

A humanização da dor

Ana Aparecida Sanches Bersusa¹

Nada nos faz recordar tanto nossa fragilidade como humanos quanto a dor, podendo ser entendida como um dos grandes flagelos da humanidade. Ela já foi vista no passado como um desequilíbrio da energia vital, paixão da alma, castigo para os pecadores, forma de iluminação ou obtenção de graças divinas, frustração de desejos e sensação corpórea. Descartes descreveu a dor como uma sensação percebida pelo cérebro resultante de uma estimulação nos nervos sensoriais. Platão acreditava que a dor não surgia apenas por estimulação periférica, mas também por uma experiência emocional da alma. Hipócrates disse o quanto era divino poder aliviar a dor de alguém, considerando com isso a dor da alma. Harvey acreditava que a dor tinha sua percepção no coração, até que Bonica, em 1953, escreveu que a dor não era apenas um sintoma, mas sim uma entidade patológica. Desde então o homem vem se dedicando ao grande desafio de “tratar” a dor. Em 1973, fundou-se a Associação Internacional para o Estudo da Dor - IASP (FREIRE & MENEZES, 1999). A definição do IASP para a dor é a de uma sensação e uma experiência emocional desagradável, relacionada a lesão real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN, 1979).

A dor é uma experiência individual sentida de maneiras diferentes. Em sua essência estão envolvidos aspectos físicos, culturais e emocionais. A sensibilidade pode ser um sinal de alerta de que algo não está bem no organismo ou mesmo uma reação de proteção de nosso corpo. Assim, o fato de sentir dor em alguns momentos é tão essencial quanto respirarmos ou nos alimentarmos; porém, em outros momentos a dor pode ser limitante e desnecessária, caracterizando como uma função profissional as providências de amenizá-la ou evitá-la, promovendo conforto ao indivíduo.

Manifestando-se a dor de forma aguda ou crônica, a procura pela assistência é muitas vezes associada à limitação causada (física ou emocional). No Brasil há clínicas especializadas em dor, com tecnologia de ponta e profissionais habilitados para exercerem uma abordagem holística e multiprofissional, assistindo integralmente os pacientes, que muito freqüentemente recorrem a unidades básicas de saúde ou pronto-socorros quando já não a suportam mais. Infelizmente, nem sempre tais serviços contam com uma equipe profissional habilitada para a abordagem da dor, o que prolonga a permanência do paciente num sofrimento desnecessário.

São poucos os estudos de Epidemiologia da Dor no mundo e no Brasil. Alguns estudos epidemiológicos apontam que os adultos experimentam três ou mais tipos de dores diferentes a cada ano e que a procura pelos

serviços de saúde por causa da dor cresce em 80%, com o avançar da idade (TEIXEIRA & PIMENTA, 1994).

Estima-se que a dor crônica acometa de 30% a 40% da população brasileira, representando a principal causa de faltas ao trabalho, licenças médicas, aposentadorias por doença, indenizações trabalhistas e baixa produtividade. Não há dados precisos sobre o custos que as perdas econômicas causadas pela dor possam estar provocando no Brasil. Entretanto, estudos informam que os norte-americanos gastam anualmente US\$ 150 bilhões com o tratamento da dor. Em um estudo de 1999, da Organização Mundial de Saúde, onde se avaliou a situação de dor em 14 regiões do mundo, o Brasil apresentou a terceira pior posição, com uma das maiores prevalências de dores crônicas persistentes em cuidados primários: 60 % dessas pessoas sentiam dor em no mínimo dois locais do corpo e a incidência de depressão e ansiedade causada pela dor, bem como a sua interferência no trabalho, chegaram a ser 3 vezes maior que a apresentada pela população que procura o sistema da saúde sem queixa de dor (FREIRE & MENEZES, 1999).

Esse cenário nos faz repensar sobre como estamos cuidando da dor de nossos pacientes. Como os profissionais de saúde têm se mostrado sensibilizados pela dor dos outros? Estaríamos promovendo a humanização da assistência para esses indivíduos? Não é raro que tomemos conhecimento do mau acolhimento que essas pessoas tiveram ao passar pelos serviços de saúde, seja porque a equipe de saúde descrê da queixa de dor, seja porque desconhece as técnicas adequadas de tratá-la.

Como enfermeira, trabalhei anos com pacientes com muita dor e não era raro encontrarmos na equipe, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, e até mesmo entre os próprios familiares aqueles que desacreditavam da dor de seu ente querido. Imaginem só o sofrimento humano que isso pode trazer a essa pessoa: estar internado com um processo de doença e ser desacreditado de sua dor até mesmo pelos seus familiares. Existe algo mais desumano?

