

Projeto "Controle da dor no Brasil" (Brasil sem dor)

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR (SBED)
CAPITULO BRASILEIRO DA INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP)

1-INTRODUÇÃO :

A dor, tanto aguda como crônica tem recebido a atenção dos profissionais de saúde a milênios. Hipócrates na Grécia antiga, já referia que aliviar a dor é uma obra divina. O professor do Hospital Universitário de Madri, Antonio Ojugas, na sua obra "A dor através da história e da arte" vol. 1 (Editora Atlas Medical Publishing Ltd. UK. 1999), refere : "Por isso, (referente a dor e o sofrimento) em todas as civilizações, em todos os países e em todos os momentos históricos, tentou-se explicar o que é e porque sentimos a dor e a forma de combater-la, daí por que ela foi o motivo mais importante e decisivo para o desenvolvimento da arte de curar".

Nas últimas décadas, verificamos um grande interesse e um progresso muito importante na área de dor. São variados os motivos.

Podemos dizer que o aumento na sobrevida em geral da humanidade é, um dos determinantes desse progresso. Nos Estados Unidos, as pessoas com mais de 65 anos, representam 12% da população (maior do que a população de adolescentes). Considerando que na história da humanidade, em 1830, tínhamos 1 bilhão de habitantes no mundo (levamos bilhões de anos para atingir essa cifra), e que de 1830 à 1927, em 97 anos, tivemos uma segunda duplicação (2 bilhões de habitantes) e, que em 1960 a população mundial era de 3 bilhões de habitantes, e em 2000, em quarenta anos, tivemos uma nova duplicação (6 bilhões de habitantes). De 1970 a 2000 nos países desenvolvidos, houve um aumento populacional de 21%, sendo acima de 60 anos de 54% e, nos países em desenvolvimento, um aumento de 88%, sendo acima de 60 anos de 123%. A duração da vida média no Brasil em 1940 era de 38,5 anos; para 2010 é estimada em 70,6 anos (Washington Novaes, "Espaço aberto". Estado de São Paulo. 28/12/01). Assim notamos um rápido e vultoso crescimento da população em geral, com um aumento importante na vida média da população. As pessoas têm por tanto um aumento das possibilidades de apresentarem condições dolorosas características dessa faixa etária e, ficam mais expostas à outras condições potencialmente dolorosas (doenças, traumas etc).

Um aumento da sobrevida em relação aos traumas, justifica uma maior incidência e prevalência das dores em geral. Relativamente aos acidentes de trânsito, um levantamento feito na Inglaterra em 1990, mostrou uma prevalência de 4655 óbitos/ano na ocasião. Comparando-se 1930 (4% de óbitos) com 1990 (1,6%), verifica-se uma queda na mortalidade. As guerras, também demonstram números indicativos de maior sobrevida entre soldados feridos. Na I grande guerra a média de óbitos das tropas norte americanas, foi de 6,3% em relação aos feridos em geral. Na II guerra mundial essa média caiu para 4,5% (R. Gordon. A assustadora história da medicina, pg.111, Ediouro S.A., 1996). Já na guerra do Vietnã (1965-1975), a média anual de óbitos, foi de 1,8% /ano, com sobrevida de 82% dos gravemente feridos e, 10 mil soldados com amputações de membros, número maior que de os somados da II guerra e da guerra da Coreia juntos (Page T., Pimlott J.: The Vietnam Experience. Cap.15, pg 75. Barnes & Noble Inc.1995) Entre os sobreviventes, ocorreu um elevado número de seqüelas de dores crônicas.

O aumento da sobrevida em relação às doenças, determinou um crescimento das seqüelas dolorosas. Tomando como exemplo os casos de Câncer, a Organização Mundial de Saúde (OMS), mostra números aproximados de 10 a 17 milhões de novos casos /ano no mundo. Desses, aproximadamente 50% irão à óbito. Cerca de 70% dos pacientes com câncer, sofrerão de dores crônicas. 70% de moderada á severa e 30% terrível. A OMS afirma que, se devidamente tratados, mais de 90% terão suas dores controladas. O relatório da OMS, indica atendimento inadequado aos pacientes. Os motivos são vários, desde desconhecimento pelos profissionais da Saúde, inexistência de uma política para dor, falta/ou dificuldades na obtenção de opióides e receios e mitos sobre o seu uso, tanto por parte dos profissionais, como do paciente e família. Nitidamente o que se verifica é, a grande precariedade global, de educação em saúde com respeito à dor.

