

Dor: Abordagem Multiespecializada. Organização Funcional

J. S. Barbosa, TSA[¶]

Barbosa J S — Pain: Multidisciplinary approach. Rev Bras Anest 1983; 33: 5: 389 - 391

The authors discuss the organization of an ambulatory for the pain patient care, emphasizing the multidisciplinary approach for treatment of the chronic pain patient. The role of the anesthesiologist in such management is discussed.

Key-Words: PAIN: chronic, management

Barbosa J S — Dor: Abordagem multiespecializada. Organização funcional. Rev Bras Anest 1983; 33: 5: 389 - 391

Descrevemos nesse artigo a organização funcional de um sistema ambulatorial, visando atendimento multiespecializado de pacientes com quadros de dor crônica, enfatizando o papel exercido pelo anesthesiologista.

Unitermos: DOR: crônica, tratamento

AS MANIFESTAÇÕES dolorosas desafiam o conhecimento humano desde o tempo dos filósofos gregos. Aristóteles considerou a dor como um estado de sentimento, a antítese à experiência do prazer, o epíteto da sensação de falta de satisfação. Tal conceito foi considerado axiomático até fins do século XIX, quando a concepção sobre as algias derivou para considerá-las uma sensação primária, viabilizada por órgãos especiais de percepção e condução. Atualmente acredita-se que a experiência dolorosa é composta pela percepção da dor, que se somaria a sensações associadas, reações emocionais, estados afetivos e manifestações psicofisiológicas secundárias¹.

A abordagem de um quadro doloroso rebelde, era sempre atribuído a um anesthesiologista, por ter maior habilidade no manuseio de técnicas de anestesia regional. No entanto, essa abordagem poderá ser muito mais complexa, pois em cima da manifestação dolorosa, se somariam inúmeros outros fatores psicossociais e emocionais, interferindo na percepção e manifestação do quadro doloroso. Assim, freqüentemente, um bloqueio terapêutico que deveria ser efetivo deixa de sê-lo, devido a essa subjetividade².

¶ Anesthesiologista do Instituto Nacional de Medicina do Aparelho locomotor - SARAH - Fundação das Pioneiras Sociais, Brasília, DF

Correspondência para João da Silva Barbosa
SQS 103 - Bloco H - apto. 107
70342 - Brasília, DF

Recebido em 13 de dezembro de 1982
Aceito para publicação em 1 de março de 1983

© 1983, Sociedade Brasileira de Anesthesiologia

Após a II Guerra Mundial, passou a surgir maior interesse no tratamento da dor em países como Austrália, Canadá, Dinamarca, Japão e Estados Unidos³. Assim começavam a surgir idéias de que a abordagem de um paciente com problema de dor deveria ser de caráter multidisciplinar. Em 1961 foi fundada a primeira clínica multidisciplinar da dor na Universidade de Washington por Bonica e White⁴.

Nos tempos atuais com a comprovação dos receptores opióides e dos opióides endógenos, o interesse pelo tratamento das manifestações dolorosas redobrou. Com isso tem surgido inúmeras clínicas da dor.

A população que procura o nosso hospital para consulta médica, na grande maioria é portadora de quadros dolorosos, muitas vezes rebelde a tratamento convencionais. Há três anos atrás, passamos a nos organizar para darmos a esses pacientes uma linha de tratamento multiespecializado, abordando a dor sintomaticamente nos casos em que não se conhece a causa, ou quando a causa é intratável e utilizando a dor como parâmetro de reabilitação, e para avaliar o tratamento da causa.

ÁREA FÍSICA

O grande contingente de pacientes com problema de dor se verifica ao nível dos ambulatórios. Assim, o espaço físico bem distribuído nesse setor, facilita enormemente a abordagem multiespecializada. Com isso existe melhor facilidade de acesso aos especialistas, o problema do paciente é resolvido em menor tempo, com maior conforto e economia. A figura 1 mostra a disposição dos ambulatórios de nosso hospital.

Nota-se que existem dois conjuntos de boxes de atendimento, e em cada conjunto, há duas alas voltadas para um espaço central comum, onde circulam a equipe e médica e para-médica.

EQUIPE DE SAÚDE

O hospital em que trabalhamos é especializado em doenças do aparelho locomotor, o qual requer a ação de diversas especialidades médicas e para-médicas, que se complementam na abordagem ao paciente.