Por vezes o problema se constituía no sub-tratamento da dor, relegando-a sob argumentos como “O Sr não pode tomar muito esse remédio, pois ele vicia, tem que agüentar a dor até onde der”; ou ainda, “Eu já dei muita medicação para sua dor”.

A falta de formação e treinamento das equipes de saúde, para lidar com a dor, é algo notório. A avaliação no controle da dor deve ser realizada por profissionais

¹ Enfermeira, Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde.

treinados, capazes de entender o processo algico e o seu tratamento. Profissionais que acreditam na queixa do paciente, cultivam o bom senso e sensibilidade para compreender o momento de estresse e angústia no qual o paciente e seus familiares estão envolvidos.

Segundo PIMENTA & TEIXEIRA (1998) o tema é negligenciado pelos educadores encarregados da elaboração dos currículos escolares, mesmo nas áreas em que a dor é muito prevalente, como a oncologia. Na formação do nível técnico o problema se repete, pois o currículo tem como “pano de fundo” o modelo biomédico. A proposta desses autores é que o currículo deve ter um conteúdo geral e básico comum, contemplado por temas que abordam a especificidade epidemiológica e as necessidades de saúde regionais e que considerem a complexidade dos aspectos biológicos, socioculturais e emocionais envolvidos na experiência dolorosa. A formação dos profissionais deveria contemplar o caráter subjetivo da dor, a avaliação das suas características ou de sua repercussão na vida do indivíduo e as indicações e limitações das terapias antálgicas. Os programas educativos devem ser adaptados para o nível instrucional (escola secundária, graduação, aperfeiçoamento ou pós-graduação) de recursos humanos e materiais de cada instituição ou região.

A crença de que a dor é inevitável em algumas condições de doença (ou não, como no parto) faz com que os indivíduos assumam desnecessariamente este sofrimento. O desconhecimento do tratamento da dor faz com que familiares e pacientes assumam essa condição submissa de flagelo. Fazem-se necessários cursos extensivos à comunidade e grupos sociais organizados para o esclarecimento sobre os cuidados que podem ser oferecidos para a dor, potencializando sua capacidade de cobrar uma assistência adequada.

No país, vêm-se articulando e organizando “ligas de dor” e sociedades para o estudo do problema. Exemplo é a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. Em resposta a essa preocupação crescente, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 19, de 03/07/2002, instituindo o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos (PNADCP), e protocolos e diretrizes terapêuticas para o fornecimento de medicamentos excepcionais. A Portaria enfoca fundamentalmente o ensino e o treinamento para acadêmicos, clínicos gerais, endocrinologistas, oncologistas, neurologistas, anestesistas e para a população em geral. Protocolos clínicos publicados buscam uniformizar conceitos e tratamentos, através do envolvimento na discussão de instituições como a Sociedade Brasileira de Anestesia, a Academia Brasileira de Neurologia, a Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, a Sociedade Brasileira de Cuidados Paliativos, a Sociedade Brasileira de Neurocirurgia, o Instituto Nacional de Câncer e associações ligadas aos profissionais de Psicologia, Enfermagem, Fisioterapia, Acupuntura, entre outros (SOCIEDADE BRASILEIRA PARA

O ESTUDO DA DOR, 2003).

Além dos esforços públicos oficiais, muito há que se fazer ainda para que cada profissional, em cada canto desse imenso país, saiba o que é dor e como cuidar de um paciente com dor. Ela é uma atribuição de todos os que cuidam do paciente e exige do profissional que ele mobilize todo o conhecimento de que dispõe, de forma a que nos convençamos todos de que o humanamente possível foi feito para o alívio do sofrimento causado pela dor. A humanização da assistência pressupõe esse esforço. ■

Referências Bibliográficas

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Pain, v.6, p.249-52, 1979.

FREIRE, R. & MENEZES, R. Tudo sobre dor, **Médico Repórter**, p51-52 jul. 1999.

TEIXEIRA, M. J. & PIMENTA, C. A .M. Epidemiologia da dor . In TEIXEIRA, M. J. ; CORREA, C.F. & PIMENTA, C.M. **Dor** conceitos gerais. São Paulo: Lymay, 1994 p. 57 –58 (Estudo Master Dor,1)

PIMENTA, C. A M & TEIXEIRA, M. J. Formação e Treinamento para o Controle da dor. **Âmbito Hospitalar**, n.3, p 11-26, 1998

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR - SBED - IASP Brazilian Chapter, disponível em: <<http://www.dor.org.br>>. Acesso em 11 out. 2003.