Aspectos de epidemiologia da dor e atitudes dos profissionais de saúde:

Não existem dados precisos para o Brasil, por tanto usaremos dados da literatura mundial.

Admite-se a prevalência das dores crônicas, em aproximadamente 30% da população em um país.

busca

Área Restrita ao Associado

Login:

Senha:

[esqueceu a senha?](#)



Selecione o mês/ano:

março 2012

◀ Março, 2012 ▶

D	S	T	Q	S	S
				1	2
4	5	6	7	8	9
11	12	13	14	15	16
18	19	20	21	22	23
25	26	27	28	29	30
31					

Dados dos Estados Unidos, mostram que 31% da população tem dor crônica, o que representaria 86 milhões de norte americanos, ocorrendo uma incapacidade total ou parcial em 75% (65 milhões). (Panchal S. John Hopkins Medical School. 2000).

Um estudo em 1994, com 1308 pacientes ECOG- (Eastern Cooperative Oncology Group. N Engl. J Méd 330:1877-1882. 1994), revelou que 67% dos pacientes, sofriam de dor diária, usando analgésicos cotidianamente; 36% sofriam de dor severa com prejuízo das atividades da vida diária (AVD).

Bernabei, Gambassi, Lapane (JAMA 1998;279:1877-1882), avaliando 13625 pacientes, institucionalizados, com câncer e queixas de dor diária, encontrou que de 65 anos, 24% não recebiam analgesia. Em estudo de 805 pacientes, a American Pain Society, American Academy of Pain Medicine e Janssen Pharmaceutica, em 1999 (<http://www.painsoc.org/whatsnew>), a despeito dos milhões de dólares gastos com dor, 4 de cada 10 pessoas, com dores moderadas a severa, relatavam alívio inadequado sofrendo dor há pelo menos 5 anos!

Transpondo esses dados para o Brasil, teríamos aproximadamente 50 milhões de pessoas com dores crônicas, seguramente uma queixa refletindo uma das maiores prevalências de doença em nosso país! Lembramos que as dores crônicas por si só, perdem a finalidade biológica de alarme, sendo assim consideradas como doença e não sintoma.

Custos envolvidos no tratamento das dores:

Calcula-se que sejam gastos por ano, nos Estados Unidos, cerca de 150 bilhões de dólares em custos médicos, incluindo despesas médicas, diminuição da produtividade e de arrecadação. Com custos médicos e perda de dias de trabalho, 70 bilhões de dólares ano! Dias perdidos de trabalho/ano representariam 550 milhões de dias perdidos. (Relato Nuprin 1985, American Society Consultant Pharmacists. Symposia highlights, May 1998, Lapane, Gambassi et al. J Am Geriatr Soc 1999). Como custos diretos, 40 bilhões de norte americanos/ano, procuram médicos para tratamento de dores crônicas, gastando \$ 4 bilhões de dólares com cefaléias recorrentes, \$ 4 bilhões de dólares com artrite/dor e, mais de \$5 bilhões de dólares com lombalgia! (Hendricks M. John. Hopkins Magazine, June 1999. <http://www.jhu.edu/jhumag/0699web/pain.htm>.e Chronic pain statistic. University of Kentucky Health Care website. (<http://111.ukhealthcare.uky.edu/disease/spine/chostat.htm>.)

A dor crônica, prejudica a funcionalidade, pode levar a depressão e ao suicídio (Fishbain D.A The association of chronic pain and suicide. Semin Clin Neuropsychiatry 1999;4:221-227).

Quanto as atitudes dos médicos frente a dor crônica, no ECOG já citado, verificou-se que:

85% dos médicos, acreditavam que os pacientes eram subtratados

50% acreditavam oferecer bom tratamento para dor

35% aguardavam o prognóstico de sobrevida de 6 meses, antes de iniciar um esquema de analgesia máxima !

76% assinalaram como barreiras mais importantes para o alívio da dor, a avaliação e registros deficientes das queixas e, os receios sobre o uso dos opióides.

Contribuíram também para o alívio inadequado, a relutância do paciente em relatar a dor e em usar opióides, tanto do paciente, como de seus familiares. Concluem que, para o insucesso do tratamento, a causa final, seria o conhecimento inadequado sobre dor pelo sistema de saúde e pelo paciente.

