

A Dor em Neurocirurgia

A perspectiva dos cuidados paliativos

A dor é uma experiência sensorial pela qual todos nós já passámos, desde a dor sentida na infância a quando do romper dos dentes, a dor provocada pela queda de bicicleta, até à dor de barriga sentida na véspera do exame, são tudo experiências pessoais únicas, com um significado e repercussões também elas ímpares. Citando Deolinda Lima, (1995, p.21) "A sensibilidade dolorosa, ao contrário de outras modalidades sensitivas, caracteriza-se por uma grande versatilidade de expressão. Múltiplos factores, desde o estado de atenção ao stress, passando pela memória de experiências passadas, a concomitância de outros estímulos, dolorosos ou não, ou o contexto volitivo, interferem no modo como um determinado acontecimento nómico é percebido e no tipo de reacções que origina. (...) É ainda característico de qualquer experiência dolorosa um certo contexto afectivo, ele próprio determinante do modo como a dor é percebida na sua situação em curso e em experiências futuras."

João Luis Marques Pêla
Enfermeiro Graduado
Especializando em cuidados paliativos
Faculdade de Medicina de Lisboa)
Neurocirurgia 2
Centro Hospitalar de Lisboa
Zona Central
Hospital dos Capuchos

Revisão por
Pedro Alexandre Ferreira
Enfermeiro Graduado
(Licenciado em Ciências da Educação
pela Faculdade de Psicologia e de
Ciências da Educação)
Neurocirurgia 2
Centro Hospitalar de Lisboa
Zona Central
Hospital dos Capuchos

A dor, como nos refere M. Silverio Marques (2003), apresenta várias dimensões fenomenológicas: localização corpórea, qualidade somática, sentimento de sofrer e resposta negativa ao sofrimento. A IASP (International Association of Study of Pain), define dor como "Uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual potencial ou real, ou cuja descrição pode corresponder à existência de tal lesão". Em relação à dor crónica há que referir a adenda proposta pela ISN (International Society of Neurology) "A dor crónica, definida por uma duração superior a três meses, altera a personalidade do paciente bem como a sua vida familiar, social e profissional". Como se pode constatar a experiência de dor é multifactorial. Sempre que se pretenda um tratamento eficaz da dor

independentemente das suas características neuroanatómicas, ou da patologia de base que lhe está associada, há que ter em linha de conta o indivíduo com dor, como ser biopsíquico, espiritual e cultural e a sua família ou pessoas significativas. Só cuidando na globalidade poderemos ser eficazes no tratamento da dor.

A abordagem terapêutica da dor, é também ela multidimensional, o que implica um trabalho em equipa pluriprofissional, com a participação efectiva de todos, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais e em alguns casos ministros religiosos. Aos serviços de Neurocirurgia, recorrem doentes com as mais variadas patologias, que vão desde os politraumatizados, com necessidade de intervenção cirúrgica ou não, aos doentes com patologias da coluna vertebral (Hérnias discais, estenoses canalares, lesões espondilodiscíticas de entre outras). Recorrem igualmente a estes serviços doentes com patologia tumoral, como os portadores de tumores cerebrais primários, sendo os mais frequentes: Gliomas, Astrocitomas, Oligodendrogliomas, Meningiomas, Neurinomas do acústico, Adenomas da Hipófise, Craniofaringiomas e Hemangioblastomas. Existe também alguma prevalência, embora menor de tumores do crânio, tais como: Osteomas, Hemangiomas, Tumores epidermóides e dermóides do crânio. A patologia tumoral primitiva da coluna e medula, que surge com mais frequência, são os tumores intramedulares e os tumores ósseos da coluna. Há também uma elevada prevalência de lesões secundárias, como sejam: metástases cerebrais, metástases da coluna vertebral ou medula.

Todas estas patologias têm associada a dor, que tem características específicas, embora, no caso das lesões tumorais cerebrais, não seja o sintoma mais frequente, pois citando Greenberg, Mark S. (2003, p.386) "A apresentação mais comum dos tumores cerebrais é o défice neurológico progressivo (68%), alterações motoras (45%). Cefaleia foi um sintoma apresentado em (54%), e convulsões em (26%)". A cefaleia tumoral, quer se trate de doença primitiva ou metástase, reveste-se de características específicas. É normalmente mais acentuada pela manhã, devido à hipoventilação que ocorre durante o sono; e agravada pela tosse e por manobras que aumentem a pressão intracraniana (manobra de Valsalva) podendo estar associada a náuseas e ou vómitos. Um estudo recente citado por Greenberg (2003), verificou que em 77% dos doentes com tumor cerebral, a cefaleia era igual à cefaleia tensional e em 9% era do tipo enxaqueca, apenas 8% dos doentes apresentavam cefaleia típica de tumor cerebral, e destes, 2/3 tinham aumento da pressão intracraniana.

