

DOR CRÓNICA – UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Artigo resumido no âmbito da realização de um Projecto de Implementação de uma Unidade da dor

(2007)

Ana Rita Dias

Psicóloga da Área Clínica e do Aconselhamento

Email:

psi.ritadias@gmail.com

RESUMO

A dor crónica é um fenómeno complexo e constantemente especulativo nas vertentes físicas, psíquicas, sociais e comportamentais, que importa ser entendido. A partir do momento em que se estabelece uma passagem entre a dor aguda e a dor crónica, esta passa de um sintoma a um síndrome, constituindo uma verdadeira doença. Se esta não for tratada, o doente centra-se na sua dor, podendo evoluir até à total incapacidade.

O presente trabalho tem como objectivo não só abordar a temática da dor crónica em adultos, como explicar a necessidade da existência das unidades da dor nos serviços públicos prestados aos utentes, de forma a contemplar o percurso do paciente, desde a altura em que procura ajuda, até às possibilidades terapêuticas que sejam mais utilizadas e eficazes no contexto da intervenção no controle da dor crónica.

Palavras-chave: Dor crónica, impacto psicológico, unidade da dor, intervenção

INTRODUÇÃO

“A dor procura o Outro, procura escuta, contacto, palavras, uma linguagem que a contenha e que a torne suportável... procura sentido para poder ser sentida” (Manuela Fleming, 2003).

Todos nós sabemos o que é a dor, mas ao tentar defini-la, muitos de nós percebemos que interiorizámos o seu significado de uma forma intuitiva. Isto deve-se, em grande parte, à

subjectividade inerente à experiência de dor. A definição de dor que nos dias de hoje é mundialmente aceite, é a da Associação Internacional de Estudos da Dor (**IASP**) que conceitua a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, que é decorrente ou descrita em termos de lesões teciduais”.

É indiscutível a importância da dor no desenvolvimento do ser humano, sendo a sua função inicial informar sobre um perigo ou instabilidade do organismo. O problema surge quando a dor persiste após a eliminação do que a causou, não cumprindo nenhum papel à sobrevivência do indivíduo ou mesmo ao seu crescimento pessoal.

Distingue-se **dor crónica** de **dor aguda**. A dor aguda pode ser definida como um sinal de aviso essencial à sobrevivência ou ameaça à integridade, de curta duração, que permite ao organismo mobilizar-se para responder à agressão e defender-se. O seu diagnóstico etiológico não é difícil de detectar e, geralmente, desaparece após a eliminação do agente causal. Já a dor crónica, normalmente é de difícil identificação temporal e/ou causal, causa sofrimento, podendo manifestar-se com várias características e gerar diversos estados patológicos. Geralmente, considera-se uma evolução com mais de três a seis meses de duração, podendo manifestar-se de modo contínuo ou recorrente (Carvalho, 1999).

O impacto da dor crónica

Mais do que um sintoma, a dor crónica torna-se uma doença, sendo o controle desta, o objectivo primordial do tratamento. As componentes emocionais envolvidas na experiência dolorosa crónica podem ser mais significativas do que propriamente as componentes sensitivas. Os doentes com dor crónica apresentam com frequência comorbilidade, em que há uma prevalência elevada de depressão, ansiedade, transtornos de sono, de sexualidade, de uso/abuso de substâncias, isolamento e problemas nas relações interpessoais. Há, portanto, uma relação entre as reacções fisiológicas e a interpretação das qualidades sensoriais com os componentes afectivos, cognitivos e comportamentais (Carvalho, 1999).

Segundo o relatório Eurabarómetro (2002), **Portugal** é um dos países da Europa com maior incidência de doenças crónicas, e é também o segundo país da Europa com maior percentagem de indivíduos em tratamento de longa duração, e onde o cidadão tem a pior opinião acerca do seu estado de saúde. Com base no relatório Pain in Europe (2003), estima-se que em Portugal cerca de **2 milhões** de pessoas sofrem de dor crónica.

Os efeitos da incapacidade crónica, bem como os efeitos familiares, sociais e financeiros inerentes a esta, contribuem todos para o sofrimento prolongado e interferem com a reabilitação de muitos doentes. Este tipo de dor domina a vida e as preocupações do doente, da sua família e dos seus amigos. A dor crónica é, geralmente, acompanhada por um **conjunto complexo de**

alterações somáticas e psicossociais, que constituem uma parte integrante de todo o problema da dor crónica e intensificam, consideravelmente, o sofrimento do doente (Coniam & Diamond, 2001).