Existem diferenças básicas, quanto às dores agudas e crônicas. As agudas são de curta duração, tem finalidade biológica, servindo como sinal de alerta. As dores crônicas são as que persistem após a cura da lesão/fator desencadeador inicial e, não tem finalidade biológica.

A Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor A (SBED), fundada em 1984, sem finalidade lucrativa é, filiada a International Association for the Study of Pain (IASP), entidade com sede em Seattle (USA), que tem finalidade de congregar os países que tenham capítulos nacionais de características peculiares, interessados nos estudos em dor. Os capítulos da IASP, são compostos por sociedades, sem fins lucrativos, com características de multidisciplinaridade, não sendo por tanto exclusivamente constituídos por médicos. Essa característica é fundamental, pois os tratamentos atuais baseados no modelo bio psíquico social da dor, devem ter uma abordagem de diferentes profissionais (médicos, dentistas, fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos e tantos outros, quanto os que o tratamento necessitar, ou dependente das características de cada serviço). Na área médica participam neurologistas, anestesistas, reumatologistas, fisiatras, acupunturistas, clínicos gerais, oncologistas, psiquiatras e outros dependendo das características de cada serviço. A idéia básica é que o paciente tenha suporte de uma forma mais completa possível, dadas aos múltiplos componentes da expressão dolorosa. A abordagem atual deve ter esse fato em mente, sendo desempenhada por único ou múltiplos profissionais, dependendo das peculiaridades de cada serviço.

Dentre vários compromissos dos capítulos da IASP, está o de disseminar os conhecimentos, criar e desenvolver políticas nacionais, incentivar as pesquisas e a assistência aos portadores de dor. A IASP funciona como órgão consultor da OMS e da OPAS, no que se refere a políticas em dor.

A SBED, conta com 1500 sócios, com características multi profissionais e multi especialidades, de todas as regiões do país. Conta com 17 sociedades regionais. Tem como meios de divulgação, um jornal trimestral e uma revista quadrimestral, distribuídos gratuitamente aos seus associados. Realiza um congresso nacional à cada dois anos, participando e incentivando vários eventos científicos pelo Brasil. Em 2003, o Brasil foi sede da Reunião do Conselho Superior da IASP. Nessas reuniões, que acontecem periodicamente em diferentes países, são discutidos e propostos, programas e políticas de saúde e ensino à serem desenvolvidos nos próximos anos. Na reunião realizada em Fortaleza, uma das propostas aprovadas, foi de incentivo à criação

de programas nacionais de combate a dor.

A SBED ministra cursos de Educação continuada em dor, do norte ao sul do Brasil, com frequência anual de aproximadamente 25 a 30 cursos ano e, comparecimento em média de 150 participantes por curso. Seus associados participam de cargos diretivos de diversas sociedades e em programas locais e estaduais ligados ao tema dor.

2- OBJETIVOS :

I- Desenvolver um projeto amplo de assistência e educação em dor, para profissionais de saúde e população em geral.

II- Como Sociedade representativa e especializada, colaborar a nível governamental para a concretização de uma política nacional de saúde em dor, criando uma estrutura funcional, protocolos clínicos e de tratamento.

III- Incentivar medidas governamentais para o acesso gratuito da população, à medicação analgésica básica

IV- Sugerir ao Ministério da Educação, discussões no sentido da inclusão no currículo mínimo de Graduação na área da Saúde (medicina, enfermagem, odontologia, fisioterapia, psicologia, farmácia), noções básicas de dor.

V- Como consequência do projeto, procurar junto aos órgãos competentes normatizadores (AMB, Conselhos Regionais) e, prestadores de serviços, público e privado (Convênios) qualificar e habilitar profissionais de saúde, na área de dor. Objetivo prático necessário para a operacionalização do projeto.

3- METODOLOGIA :

A- Conhecimento da realidade brasileira:

Obtenção inicial do conhecimento da realidade quanto ao tratamento da dor no Brasil. Aplicação de um questionário a todos os hospitais da rede pública, quanto a existência de serviços, unidades ou ambulatórios e normas/protocolos para o tratamento das dores agudas e crônicas á nível hospitalar e ambulatorial.