No que diz respeito à etiologia da cefaleia tumoral, o encéfalo por si só não é sensível à dor. A cefaleia no tumor cerebral pode dever-se a um ou vários dos seguintes factores: aumento da pressão intracraniana, invasão ou compressão de estruturas sensíveis à dor (dura, vasos sanguíneos ou periósteo), alterações da visão ou causas psicogénicas, dando ao stress pela perda de capacidade funcional, ou de outras alterações experimentadas durante o percurso da

doença.

No que diz respeito às lesões tumorais da coluna vertebral e medula espinal, a dor é um sintoma presente em cerca de 98% dos doentes, tornando-se limitante e limitadora das suas actividades, existindo três padrões mais comuns: a dor radicular (agrava a sua intensidade com a manobra de Valsalva e com os movimentos da coluna), a dor local restrita ao local da lesão (podendo ser agravada pela manobra de Valsalva) e a dor medular, descrita pelos doentes como uma pressão ou queimadura (frequentemente bilateral e não agravada pela manobra de Valsalva).

A nevralgia do trigémeo, como entidade nosológica causadora de dor, pode ser também uma manifestação de patologia tumoral, nomeadamente de lesões da fossa posterior.

A dor como sintoma é relativamente bem controlada nestes serviços, e digo relativamente, por que a preocupação maior vai para o controlo da dor no pós-operatório, subestimando em alguns casos o controlo da dor nas situações de doença avançada e progressiva, que se deve a vários factores, entre os quais merecem destaque e reflexão: a não avaliação sistemática da dor, como está preconizado (5º sinal vital), e dificuldade dessa avaliação, dada as características dos doentes, que manifestam em concomitância outros sintomas como alterações de percepção e agitação (sintomas estes que podem por si ser também manifestações da dor). Feita uma reflexão sobre o controlo da dor dos doentes com doença avançada e progressiva em Neurocirurgia, pretende-se pautar a actuação dos enfermeiros em três vertentes, que são simultaneamente objectivos:

- Sensibilizar a equipa multiprofissional para o controlo da dor;
- Colaborar activamente com a equipa médica, no tratamento farmacológico da dor;
- Planear cuidados de enfermagem que visem a prevenção e controlo da dor.

Como estratégias para o primeiro objectivo pretende-se integrar todos os elementos da equipa, desde o médico ao auxiliar de acção médica passando pelo dietista e pela assistente social. Dado o carácter multidimensional da dor, todos têm um papel a desempenhar de acordo com as suas funções no controlo da dor e a articulação das suas áreas de actuação resultará em inequívocos benefícios para o doente, família e pessoas significativas.

A estratégia a utilizar para a prossecução do segundo objectivo, passa por sensibilizar alguns elementos mais resistentes na utilização de analgésicos opioides e na prescrição de terapêutica em SOS, tendo os enfermeiros um papel de ligação entre o utente, a família e o médico, para avaliação da eficácia terapêutica. O trabalho de equipa, passa pelo controlo de efeitos secundários e interações medicamentosas, e por uma discussão partilhada sobre as vias de administração e a escolha dos fármacos. Para dar cumprimento ao terceiro objectivo (Planear cuidados de enfermagem que visem a prevenção e controlo da dor), tem que se ter em conta no planeamento dos cuidados a implicação activa e efectiva do doente, família e pessoas significativas,