No atendimento de doentes com dor, estão envolvidos uma equipe composta de: clínico geral, ortopedista, tera-

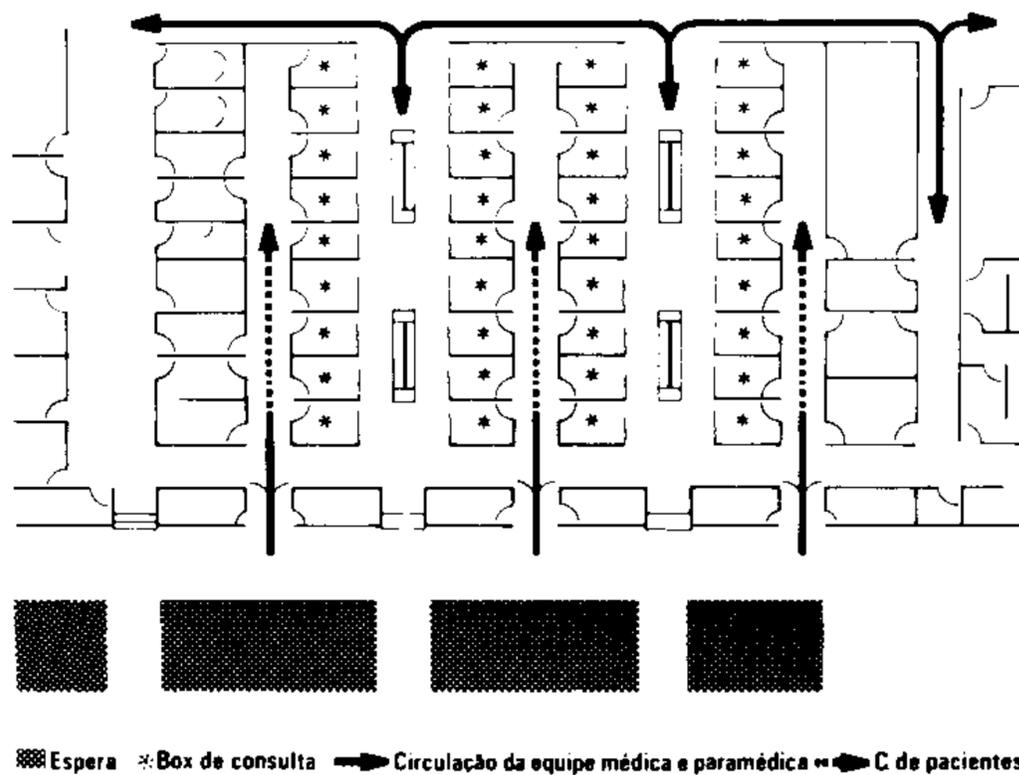


Figura I - Disposição física do ambulatório.

pêta funcional psicólogo, anesthesiologista, neurocirurgião, radiologista, assistente social, enfermeira, pediatra, patologista clínico e neurologista, todos num regime de trabalho em tempo integral.

ABORDAGEM AO PACIENTE

Qualquer paciente ao procurar o hospital é dirigido para um dos especialistas da área clínica ou cirúrgica, in-

discriminadamente. Na figura 1 podemos ver o fluxo do doente acompanhando a seta tracejada. Quando se trata de uma síndrome dolorosa, e que se faz necessária a intervenção de um ou mais membros da equipe de saúde, os mesmos são prontamente acionados, uma vez que todos estão presentes no hospital. Existe perfeita interrelação e integração entre as equipes médicas e paramédicas. Quando o anesthesiologista é solicitado, e caso haja a indi-