B- Através de portarias ministeriais, definir uma política nacional voltada par assistência e educação em dor, aguda e crônica:

A política nacional em dor deve abranger não somente os pacientes oncológicos. Deve atender a todos os pacientes portadores de dores agudas e crônicas, com ênfase a situações pouco valorizadas, como as dores em pacientes com dificuldades de comunicação, em pediatria, em unidades de Emergência e CTI (especialmente em politraumatizados e queimados), em idosos, em pacientes portadores de necessidades especiais, pacientes aidéticos (acima de 30% tem dor), diabéticos (Diabete tipo I 30%, tipo II 40%, apresentam dor) hansenianos (50% com queixas de dores) e, em obstetrícia.

O planejamento da atuação nos serviços públicos de saúde, implicara em benefícios para os pacientes muito mais pela organização racional da assistência à dor, voltada para uma atenção primária, do que por acréscimo de recursos financeiros. Para muitas das situações referidas, já existem políticas nacionais e recursos definidos (Exemplo programas para Diabetes , Aids, Hanseníase). A atenção para a dor, considerada atualmente como uma urgência médica, poderia também ser beneficiada dentro do programa nacional de Urgência e Emergências.

A IASP propõem como modelo organizacional do tratamento da dor, a criação de unidades de dor, obedecendo um sistema crescente de abrangência e complexidade, o qual poderia respeitadas as devidas adaptações à realidade brasileira, ser assim classificado (Modelo do Plano Nacional de Luta Contra a DOR. Ministério da Saúde de Portugal)

Unidade de Dor- Nível Básico:

Toda forma organizada de tratamento, independente de sua complexidade e dos recursos envolvidos, do tipo de doentes abrangidos e dos métodos terapêuticos utilizados. O nível básico, seria representado por uma equipe do PSF.

Unidade Terapêutica de Dor- Nível I:

Direcionada para o diagnóstico e orientação terapêutica de doentes com dores crônicas, com capacidade para atuar em urgências, aplicar alguns tratamentos e referenciar para especialidades complementares de apoio. É uma unidade que podendo não garantir uma abordagem multidisciplinar, funciona em espaço próprio, tem atividade organizada, registro dos doentes, e um coordenador. Tem dois ou três médicos treinados e um psiquiatra ou alternativamente um psicólogo. Seria representado por uma cidade pólo e, funcionaria como um centro de distribuição de medicamentos.

Unidade Multidisciplinar de Dor- Nível II:

Com capacidade para tratamento de doentes com dores, ambulatoriais, internados ou em situações de urgências. Funciona em espaço próprio, possui atividade organizada, registro dos pacientes e um coordenador. Atua em dores agudas e crônicas oncológicas ou não. É dotada de uma equipe multidisciplinar (médico, dentista, enfermeiro, fisioterapeuta, assistente social), de forma a bordar o doente com dor na globalidade bio psico social. A equipe que além dos outros profissionais, é constituída por três médicos treinados, sendo um deles um psiquiatra ou alternativamente um psicólogo. Esta capacitada para investigação clínica, formação de profissionais de saúde, sendo um centro de formação para os profissionais das unidades básicas e nível I. Seria a sede regional de várias cidades pólos e, funcionaria como a uma central de distribuição de medicamentos.

Centro Multidisciplinar de Dor- Nível III:

Unidade com capacidade acrescida em relação ao Nível II, desenvolvendo com regularidade investigação de maior complexidade e formação de pessoal. Tem que estar integrada ou afiliada à uma instituição hospitalar

de atenção terciária podendo ou não ser um hospital universitário.

Não existem modelos rígidos para a criação das unidades. Cada uma será desenvolvida em função das necessidades de adaptações às realidades do seu meio, levando em conta, os recursos humanos, materiais e programas afins pré existentes.

Há necessidade absoluta da inter relação com os serviços hospitalares inseridos na região e, sobretudo uma interligação com os serviços de saúde existentes na comunidade. Deve funcionar com sistema de referência , contra referência.

