

TORPOR

EPISÓDIO 02 - REMÉDIO E VENENO

[Leonardo Aquino]: Eu não sei como é a relação que você tem com a sua memória. Mas a minha tem uma particularidade. Às vezes eu tenho a impressão de que o meu HD mental foi muito ocupado por lembranças bem antigas e não consegue guardar tantos detalhes de eventos mais recentes. Vou dar um exemplo bem banal. Copa do Mundo. Da Copa de 94, que eu vivi com 11 anos de idade, eu lembro de absolutamente tudo. Os gols. Os resultados. As histórias paralelas. E até onde eu assisti aos jogos mais importantes, não só os do Brasil. Da Copa de 2022, que foi um dia desses, eu já esqueci de muita coisa. Só com muito esforço eu consigo lembrar quem eram os titulares da Seleção, por exemplo. Não sei se tem a ver com o fato de que, na infância, a gente tem menos preocupações ocupando a cabeça. Ou talvez a gente romantize eternamente o que vive nessa época da vida. O fato é que, muitas vezes, essas lembranças remotas acompanham a gente por muito tempo.

Agora pensa no seguinte: eu citei o exemplo de uma lembrança boa, de uma conquista esportiva que marcou toda uma geração. Imagine o que é conviver com uma lembrança de infância repleta de dor.

[Ivana Patrícia]: Desde que eu comecei a ter consciência de mim mesmo, eu já era aquela criança que tinha que ter um cuidado para não causar dor, né, para não sentir dor.

[Leonardo Aquino]: Essa é a Ivana Patrícia. Ela tem 47 anos de idade e desde os 2 anos tem esse incômodo como companhia.

[Ivana Patrícia]: Então eu fui uma criança que não fazia todo tipo de brincadeiras, porque eu tinha medo de me machucar e ficar muito tempo molhada, por exemplo, porque o frio podia desencadear a dor.

[Leonardo Aquino]: Você provavelmente vai notar um ruído em alguns trechos da entrevista da Ivana. É que ela mora perto da praia e o microfone do celular dela pegou muito barulho de vento batendo. Feita essa ressalva, deixa eu voltar pra história da vida da Ivana.

Ainda bem pequena, ela recebeu o diagnóstico de anemia falciforme. Essa doença tem como principal característica uma mutação nas células do sangue. As células, que deveriam ser redondinhas, sofrem uma deformação na membrana e passam a parecer uma meia lua ou uma foice. Daí o nome falciforme. Essas células deformadas são menos flexíveis e não conseguem passar pelos vasos sanguíneos com a mesma facilidade das células saudáveis. E isso pode até obstruir a circulação do sangue e causar fortes crises de dor¹.

[Ivana Patrícia]: Minha mãe perguntava: "como é, filha, essa dor que você sente?". Eu era muito criança ainda e eu não sabia descrever para ela como é. E assistindo um desenho animado, que não sei se você se lembra, que é do Papa Léguas, onde o personagem, ele é esmagado por um rolo compressor, né?

Quando eu vi aquela imagem, eu disse: "é isso aí, é assim que eu sinto". É como se tivesse me quebrando, me partindo, me amassando, me esmagando.

[Leonardo Aquino]: Para pacientes que têm anemia falciforme, como a Ivana, a principal indicação para aliviar essas crises de dor é uma classe de remédios: os opioides, como a morfina².

[Ivana Patrícia]: Eu sempre uso. Eu não quero que a dor cresça, que ela aumente, sabe? Começa a surgir uma dor na perna ou no braço ou nas costas, então eu já tento abortar a dor. Busco tomar logo porque eu já conheço mais ou menos o meu organismo, o meu corpo e sei que aquilo pode piorar.

¹ <https://bvsmms.saude.gov.br/anemia-falciforme/>

²

<https://www.scielo.br/j/rbhh/a/hNzT595wdJwVKWVqgfFrcZD/#:~:text=A%20prescri%C3%A7%C3%A3o%20dever%C3%A1%20ser%20feita,requer%20interna%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A9%20a%20morfina.>

[Leonardo Aquino]: Qual é a sensação que você tem no momento que a medicação tá fazendo efeito? Você consegue descrever?

[Ivana Patrícia]: Se for injetável, a sensação é de conforto e alívio, porque você está numa dor terrível e aquilo é a única coisa que alivia aquela dor que tu tá sentindo. É como se você tivesse morrendo e alguém te salvasse, te tirasse daquele sofrimento terrível.

Já teve crise de eu pedir pra morrer. Assim. "Meu Deus, eu não quero viver, me tire daqui, eu não aguento isso mais".

[Leonardo Aquino]: Eu tenho um palpite sobre o que você tá pensando agora ao ouvir esse relato. Você acha que vem aí uma história clássica de dependência química, de alguém que, na busca pela cura pra uma dor física, teve contato com uma substância altamente viciante e acabou cruzando uma fronteira perigosa. Só que a história da Ivana foge desse padrão.

[Ivana Patrícia] Eu procurei no caso nunca abusar disso. Porque, assim também, quando passava a dor, eu podia voltar minha vida normal, né? Podia fazer as coisas que eu gostava. Eu podia voltar a viver. Se eu tomasse a morfina direto, eu ia ficar só dormindo. Porque causa sono, fadiga, né? Então como é que eu ia aproveitar a vida e fazer as coisas que eu precisava fazer, dar conta das coisas que eu precisava dar, né?

[Leonardo Aquino]: E você acha que conseguiria ter a qualidade de vida que você tem hoje se não existissem os opioides?

[Ivana Patrícia]: Não. (pausa) Não. Porque quando você entra numa crise é algo terrível. Vários pacientes eu já ouvi falar: "Eu quero morrer, me tire daqui, meu Deus, eu não aguento mais". Sabe?