Essas alterações incluem: a imobilização e conseqüente enfraquecimento muscular e articular, entre outros; vulnerabilidade do sistema imunitário e maior susceptibilidade a contrair doenças; distúrbios do sono; falta de apetite e nutrição deficiente; dependência medicamentosa; dependência exagerada da família e de profissionais da saúde; utilização exagerada e inadequada dos diversos sistemas de Saúde; menor rendimento no local de trabalho ou incapacidade de realizar uma actividade; invalidez; tendência para a introversão, isolamento do meio social e familiar; ansiedade, medo, frustração, depressão ou mesmo suicídio. Pode-se dizer que a **qualidade de vida** das pessoas afectadas fica, directa ou indirectamente, drasticamente diminuída.

Os doentes com dor e seus familiares podem também estar sujeitos a **problemas de natureza psicossocial**, tais como: despesas com as prestações dos serviços de Saúde e com os medicamentos; ausência do local de trabalho e perdas de horas de trabalho; diminuição do vencimento; falta de produtividade, ao nível da economia geral e do lar; sobrecargas financeiras, suportadas pela família e entidades patronais; custos com a compensação dos assalariados e pagamentos para a Segurança Social.

Em suma, muitos pacientes enfrentam a perda de um corpo saudável e, para muitos, as diferenças no funcionamento corporal a que estavam habituados leva a uma perda de autonomia. No início é comum que estes sejam bem assistidos pelos amigos, mas com o tempo tendem a isolar-se e a sofrer alterações na dinâmica social e familiar. A doença exige uma nova readaptação do indivíduo na sociedade, podendo este facto desencadear problemas de identidade. Assim, a pessoa procura elaborar o luto de todas estas perdas e de vínculos afectivos, criando novos vínculos, espaços e horizontes (Angerami-Camon, 2001).

A importância da Unidade da dor

Hoje em dia, e para uma boa prática médica, o **controle da dor deve fazer parte obrigatória dos cuidados prestados a todos os pacientes**.

Actualmente, a qualidade do tratamento da dor é objecto de debate, a nível nacional e internacional, devido à pressão exercida pela opinião pública e em face da sobrecarga considerável que enfrentam os doentes e os seus familiares. Em resultado de um intenso trabalho de informação, da pressão exercida por grupos interessados e do trabalho persistente de alguns médicos e políticos, a reavaliação profunda do tratamento da dor tem vindo a tornar-se uma tarefa fulcral de uma medicina centrada no doente (P.A.I.N.,2004).

Torna-se um desafio fazer do controle da dor um dos aspectos prioritários nos cuidados oferecidos aos utentes. Uma actuação específica tanto na prevenção como no tratamento da dor, poderá evitar o sofrimento de muitos utentes, os quais por vezes desenvolvem dor crónica por falta de medidas profiláticas de baixo custo (Moreno, 2004). A médio e longo prazo, o investimento na consulta da dor e principalmente as medidas de prevenção de controlo da dor, poderão trazer uma diminuição de custos para o sistema de saúde.

Os especialistas na dor crónica têm conhecimentos específicos para o manejo da dor crónica que não consegue ser controlada por meios mais simples. Tal como noutra ramo da ciência há um estudo da sua patologia, fisiologia, farmacologia e consequências psicológicas, conseguindo-se obter melhores resultados. Se a dor se torna aparentemente intratável, o especialista tem maior probabilidade de compreender a sua causa e minimizar o impacto e a incapacidade que poderá causar. É esta a função da consulta da dor (Coniam & Diamond, 2001).

Os **objectivos de uma Unidade da dor** passam por melhorar o funcionamento físico e a qualidade de vida do utente. Isto envolve, por um lado, melhorar o tonus muscular, a auto-estima, a auto-eficácia e as estratégias de *coping*, e por outro, reduzir o aborrecimento, os comportamentos de dor e os ganhos secundários; diminuir a dependência dos medicamentos e dos serviços médicos, com um aumento do controle pessoal e a redução do papel de doente; e aumentar o apoio social, proporcionando ao utente momentos de distração e gratificação e, também, o apoio da família, principalmente na redução dos efeitos secundários, tendo em conta um claro conhecimento das capacidades e limitações do utente.

A Equipa Multidisciplinar

Quando o paciente com dor crónica não melhora através da medicina tradicional, é importante que tenha ao seu dispor uma equipa multidisciplinar que possa actuar nas diferentes vertentes. O acesso a outros especialistas possibilita ao utente outras formas de tratamento, em que uma **visão integrada da dor crónica** é construída com o paciente.

Idealmente, a equipa de profissionais de saúde deverá ser constituída por **médico/anestésista, enfermeiro, psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, nutricionista e assistente social**. O trabalho em conjunto das diferentes especialidades promove a reactivação física, a reabilitação, o condicionamento para o trabalho, os tratamentos psicológicos, os tratamentos farmacológicos e a educação do paciente e da família. Para isso, é importante que os membros da equipa estejam em constante comunicação, e que troquem frequentemente e ao longo do tempo a informação relativa ao utente (Coniam & Diamond, 2001).