actuando os enfermeiros como peritos, que segundo Hesbeen (1998, p. 32), "é aquele que define o que é exequível, o que aumenta o número de caminhos possíveis; alarga os horizontes da pessoa e age como transmissor de esperança" e, em simultâneo, pretende-se que actuem como conselheiros que, segundo o mesmo autor, "é o que tem um discurso pertinente e esclarecedor sobre os diferentes caminhos possíveis, e o que "delibera" com o doente para o ajudar a orientar-se". Jean François Malherbe (1994) metaforizando, diz-nos que o prestador de cuidados é como o mapa de estradas que nunca indica para onde ir mas sim os diferentes locais onde é possível ir e os caminhos para lá chegar. É com base nesta filosofia que teremos que planear cuidados de enfermagem para melhorar o tratamento da dor nos serviços de Neurocirurgia. Neste planeamento de cuidados de enfermagem, orientados para o controlo e prevenção da dor, nos doentes com patologias do foro oncológico da área neurocirúrgica, há aspectos que, embora importantes em todos os planos com este objectivo, se revestem de maior importância nesta área específica. Assim considero que seria importante, estarmos atentos para todas as manifestações de dor, e não apenas as verbalizadas pelos doentes, uma vez que estas patologias podem ter associadas alterações da percepção e estados confusionais. As manifestações de dor podem, subtilmente, passar por aumentos de confusão e de desorientação, agitação ou mutismo, pelo que a aplicação de escalas de avaliação de dor podem não traduzir correctamente a intensidade da dor sentida pelo doente. Preconiza-se a avaliação dos sintomas em geral e da dor em particular, utilizando em primeiro lugar uma relação interpessoal que crie laços não de dependência, mas de confiança e de cumplicidade, com o doente e/ou família, à semelhança do cativer, descrito por Saint-Exupéry, no diálogo da repouso com o príncipezinho.

Por outro lado é de extrema importância evitar procedimentos que por si só são causadores de dor e

desconforto, como por exemplo a administração de terapêutica por via intramuscular ou endovenosa. Como anteriormente ficou expresso, a dor é agravada pelo aumento da pressão intracraniana e pelo esforço. Há que ter em conta no planeamento dos cuidados, intervenções que visem prevenir estas situações, nomeadamente no que diz respeito à alimentação, com vista a evitar ou minimizar a obstipação (já por si presente como efeito secundário de alguns analgésicos), pois o esforço desenvolvido durante a manobra de Valsava, aumenta a pressão intracraniana. Para tal, há que trabalhar em cooperação com o dietista, com a família e com o doente para que a dieta seja escolhida tendo em vista facilitar as digestões fáceis e promover o trânsito intestinal. A mobilização e os posicionamentos do doente podem ser também causadores de dor. Nestas actividades a colaboração com o fisioterapeuta é fundamental, para proporcionar ao doente o máximo de conforto com o mínimo de dor, procurando em simultâneo o posicionamento que, podendo não ser o mais adequado anatomicamente, proporcione maior conforto e menor dor.

Como partilhámos em absoluto com a opinião de Walter Hesbeen (1998), de que a enfermagem "é a ciência das pequenas coisas", estes procedimentos, a par da terapêutica farmacológica e de outras terapêuticas não convencionais, como a massagem, são contributos inegáveis para a prevenção, controlo e tratamento da dor na doença progressiva e avançada, quando programados e executados com a intencionalidade do seu objectivo final. Se conseguirmos cumprir este desiderato, seguramente que estamos a melhorar a qualidade de vida dos "nossos" doentes e suas famílias ou pessoas significativas, proporcionando-lhes um percurso de final de vida com o mínimo de dor possível e, em simultâneo, ser exemplo para os nossos pares.



Bibliografia

- ALHA, Patrícia; SAUHUARD, Anne. *Et al. - Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos: "Cuidar": ética e práticas*. Lisboa, Lusociência 2000.
- GREENBERG, Mark S. - *Manual de Neurocirurgia*. Porto Alegre (Brasil), Artmed Editora S.A 2003.
- HESBEEN, Walter. - *Qualidade em Enfermagem. Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Lisboa, Lusociência 2001.
- MARQUES, Manuel Silveiro. - *Segunda Navegação aspectos Clínicos da Ética na Dor Oncológica*. Lisboa Biblioteca da Dor.
- METZGER, Christiane; MULLER, André et al. - *Cuidados de Enfermagem e Dor: Avaliação da dor; modalidades de tratamento; psicologia do doente*. Lisboa Lusociência 2002.
- RICO, Toscano; BARBOSA, António. - *Dor: Do neurónio à pessoa*. Lisboa, Permanyer Portugal, DEMFIM 1995.
- DEOLINDA LIMA - *Neuroanatomia da dor*.
- TWYGROSS, Robert. - *Cuidados paliativos*. Lisboa Climepsi Editores 2003.