ORGANIZAÇÃO DE UMA CLÍNICA DE DOR

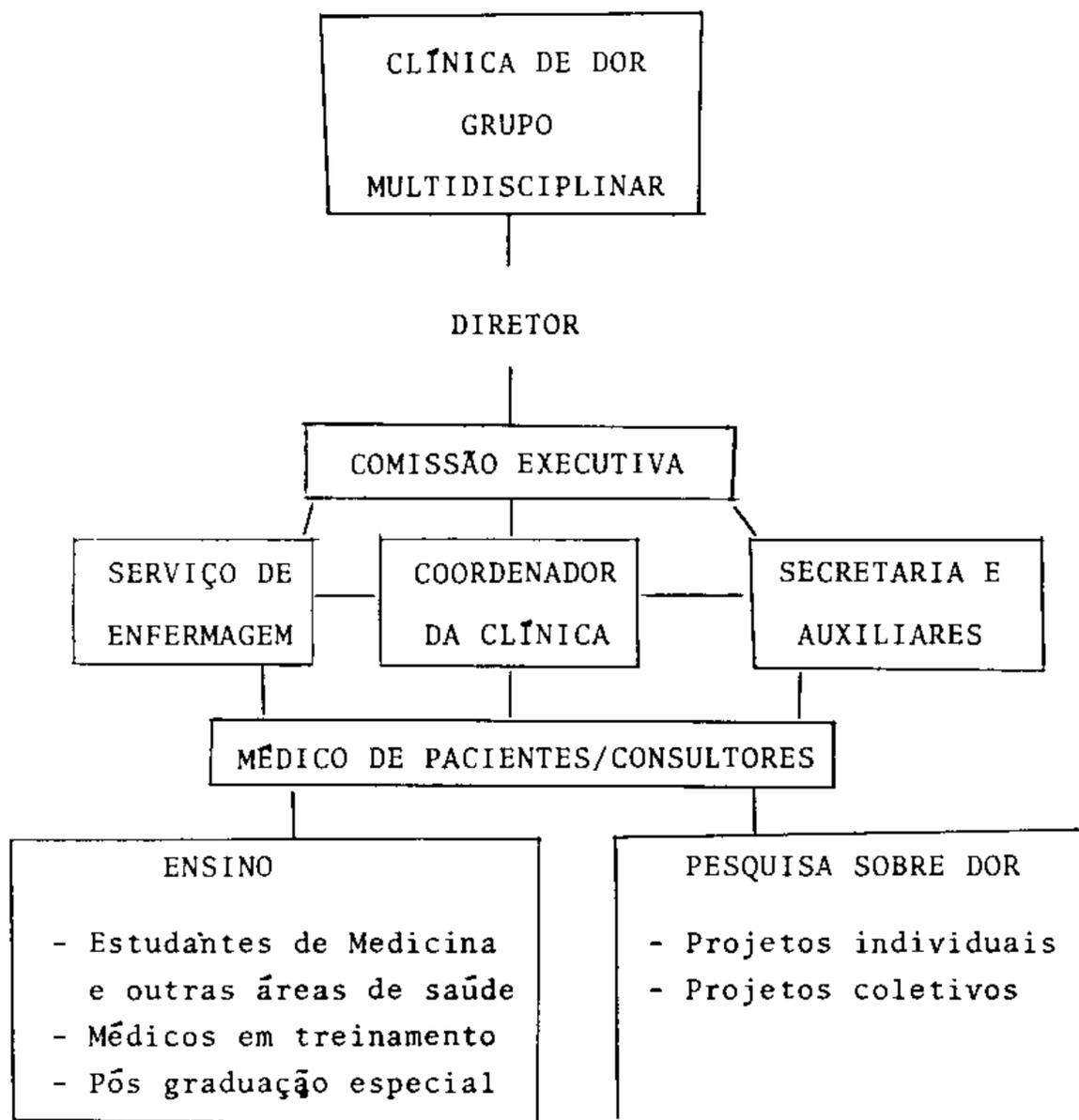


Diagrama I - Organograma da clínica de dor da University Washington - Seattle - USA - Segundo John J. Bonica⁴

cação de algum bloqueio diagnóstico ou terapêutico, o mesmo será realizado no próprio box de atendimento, nas enfermarias, ou no centro cirúrgico.

A abordagem da psicóloga, terapeuta e assistente social, quando se faz necessária, é realizada inicialmente no próprio box, e as outras sessões, em locais mais adequados, se for o caso.

O retorno do paciente ao ambulatório é solicitado para o especialista que está coordenando o esquema terapêutico do paciente em pauta.

A abordagem do paciente internado obedece aos mesmos padrões de multiespecialidade, se houver necessidade.

COMENTÁRIOS

Conhecimentos insuficientes sobre os mecanismos da dor, interação de fatores psico-sociais e emocionais, imprescindibilidade de diagnósticos precisos e execução de condutas comprovadas bem estabelecida, vem fortalecer a idéia de uma abordagem multiespecializada de um quadro doloroso.

Centros de tratamentos da dor, como da Universidade de Washington⁴ e Universidade de Mainz³, possuem grupos de especialistas voltados exclusivamente para o problema "dor" numa administração hierarquizada verticalmente, com um diretor coordenando a equipe como mostra o Diagrama I.

De acordo com as características funcionais e concepção administrativa de nosso hospital, não constituímos um grupo a parte para tratamento da dor, mas sim cada

médico procura ter uma atitude frente o problema "dor", envolvendo todos aqueles profissionais da equipe de saúde, quando houver necessidade, na abordagem do paciente com dor, em uma estrutura funcional e coordenação horizontal.