Os profissionais envolvidos devem reconhecer que a dor tem uma variedade de causas, e que vários diagnósticos podem ser compatíveis e coexistentes. Se não for possível chegar a um

diagnóstico, assume-se que a causa do sintoma não foi descoberta, e o paciente continua, na medida do possível, a receber orientações e tratamentos sintomáticos.

Alguns estudos têm comprovado a eficácia da multidisciplinaridade no tratamento da dor crónica, concluindo que a combinação de tratamentos apresenta maior sucesso do que as propostas terapêuticas unidimensionais. Verificam-se melhoras nos utentes, tanto em aspectos subjectivos quanto nas medidas objectivas de eficiência, como, por exemplo, retorno ao trabalho e diminuição do uso do sistema de saúde (Coniam & Diamond, 2001).

Na equipa multidisciplinar, o psicólogo também tem a responsabilidade de manter a coesão entre os elementos desta, detectar focos de conflito, facilitar a comunicação e interacção, e criar um espaço de reflexão que gire em torno da equipa e dos cuidados aos pacientes (Angerami-Camon, 2001).

Um trabalho bem sucedido da equipa multidisciplinar está intimamente relacionado, não só com as competências profissionais de todos os elementos, como também do equilíbrio emocional que estes possuam. Numa altura em que se dá tanta relevância ao stress associado a muitos prestadores de cuidados de saúde, não nos podemos esquecer do papel que o psicólogo deve exercer junto destes. Inclusivamente o psicólogo não pode descurar a necessidade dele próprio procurar esse apoio.

A Intervenção

Após referência à consulta da dor, é fundamental proceder a uma avaliação completa do utente. A dificuldade existente em descrever objectivamente o processo da dor origina algumas dificuldades, daí a necessidade e pertinência em recorrer a uma avaliação biopsicossocial do fenómeno, proporcionando a posteriori um diagnóstico e tratamento mais adequados. Assim, a presença de um médico e de um psicólogo logo na 1ª consulta será uma mais valia para obter uma visão global e integradora da história do sujeito.

Uma história detalhada da dor e do desenvolvimento do indivíduo oferece um contexto para o entendimento da cronicidade da síndrome dolorosa. Estas avaliações podem ser obtidas através da entrevista clínica e da realização de testes.

Para ajudar a diagnosticar a causa da dor e o impacto desta no utente, existem **medidas de avaliação**, que devem ser seleccionadas de acordo com as necessidades do paciente. Estas permitem a descrição dos sintomas pelo paciente, assim como descrição do tipo de dor, que pode ser importante na escolha do tratamento mais adequado. Podem, ainda, dar uma ideia da reacção do paciente à dor e dos efeitos que esta tem na sua vida.

No paciente com dor crónica, o psicólogo tem como objectivo principal ajudá-lo a adaptar-se a uma nova condição de vida, baseando-se numa visão humanística que envolva os pacientes e

os seus familiares. Assim, o ser humano é encarado na sua globalidade, integridade e individualidade, com os seus direitos bem definidos e respeitados.

Particularmente no hospital, o psicólogo procura ainda ser um **intermediário**, que busca a compreensão das relações entre os profissionais, entre profissionais/pacientes, e entre profissionais/familiares. Tendo em conta a história de vida do sujeito, é necessário estar-se atento a questões como a angústia do paciente a nível existencial, a depressão perante o sentimento de “destruição” do corpo, o sofrimento, a invalidez e o medo do internamento. O paciente com dor crónica por vezes precisa de **cuidados especiais durante toda a vida**, estando sujeito a tratamentos rigorosos e de elevado custo. De acordo com o grau de dificuldade desses tratamentos, vai haver uma maior ou menor modificação de toda uma vida pessoal e familiar já existente, que pode ser reestruturada com a ajuda do psicólogo. Neste sentido, é de extrema importância que as instituições hospitalares possam contar com o trabalho de profissionais habilitados, que sejam capazes de lidar com este tipo de doentes, dentro das suas limitações físicas, psíquicas e sociais. O psicólogo procura perceber a vivência do doente, identificando o que se passa na consciência deste a partir do momento em que sofre de dor crónica, através de uma relação empática e flexível que visa um encontro mais próximo, afastando a ideia impessoal do atendimento clínico tradicional. Promove-se a reabilitação do paciente em todas as esferas da sua vida, para que esta possa ser vivida o mais tranquilamente possível, e a assistência psicológica também actua em situações de **crise do confronto com a doença**, considerando-se que a pessoa hospitalizada passa por constantes mudanças, que podem trazer regressões emocionais, negação da realidade, dependência e impotência, que estão também ligadas à própria rotina da hospitalização do indivíduo (Angerami-Camon, 2001).