A dinâmica das unidades de dor, deve em resumo ser pautada pelas seguintes orientações (Programa Nacional de Luta Contra a Dor. Ministério da Saúde de Portugal):

- 1) Os profissionais, principalmente os médicos que se proponham trabalhar em terapêutica de dor, devem possuir formação adequada (perfil de médico clínico geral). Admite-se que no mínimo o coordenador da unidade tenha formação de modo à também poder transmiti-la para os demais membros da equipe. A formação dos coordenadores será fornecida pelos cursos a serem desenvolvidos nas cidades pólos, ou por meio de métodos de educação à distância. Esses profissionais deverão ser obrigatoriamente avaliados, ao final do seu curso e periodicamente.
- 2) Ao coordenador caberá toda a atividade de gestão da unidade (organização geral, aplicação de protocolos de tratamento, contatos no âmbito de tratamento da dor com outros serviços etc.)
- 3) As equipes das unidades poderão ter variações, de acordo com as características do atendimento a saúde do meio em que está inserida. É aconselhável que as unidades Nível I estejam ligadas a hospitais gerais de média complexidade, Nível II média a alta complexidade e, Nível III de alta complexidade.
- 4) A criação das unidades de dor dependem mais da motivação , formação e capacidade local de organização , que da carência de médicos, material e financiamento. As equipes poderão ser constituídas por profissionais existentes nas instituições e na área geográfica, onde se instala a unidade. Há necessidade é de motivação e motivação!
- 5) Divulgação da unidade não somente no local, mas também nos centros de saúde da sua área de influência.

6) A unidade de dor deve possuir um plano de ação anual, sujeito à avaliação contínua da sua qualidade. Deve ser trabalhado um plano diretor plurianual, por metas, sendo um primeiro momento o da formação do pessoal, seguido da implantação das unidades em pólos experimentais nível municipal/estadual. Analisado seu desempenho , teríamos uma segunda fase de formação e posterior implantação a nível nacional. Já existe um programa implantado, Ceará sem dor e, dois em estudos, Minas Gerais sem dor e Maranhão sem Dor e, proposta de um municipal, Blumenau sem Dor. Uma terceira fase, seria da inclusão dos medicamentos básicos analgésicos na lista de medicações e procedimentos de fornecimento gratuito, (RENAME) do Ministério da Saúde, além dos opióides já contemplados na referida relação.

7) É fundamental que as unidades de dor, assegurem a constante comunicação entre os profissionais hospitalares e dos centros de saúde. É indispensável que essa comunicação seja constante, compreensível, compartilhando informações, com documentação detalhada dos procedimentos, bem como dos aspectos clínicos e sociais. Lembrar que o paciente deverá ser acompanhado e sempre que possível tratado pela equipe do PSF, com um médico assistente identificado e responsável, devendo contar por escrito seu nome e forma de contato sempre que necessário, pelo paciente e familiares, no seu local de origem e, não nos centros de maior complexidade. Deve sempre haver disponível e de maneira clara, o diagnóstico principal, as terapêuticas já empregadas (nome do medicamento, regime de administração e dosagem), seus resultados e a quantificação da dor, usando-se no mínimo uma escala numérica ou analgésica visual e, estratégia para a continuação do tratamento.

C- Programas Educativos e Assistenciais :

A SBED, oferece sua experiência aos Ministérios da Saúde e Educação, para uma parceria em programas de dor, para profissionais de saúde.

Atualmente existe um programa único com esse perfil, já funcionamento e com excelentes resultados, que é o Programa Paraná Sem Dor do Câncer, experiência que poderá contribuir como exemplo ao nosso projeto. É uma parceria entre Universidade Federal do Paraná, Clínica de Dor do Hospital das Clínicas, Associação dos Amigos do HC, Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e outros.

Resumidamente, o Hospital das Clínicas, Serviço de Dor, oferece o suporte de ensino e treinamento, a Secretaria Estadual de Saúde responderia pela divulgação do programa entre as Secretarias Municipais de Saúde, proporcionando as condições necessárias para o treinamento e para o fornecimento de medicação analgésica. São escolhidas pela Secretaria Estadual de Saúde, cidades pólos onde profissionais de vários centros, sob a influência sócio cultural e econômica das cidades referenciadas, participam de cursos. Esses têm duração de 02 dias, com despesas para o transporte e estadia, ocorrendo por conta de verbas estadual ou municipais. O curso consta de exposições teóricas, discussões de casos e atividades práticas, quando possível. Os Centros Regionais, onde os cursos são realizados, funcionarão como centros para distribuição de medicamentos, para os pacientes cadastrados pelos médicos treinados no curso.