Não existe um diretor ou coordenador único. Qualquer médico da equipe que se envolva com um paciente portador de um quadro dor, pode coordenar o programa terapêutico, com assessoramento dos outros profissionais, se for o caso.

Quando se fala em tratamento de dor, com abordagem multidisciplinar ou não, nos vem em mente quadros de dor incoercível e rebelde a tratamentos convencionais. No entanto existem inúmeras patologias de caráter crônico ou agudo, principalmente ligadas ao sistema osteomuscular, que tem a dor como único sintoma desconfortável ou debilitante. A participação ativa do anestesiológico no tratamento destas patologias, utilizando ou não bloqueios diagnósticos terapêuticos, tem sido de grande importância. Um hospital como o nosso, voltado para o tratamento de doenças do aparelho locomotor, é procurado por uma gama muito grande e variada de pacientes com dor. Dentre eles, os quadros dolorosos mais frequentes são: lombalgia, cervicalgia, lombociatalgia, bursite, coccigodínia, tendinite, neuralgia, causalgia, distrofia simpática, dor do câncer e outras.

No período de três anos realizamos um grande número de bloqueios diagnósticos ou terapêuticos, e participamos na elaboração de programas de tratamento para inúmeros outros pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bonica J J – A natureza da dor. *Rev Bras Anest* 1968; 18: 127 - 132.
2. Swerdlow M – The role of the anaesthetic in chronic pain management. *Anaesthesia* 1978; 33: 250 - 257.
3. Gerbergshangen H U, Frey R, Magin F, Sholl W, Muller Suur – The pain clinic: an interdisciplinary team approach to the problem of pain. *British Journal of Anaesthesia*, 1975; 47: 526 - 529.
4. Bonica J J – Organization and function of pain clinic. *Advances in Neurology*, Vol 4. Raven Press, Nw York, 1974: 433 - 443

O ÓXIDO NITROSO COMBINADO AO HALOTANO REDUZ O FLUXO CORONARIANO E O MVO_2 EM CORONARIOPATAS

Foram estudados os efeitos hemodinâmicos e metabólicos (miocárdicos), da adição de óxido nitroso a 50% ao halotano a 0,5%, em treze pacientes com coronariopatias, antes do início da cirurgia de revascularização do miocárdio. As medidas, efetuadas 15 minutos após a adição de óxido nitroso, revelaram quedas significativas de: frequência cardíaca, pressão arterial, índice cardíaco, fluxo sanguíneo no seio coronário, consumo de oxigênio pelo miocárdio (MVO_2). Por outro lado, houve elevação significativa do conteúdo de lactato no sangue do seio coronariano. Estas alterações falam a favor de depressão da função ventricular após a adição de óxido nitroso. Os miocárdios dos pacientes com coronariopatias graves foram se tornando globalmente isquêmicos, com a administração de óxido nitroso a 50%, na presença de hipotensão. Os autores recomendam que não se use óxido nitroso em pacientes com coronariopatias que fazem hipotensão arterial.

(Moffitt E, Sethna D H, Gary R J, Raymond M J, Matloff J M, Bussell J A – Nitrous oxide added to halothane reduces coronary flow and myocardial oxygen consumption in patients with coronary disease. Can Anaesth Soc J, 1983: 30: 5 - 9).

COMENTÁRIO: *Em 1972, Eisele e Smith demonstraram efeito depressor sobre o miocárdio no homem, pelo óxido nitroso a partir de concentrações de 40%, usado isoladamente. Quando combinado ao halotano, os efeitos cardiovasculares do óxido nitroso parecem depender da concentração: a 70%, ele comporta-se como um agente α -estimulador, elevando a resistência vascular sistêmica e a pressão arterial (Smith e col, 1970). Estas observações foram realizadas em voluntários apresentando ótimo estado físico. No presente trabalho, levado a efeito em coronariopatas submetidos a revascularização do miocárdio, ficou claro que a adição de óxido nitroso a 50% ao halotano deprime a função ventricular, com o aparecimento de hipotensão arterial. O menor consumo de oxigênio pelo miocárdio decorre seguramente do menor fluxo sanguíneo coronariano: verificou-se aumento do conteúdo de lactato no sangue do miocárdio. Esta seqüência de eventos leva-nos a apoiar a recomendação dos autores quanto à não-utilização do óxido nitroso em coronariopatas graves que desenvolvem hipotensão arterial com certa facilidade. (Nocite J R).*