É ainda extremamente importante actuar junto da família do paciente que sofre de dor crónica, visto que é através desta que se estabelecem **vínculos afectivos significativos**, que estão associados a sentimentos de apoio e segurança. Quando um paciente sofre de dor crónica, passa por uma série de experiências emocionais como o desamparo e a fragilidade, que o levam a sentir necessidade de ser protegido pelas figuras que ao longo da sua vida têm desempenhado esse papel.

Com o auxílio da família, o paciente pode experienciar estes sentimentos com menor intensidade, ajudando-o a adaptar-se a uma crise que se instala na sua vida. Contudo, o contrário também pode acontecer. Por vezes os familiares não sabem como agir perante aquele que sofre e que lhes é próximo, comprometendo o desenvolvimento e progresso dos tratamentos. Por esse motivo, é necessário actuar não só junto dos pacientes mas também do núcleo familiar que vivencia essa mesma crise (Angerami-Camon, 2001).

A evolução dos tratamentos permite que actualmente o número de internamentos seja menor, mantendo a pessoa na comunidade a ser acompanhada por ambulatório. Assim, a responsabilidade nos cuidados primários do paciente, passa a ser menos das instituições e mais dos familiares (Yacubian & Neto, 2002).

Porém, frequentemente não são fornecidas informações básicas aos familiares, assim como um treino que lhes permita o manejo adequado do paciente com dor crónica. Na maioria dos serviços, não se considera a necessidade que eles têm de receber informações sobre a doença, de expressarem os seus pontos de vista e as suas dificuldades. Deste modo, a importância da **psicoeducação** mostra-se cada vez mais evidente, sendo a sua função ensinar aos membros da família que cuidam da pessoa, as características e particularidades da dor crónica em si mesma, os tratamentos, limitações e necessidades deste tipo de pacientes.

Após uma avaliação completa do utente em todas as suas vertentes, deverá ser criado um **programa individual de controlo da dor** que tem como objectivo reduzir a intensidade da dor e melhorar a qualidade de vida do utente.

Em qualquer intervenção terapêutica pretende-se conseguir alguma forma de mudança, que pode ser completamente diferente de acordo com as características individuais de cada um e com o resultado desejado. Tratar todos os pacientes como um grupo homogéneo com igual motivação, não é o mais adequado. Há pessoas que activamente procuram ajuda, estão altamente motivadas para considerar a mudança e procurar estratégias através das quais tal possa ser atingido. Outras, pelo contrário, podem estar menos dispostas a considerar essa mudança (Bennet, 2002).

Diversas técnicas e terapêuticas podem e devem ser utilizadas no paciente com dor crónica, nomeadamente tratamentos psicofarmacológicos ou com drogas psicoactivas, terapia cognitiva-comportamental, estratégias de coping e de redução de stresse, técnicas de relaxamento, biofeedback e ainda psicoterapia de orientação analítica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelas razões que já foram apontadas, é urgente proporcionar aos que sofrem de dor, a reunião de todos os esforços no sentido de lhes melhorar a qualidade de vida, assim como a dos seus familiares que também por ela são afectados.

Não resta qualquer tipo de dúvidas de que, pela sua frequência na população e potencial para causar diversas incapacidades, **a dor é um verdadeiro problema de saúde pública**, que justifica uma actuação organizada e eficaz.

BIBLIOGRAFIA ÚTIL:

IASP- International Association for the Study of Pain (www.iasp-pain.org)

EFIC- European Federation of the IASP Chapters (www.efic.org)

PAIN in EUROPE – A 2003 Report (www.painineurope.com)

A Dor na População Portuguesa - Alguns Aspectos Epidemiológicos (2002)- Observatório Nacional de Saúde (ONSA), do Instituto Nacional de Saúde Dr.Ricardo Jorge (www.onsa.pt)

Plano Nacional de Luta contra a Dor (2001) – Ministério da Saúde – Direcção Geral de Saúde: Lisboa

Angerami – Camon, V.A. e colaboradores (1996). *E a Psicologia entrou no hospital*. São Paulo: Editora Pioneira

Angerami – Camon, V.A. e colaboradores (2001). *Psicossomática e a psicologia da dor*. São Paulo: Editora Pioneira

Bennett, Paul. (2002). *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Coniam, S.W., Diamond, A.W. (2001). *Controlo da dor*. Lisboa: Climepsi editores

Carvalho, M. (1999). *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus editorial (2ª edição).

Diamond, A.W., Coniam, S.W. (1999). *Controlo da dor crónica*. Lisboa: Climepsi editores.

Fleming, M (2003). *Dor sem nome: Pensar o sofrimento*. Porto: Edições Afrontamento

Yacubian, J., Neto, F.L. (2001). Psicoeducação Familiar. *Família, Saúde Desenv.*, 3 (2), 98-108