Para nosso projeto, usaríamos pessoal docente indicado pela SBED, preferencialmente da região. Esses

poderiam ou não ser treinados por outros profissionais, dentre os cadastrados para essa finalidade, já de experiência didática reconhecida pela SBED. Os custos com o pessoal docente, de viagem, alimentação, estadia e horas dedicadas ao projeto, correriam por conta de verbas governamentais.

Pretendemos usar esse modelo, com ênfase não somente aos funcionários das secretarias de saúde, mas principalmente aos profissionais pertencentes aos Programas de Saúde da Família (médicos, dentistas, enfermeiros, agentes, atendentes etc.). Acreditamos que esses tenham o perfil ideal na orientação e tratamento dos pacientes com dor crônica, visitando-os no seu próprio domicílio e, atuando assim a nível de atenção primária, com ação fora dos ambientes ambulatoriais e hospitalares. Com isso evitaríamos as despesas, os deslocamentos e os sacrifícios dos pacientes, que muitas vezes viajam a centros maiores, exclusivamente para receberem orientação terapêutica. Dessa forma, contribuiríamos para melhor qualidade de vida para o paciente e diminuiríamos os custos do tratamento, com economia para o sistema de saúde.

Deverá ser fornecido material didático (um guia passo a passo sobre dor para não especialistas, a ser elaborado, material sob forma de folhetos e CDs, já existentes na SBED e , outros que se fizerem necessários)

CURSO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA EM DOR:

Os objetivos gerais serão referentes ao o que os alunos serão capazes de fazer ao final do curso, estando capacitados para a aplicação de princípios e técnicas com vistas a solucionar problemas no entendimento, diagnóstico, tratamento e investigação das dores agudas e crônicas. Os específicos, implicam na identificação de comportamentos esperados na aprendizagem de cada módulo. Do ponto de vista pedagógico, teríamos objetivos cognitivos, enfatizando relembrar ou reproduzir um conjunto aprendido (palavras descritoras: analisar, associar, classificar, concluir, criticar, criar, descrever, escolher, interpretar, julgar, inventar, prescrever, resolver, valorizar etc.); objetivos afetivos, enfatizando o grau de aceitação ou rejeição pelo conteúdo ministrado, expressos como interesse, atitudes e valores (descritos como apoiar, associar, criticar, debater, defender, julgar, reunir, validar); objetivos psicomotores, dizendo respeito as habilidades aprendidas (descritos como aplicar, construir, empregar, examinar, manipular, experimentar, manipular, modificar, operar, praticar, repetir, usar etc)

O curso deverá ser dividido em dois módulos. Um módulo de 04 horas para os profissionais não médicos, com noções gerais sobre a importância da dor, dores agudas e dores crônicas, mecanismos, clínica , mensuração e estratégias gerais de tratamento, ressaltando-se o aspecto bio psíquico social e a abordagem multidisciplinar. Um segundo módulo para médicos, dentistas e enfermagem padrão, com duração mínima de 12 à 18 horas/aulas, de noções de anatomia funcional, fisiopatologia, exame clínico, mensuração da dor, aspectos clínicos e diagnósticos, aspectos emocionais, exames complementares e tratamento (ver conteúdo em anexo). A abordagem multi e interdisciplinar, a importância do trabalho em equipe e a dimensão bio psico social da dor serão enfatizados. Nesse módulo merecerão destaque, as condutas e protocolos para dores agudas (obstétricas, peri operatórias, do grande queimado e do politraumatizado) dores crônicas não oncológicas e dores oncológicas.

A abordagem das dores perioperatórias, obstétrica, do grande queimado e do politraumatizado, são de importância social e de urgência, sendo constituída de módulos especiais, que entram de maneira opcional no programa, devendo se de interesse governamental, receber abordagem específica e especializada. Na avaliação da dor será chamada a atenção para a necessidade de abordagem cuidadosa em pacientes pediátricos, idosos e para os com déficits de comunicação e necessitados de cuidados especiais. Sempre que possível, ou em um outro módulo, serão apresentados e discutidos casos clínicos, preferencialmente com contato com pacientes e visitas a ambulatórios e hospitais oncológicos. Ao final dos módulos os alunos serão submetidos a uma avaliação, recebendo um certificado de aprovação do curso.

