descentralizado, com boa acessibilidade. As consultas de DC contratualizadas em CSP seriam designadas de acordo com uma diferenciação progressiva, em função da competência e multidisciplinaridade do seu corpo clínico. A saber: nível 1- consultas de dor; nível 2 - clínicas de dor; nível 3 - centros de referência. Os casos complexos seriam atempadamente encaminhados dos centros de nível 1 para aqueles de nível 2 ou 3 (com menor lista de espera), e posteriormente derivados para níveis inferiores de cuidados, com consultoria de especialista com competência em Medicina da Dor (mandatoriamente presentes nos centros de nível 3). O ideal seria que cada Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) tivesse pelo menos um centro de nível 1, deixando os outros níveis para uma fase posterior do desenvolvimento dos CSP (com mais equipas, menos utentes por médico de família, mais estágios realizados em DC).

As políticas de saúde devem reconhecer o controlo da DC como um indicador da qualidade dos serviços de saúde. Estes indicadores proporcionam a identificação de problemas reais e potenciais, possibilitam o acompanhamento da qualidade do serviço oferecido, de forma constante, visando a melhoria e a excelência.

Sugerem-se como indicadores de qualidade a serem adoptados em CSP, relativos à DC, os seguintes: prevalência de dor controlada (dor com intensidade igual ou inferior a 3, em autoavaliação); taxa de prescrição de tratamentos analgésicos, farmacológicos

e não farmacológicos; taxa de utilização de uma escala obrigatória para avaliar a dor (Circular Normativa N.º 09/DGCG de 14/06/2003 da Direção-Geral da Saúde); prevalência de dor ligeira, moderada e intensa nos doentes com DC. Ademais, seria útil considerar, no âmbito da dor nociceptiva, um índice de gestão da dor: o qual faz a relação entre a intensidade da dor sentida pelo doente (empoderamento da pessoa com dor, através de autoavaliação) e a potência do analgésico prescrito para essa dor (papel do médico, segundo os ditames da escada analgésica da Organização Mundial da Saúde). Outro indicador seria a taxa de adesão à Norma número 043/2011 da Direção-Geral da Saúde (atualizada a 13/07/2017), relativa ao tratamento farmacológico da dor neuropática no adulto e idoso.

Com a monitorização destes indicadores, a abordagem e o tratamento da DC seriam efetivamente prioritários. Para os utentes com DC seria parte crescente de uma medicina que, cada vez mais, deve ser eficiente, criadora e multiplicadora de valor.

O alívio da dor é atualmente visto como um direito humano básico, portanto, trata-se não só de uma questão clínica, mas também de uma situação ética.<sup>8</sup> O controlo da dor é um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde e para monitorização da qualidade dos serviços. Posto isto, para quando o controlo da DC como um indicador de qualidade dos serviços de saúde?

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Internacional Association For The Study Of Pain – Task Force on Taxonomy of Chronic Pain. *Classification Of Chronic Pain, Second Edition (Revised)*. IASP Press, Seattle, 1994.
2. Direção-Geral da Saúde. *Programa Nacional Para A Prevenção E Controlo Da Dor*. Direção-Geral Da Saúde, Lisboa, 2017.
3. Azevedo, Luís Filipe et al. “Epidemiology Of Chronic Pain: A Population-Based Nationwide Study On Its Prevalence, Characteristics And Associated Disability In Portugal”. *The Journal Of Pain*, vol 13, no. 8, 2012, pp. 773-783. Elsevier BV, doi:10.1016/j.jpain.2012.05.012.
4. Cunha, Lorena Lourenço, and Wildete Carvalho Mayrink. “Influência Da Dor Crónica Na Qualidade De Vida Em Idosos”. *Revista Dor*, vol 12, no. 2, 2011, pp. 120-124. *Fapunifesp (SciELO)*, doi:10.1590/s1806-00132011000200008.
5. Azevedo, Luís Filipe et al. “The Economic Impact Of Chronic Pain: A Nationwide Population-

- Based Cost-Of-Illness Study In Portugal”. *The European Journal Of Health Economics*, vol 17, no. 1, 2014, pp. 87-98. *Springer Science And Business Media LLC*, doi:10.1007/s10198-014-0659-4.
6. Reis-Pina, Paulo et al. “Moderate To Severe Cancer Pain: Are We Taking Serious Action? The Opioid Prescribing Scenario In Portugal”. *Acta Médica Portuguesa*, vol 31, no. 9, 2018, p. 451. *Ordem Dos Medicos*, doi:10.20344/amp.10999.
  7. Reis-Pina, Paulo et al. “Cancer-Related Pain Management and the Optimal Use of Opioids.” *Acta medica portuguesa* vol. 28,3 (2015): 376-81. doi:10.20344/amp.5801.
  8. Araujo, Lucimeire Carvalho de, and Bruna Romero. “Pain: Evaluation Of The Fifth Vital Sign. A Theoretical Reflection”. *Revista Dor*, vol 16, no. 4, 2015. *GNI Genesis Network*, doi:10.5935/1806-0013.20150060.

#### **CONFLITOS DE INTERESSES**

Os autores declaram a ausência de conflitos de interesses.

#### **CORRESPONDÊNCIA**

Raquel Cerqueira Gomes  
Rua do Souto nº 13 Nogueiró, 4715-386 Braga  
Endereço de e-mail: rcerqueiragomes@gmail.com