
Hospital - acompanhar tendências

Prof. Dr. Alexandre Magno da N. Marinho*

O nobre médico William Thomas Green Morton, em 16 de Outubro de 1846, no Massachusetts General Hospital, nunca imaginaria que aquele gesto da primeira anestesia com éter, imortalizada na famosa pintura de Robert Hinckley, fosse lembrado honrosamente tantos anos após. Hoje é um exemplo de humanização do tratamento médico do ser humano.

Um arranque de humanização toma conta dos estudiosos de medicina do mundo, e o tratamento de dor, seja ele preventivo, agudo ou paliativo, ganha grande espaço. *"Sedare dolorem opus divinum est"*, forma clássica de referenciar a nova onda de humanização que também toma conta do Brasil, ganha uma versão moderna. Nesses anos de mudança, o sinal doloroso passou a ser visto de outra forma: um sinal vital. Um elemento que deve ser anotado pela enfermagem e notificado pelo médico como parte do tratamento, bem-estar e integralização das pessoas em regime hospitalar de internação.

Há tempos tem-se considerado o sinal doloroso como bom indício: o choro da criança tranqüiliza todo pediatra, que se sente mais tranqüilo quando existem crianças na espera da consulta chorando - é sinal de vitalidade; na recuperação anestésica, o anestesista, pode se dar por satisfeito quando o paciente responde aos estímulos dolorosos; o neurologista ou o traumatologista, aplicando a escala de Glasgow, examina a reposta dolorosa do indivíduo, e dela se reproduz o estado de consciência do mesmo. Mas hoje sabe-se que nem sempre é preciso que o paciente sofra para que se tranqüilize o médico, nem tampouco seja necessário esperar uma radiografia ortopédica para que seja prescrito um analgésico. Vale ressaltar que a "norma" é que se induza analgesia somente após feito o diagnóstico, principalmente nos casos de traumatismo. Pouca atitude tem sido tomada para mudar esse conceito entre os médicos.

Uma vez necessária a aprendizagem dos profissionais de saúde envolvidos no tratamento de qualquer doença que tenha a dor como sintoma, torna-se iminente a unificação e aceitação da definição do termo DOR TOTAL, que é, na realidade, a denominação da percepção dolorosa, um termo que une dor física acompanhada, inexoravelmente, de dor emocional. Essa idéia faz com que seja mais fácil entender o sofrimento e a dor do outro.

A grande maioria das especialidades médicas está envolvida no tratamento da dor. Mas, foi a partir da ciência médica mais antiga, a anestesiologia, que surgiu a tendência de separar a dor física da dor emocional e combatê-la. É a anestesia que proporciona lesão de tecidos cirúrgicos sem sofrimento. Desta mesma ciência também surge, aos poucos, a necessidade de sinergia entre os fármacos-medicamentos de ações diferentes, a chamada polifarmácia. Esse conceito é bem evidente hoje no tratamento da maioria das doenças crônicas, o que não poderia deixar de acontecer no tratamento da dor, seja ela aguda ou crônica, física ou emocional.

A polifarmácia – pensar, prescrever, agir, conversar –, tornou-se uma tônica entre os profissionais que atuam no campo de terapia antálgica: agora não apenas profissionais vinculados à anestesiologia seguem seus conceitos, mas também os provindos de todas as outras clínicas. Assim sendo, o ambiente hospitalar é a fonte propícia para se discutir um problema que existe há muito tempo, mas que ganha grandes proporções se não houver perspicácia do profissional e conhecimento profundo das patologias potencialmente dolorosas: o controle da dor. À medida que problema tão iminente se alastra como indicador de humanização, todos os esforços devem se concentrar, primeiramente, na tentativa de curá-la, impedi-la, preveni-la.

Desde a sala de emergência, passando pelo setor de pessoal e setor de contas, se estendendo até o setor de alta, a idéia de dor total precisa estar presente. Para

desvincular a lesão física do desgaste emocional, os hospitais americanos exibem uma estrutura invejável de enfermarias acarpetadas, serviços de cozinha cinco estrelas, belas pinturas enfeitando as paredes.

No Brasil, longe daquela realidade, ainda estamos andando a passos curtos, embora progressivos. Existe um programa vigente, o PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS – USO DE OPIÁCEOS NO ALÍVIO DA DOR CRÔNICA, que controla a dispensação de analgésicos opióides para os portadores de dores crônicas refratárias. A realidade é que poucos pacientes com dores não-oncológicas, como as pessoas com doenças reumatológicas e ortopédicas, não recebem o benefício dos medicamentos por, até certo ponto, desleixo dos centros de referência.

O Ministério da Saúde também estimula, pela Portaria nº 472 de 24 de julho de 2002, a formação de CENTROS DE REFERÊNCIA EM TRATAMENTO DA DOR CRÔNICA. Para tanto exige-se cumprimento de normas como formação de equipe multiprofissional e interdisciplinar, instalações adequadas de centros cirúrgicos, farmácias hospitalares, serviços de anestesiologia, serviços de neurologia, serviços de estatística e arquivo médico, enfermarias de clínica médica ou pediátrica, enfermarias de clínica cirúrgica e ambulatórios para avaliação e acompanhamento dos pacientes em tratamento da dor crônica. A intenção do Ministério da Saúde é para destinada justamente aos portadores de dores crônicas, oncológicas ou não-oncológicas.

Outro grande impasse no tratamento de dor no Brasil é o descompasso com os grandes hospitais do mundo quanto à medicação de pacientes com meperidina, petidina, ou Dolantina®, sendo a primeira uma droga opióide de menor ação analgésica que a morfina temida pelo seu metabólito convulsivógeno ativo - normeperidina – que possui duração de até 36 horas. Com o preço bem mais acessível, é encontrada em grandes estoques nos pronto-socorros no Brasil, embora já tenha se tornado obsoleta e proibitiva em instituições americanas e européias. Como se já não bastassem os escândalos envolvendo os medicamentos antiinflamatórios, agora estamos diante de uma guerra brasileira contra a meperidina?

Como se não faltassem mais problemas, os hospitais poderiam deixar acessíveis drogas mais eficazes e reconhecidamente mais seguras para o tratamento da dor, e os seus farmacêuticos-responsáveis poderia ter atitudes mais flexíveis em relação à liberação da morfina, sem aquele olhar desconfiado praticamente condenando de antemão o profissional por provável (???) mal-uso da droga, como ocorre comumente entre os menos experientes.

* Médico