Seriam posteriormente orientados na criação e incentivo de Associações locais de voluntários envolvidos no apoio aos pacientes com dores crônicas. Esses receberiam treinamento básico, pelo próprio pessoal do PSF. A experiência do voluntariado, tem sempre dado bons resultados. Deve-se procurar sensibilizar, pessoas influentes social e economicamente, para participarem do voluntariado. Os voluntários também participariam em atividades educativas para pacientes e familiares. É sabido que quando treinados, são uma força com excelente penetração junto à população leiga, às vezes melhor que os profissionais de saúde, por pertencerem à comunidade, contando com um poder respeitável de influência. Como exemplos temos os programas de voluntariado do Hospital Amaral Carvalho de Jaú, do programa Paraná sem dor do câncer em Curitiba, e do programa Amor de Juiz de Fora. O programa Paraná sem dor do câncer, tem uma forma original de obtenção de recursos financeiros e de participação nas atividades diárias, pelo acordo com o sistema jurídico estadual e o apoio da promotoria da saúde, aonde as penas para delitos leves, são transformadas em penas alternativas, traduzidas em pagamento e espécie, ou prestação de serviços para o programa. Na nossa opinião além das vantagens referidas, ainda desenvolve uma consciência sobre o programa e a realidade brasileira, contribuindo também na recuperação e motivação do penalizado.

IMPLANTAÇÃO DA MENSURAÇÃO DA DOR COMO 5º SINAL VITAL NA REDE PÚBLICA:

Para atuação a nível hospitalar, a proposta seria criar um mecanismo de Educação em Saúde, tendo como modelo o chamado 5º Sinal Vital, já em uso desde 2000 nos Estados Unidos da América do Norte. Foi aprovado por 95% das organizações de saúde, governamentais e privadas e, grupos de profissionais. Criado pela Comissão de Credenciamento e Classificação das Organizações de Cuidadores de Saúde, JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations), em parceria com a Escola Médica da Universidade de Wisconsin-Madison, em 1999 (Joint Commission Focuses on Pain Management. Oakbrook Terrace IL: August 3, 1999. Referência também "TAKE Pain: The 5th Vital Signal . Department of Veterans Affairs. VA

Administration. October 2000). Tem como base, que os sinais vitais, pulso, pressão arterial, respiração e temperatura, são tradicionais, padronizados em todos os hospitais e respeitados pelos profissionais médicos e enfermeiros. Incluindo um 5º sinal (sinal de alarme e, não como sintoma), obrigaria os hospitais a terem um programa voltado para a dor. Tem como motivação a mensuração da dor, porém é realmente uma ferramenta de educação continuada. Funciona como uma seqüência de iniciativas e atividades de educação médica para profissionais de saúde, educação de saúde para o paciente e familiares e de política administrativa dos hospitais. Junto à medida da dor (Escala numérica de 0 a 10 por exemplo), ocorrem cursos para profissionais de saúde e administradores hospitalares, com finalidade de tratamento racional da dor, em pacientes admitidos em hospitais. Os pacientes e familiares são orientados na admissão sobre necessidade do relato, medida e direito de tratamento, quanto à dor. Os médicos têm o dever de explicação das causas, dos tratamentos das dores e, dos efeitos colaterais do tratamento. O hospital tem o compromisso de encarar e oferecer tratamento emergencial, para a dor, fornecendo (via Ministério da Saúde ou com fontes de recursos próprios) a medicação para o tratamento e o acompanhamento dos pacientes dos hospitais cadastrados. O compromisso não cessa com a alta hospitalar. A instituição e os profissionais, devem criar um sistema de acompanhamento e assistência à dor, após a alta. Seria estimulada na comunidade, a formação de grupos de voluntários, como suporte do programa. Os hospitais que aderirem ao programa, receberão das entidades pagadoras, uma pontuação diferenciada, com melhores vantagens e maiores repasses financeiros.

Sendo a SBED uma sociedade multidisciplinar e capítulo da IASP, tem como finalidade colaborar e participar das políticas de saúde e educação no país e, com essa característica, tem facilidades de relacionamento e contatos com sociedades afins. Deve interagir com as mesmas, procurando parcerias que muito facilitarão na viabilidade do projeto.

Serão criados pólos de ensaio, em centros escolhidos previamente, em cidades de referência em alguns estados, para verificação e correções do projeto, com vistas a sua viabilização a nível nacional. Uma possibilidade para a divulgação e para a oferta de informações ou mesmo dos cursos, à nível regional ou nacional, seria com os métodos chamados de Educação à Distância. Nesses métodos podem ser utilizados os recursos de informática e televisão. Existem experiências governamentais e da iniciativa privada, que podem ser utilizadas para o projeto.

4- JUSTIFICATIVA:

- A- Necessidade da adequação de um projeto para uma Política Nacional de Saúde em Dor
- B- Promover um atendimento digno, diminuir o sofrimento e melhorar a qualidade de vida dos pacientes com dor. Reabilitar o paciente para o desempenho na força de trabalho e para a sociedade como um todo, colaborando assim, com o esforço, pelo desenvolvimento nacional.
- C- Integrar a Política Nacional de Saúde, aos projetos e reivindicações junto à IASP e outros órgãos internacionais relacionados com o tratamento das dores.
- D- Promover um tratamento adequado das dores, resultando em uma grande diminuição dos custos diretos e indiretos das dores não aliviadas, com menos despesas para as instituições de saúde
- E- Possibilidade de colaborar com uma metodologia factível e força de trabalho já organizada, para a aplicabilidade das Portarias GM/MS Nº 19 de 03/01/02 (Criando o Programa Nacional de Dor e Cuidados Paliativos); GM/MS Nº 1318 de 23/07/02 (medicamentos do Grupo 36, SIA/SUS); com a Consulta Pública Nº1 de 23/07/002 (Referente à portaria 1318)
- F- Aumentar a participação e reforçar a importância dos PSF

Jaime Olavo Márquez

Presidente da SBED

Rua Conselheiro Rodrigues Alves nº 937, apt. 02

Vila Mariana. Cep 04014012 . São Paulo. SP

Rua Eptácio Pessoa nº 60

Jardim Alexandre Campos. Cep 380 10 290. Uberaba MG

Fone : (xx) 03433320651

01159042881

03499609124

ANEXO:

Introdução: Breve histórico da SBED e suas metas. Aspectos básicos da importância das dores crônicas no contexto mundial e nacional . Dados epidemiológicos sumários.

Bases de Neuro anatomia das vias nociceptivas e do sistema analgésico endógeno.

Fisiopatologia das dores agudas/cronicas: Relacionar os eventos fisiopatológicos, como raciocínio lógico para o entendimento da clínica e dos tratamentos.

Aspectos clínicos, semiológicos e classificações das dores agudas/crônicas.Exame clínico, quadro clínico. Esclarecer as vantagens das classificações baseadas em sintomas e fisiopatologia, sobre as classificações etiológicas, como forma de otimizar os resultados dos tratamentos.

Avaliação das dores agudas e crônicas: Mensuração das dores(escalas sensoriais numéricas, com ênfase as multi dimensionais- Mcgill), avaliação da dor em populações especiais (pediátrica, idosos, necessitada de cuidados especiais), aspectos emocionais (Ansiedade -teste de Hamilton- ansiedade e depressão), depressão (testes de Becke e Hamilton), personalidade (16 PF) comportamento de dor, atividades da vida diária (AVD), qualidade de vida .A partir da avaliação mensuração multi dimensional é que houve a evolução dos conceitos de dor. Instrumentos fundamentais na avaliação clínica e na quantificação dolorosa pré e pós

tratamento, sendo ferramenta fundamental para o entendimento e interpretação dos resultados esperados.

Tratamento das dores agudas/crônicas: Tratamento farmacológico (Anti inflamatórios, drogas coadjuvantes - antidepressivos e anticonvulsivantes,cortico esteróides, opióides), Bloqueios, Tratamento cirúrgico, outras modalidades (Citar fisioterapia, psicoterapia, relaxamento, acupuntura). Particularidades do tratamento das dores em pacientes oncológicos.

Apresentações e discussões de casos clínicos: Apresentações por escrito,slides e ou Vídeos.

Recursos didáticos: Oferecidos previamente em manuais, folhetos, CD SBED. Os expositores deverão receber orientação prévia quanto ao conteúdo e á técnica de ensino do curso (Imersão de um dia nessas atividades), devendo haver tempo para que apresente sua exposição (treinamento prático). Serão avaliados como expositores, pelo patrocinador e SBED.

 Ir para o topo



SBED – Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor
Av. Conselheiro Rodrigues Alves, 937 / Conjunto 02
São Paulo – SP – CEP 04014-012 – Brasil
Fone/Fax: / 5904-3959
www.dor.org.br / dor@dor.org.br