[Leonardo Aquino]: A gente tá acostumado a ouvir falar dos opioides de uma forma muito negativa. São medicações com alto potencial de dependência e que têm provocado milhares de overdoses todos os anos nos Estados Unidos. Mas como não levar em conta um relato como o da Ivana? Uma pessoa que sente fortes dores desde que se entende por gente e diz que, se não fosse o alívio provocado pela morfina, talvez ela já tivesse desistido de viver? Na jornada da produção deste podcast, esse caso não foi o único em que a gente precisou confrontar o pensamento guiado pelo senso comum sobre opioides.

Vários especialistas em dor e abuso de substâncias que a gente entrevistou também provocaram esse questionamento.

[Anita Rocha]: Infelizmente no Brasil o contexto atual é um contexto de subutilização de opioides e de dor maltratada.

[Francisco Inácio Bastos]: O Brasil era um país com uma subutilização de opioides para fins terapêuticos. Então, muitas pessoas vinham a falecer com dor intensa quando isso é inadmissível.

[Mirlane Cardoso]: O opioide sim é uma opção que a gente não pode abrir mão. Porque a nossa realidade é diferente. É de subtratamento, né?

[Leonardo Aquino]: Mas essa não é uma daquelas encruzilhadas que só têm dois caminhos: “vamos banir os opioides” ou “vamos dar opioides pra todo mundo”. Tem muitas nuances pra gente entender. Elas passam pela formação dos médicos no tratamento da dor, pelo conhecimento dos profissionais de saúde sobre os mecanismos dos medicamentos e pela informação dos pacientes sobre as próprias condições. E é sobre tudo isso que a gente vai falar a partir de agora. Eu sou Leonardo Aquino e este é Torpor, um podcast produzido pela Apneia Conteúdo com o apoio do Instituto Serrapilheira e do Fundo para Investigações e Novas Narrativas sobre Drogas da Fundação Gabo.

Episódio 2: “Remédio e Veneno”.

A história da Ivana fez com que eu me desse conta que existem pessoas que precisam de opioides para levar uma vida minimamente digna e funcional. E assim como eu fiz no primeiro episódio e vou fazer até o último, eu levei essa angústia pra Janaína Versiani dos Anjos, minha companheira de vida e consultora científica deste podcast. As conversas e reflexões que a gente teve vão pontuar vários momentos dessa série.

[Leonardo Aquino]: Se você tivesse uma doença que te provocasse dores incapacitantes e que você precisasse de opioides para curar essas dores, para aliviar essas dores, você tomaria?

[Janaína Versiani dos Anjos]: Eu acho que falta para a gente a percepção do que é uma dor incapacitante. Eu acho que só quem passou que talvez tenha essa percepção. Eu não tenho essa percepção.

Vamos dizer que tem dois tipos gerais de dor, que é a dor nociceptiva e a dor neuropática³. A nociceptiva é essa dor que a gente está acostumado a sentir. Bati o dedão na quina do móvel, né? É uma dor nociceptiva. Me cortei. É uma dor nociceptiva. A dor neuropática, ela não tá relacionada com essa sensação necessariamente de dor, mas com dormência, com formigamentos. Eu não sei se eu já senti algo desse tipo.

Como a gente não tem noção de como é a dor do outro, talvez a gente não tenha a dimensão e não saiba como se portar em relação a uma situação dessa.

[Leonardo Aquino]: Eu lembro que você era muito cética em relação a isso. Você dizia assim: "se eu tiver uma doença grave e disserem para você 'ela vai precisar tomar opioide', você diga que não me dê".

[Janaína Versiani dos Anjos]: Só se eu tiver morrendo, mas hoje em dia não sei. E eu acho que é isso, eu acho que quando a gente teve a ideia de fazer o podcast, até então a gente tinha uma visão meio ortodoxa do uso de opioides, né? "Não. Não. Não". E hoje em dia a gente já sabe que não é bem por aí, né? Então a gente tem que ter muito cuidado quando a gente diz "não, não vou". Acho que mudei de ideia, né? Mudei de ideia.

[Leonardo Aquino]: Neste episódio, a gente vai falar de outros casos em que pacientes precisam de opioides, mas antes eu queria continuar na anemia falciforme. Eu já tinha ouvido o relato pessoal da Ivana. Mas precisava ouvir quem pudesse descrever um cenário mais amplo da doença no Brasil. Como vivem os pacientes no país? Existem dificuldades no acesso ao tratamento? E aí eu liguei para a Maria Zenó.

[Maria Zenó Soares]: Então, me chamo Maria Zenó Soares. Tenho 58 anos e sou uma mulher com doença falciforme.

³ <https://drauziovarella.uol.com.br/reumatologia/tipos-de-dor-conheca-a-diferenca-entre-elas/>

[Leonardo Aquino]: Maria Zenó tem a vivência individual por ter o diagnóstico desde os 29 anos. Mas também tem uma vivência coletiva. Ela é coordenadora geral de uma entidade chamada Fenafal.

[Maria Zenó Soares]: Que é a Federação Nacional de Associações de Pessoas com Doença Falciforme.

[Leonardo Aquino]: Essa atuação na federação faz com que Maria Zenó tenha contato com relatos de norte a sul do Brasil nos eventos em que ela sempre tá presente. Isso dá a ela lugar de fala para fazer uma afirmação bem chocante.

[Maria Zenó Soares]: Infelizmente a dose de opioide, as dosagens de opioide pras pessoas com doença falciforme, elas são negadas, né? Na maioria das vezes, os profissionais de saúde, eles não conseguem entender que a doença falciforme, a dor ela é crônica, que a dor é muito forte. Eles não acreditam no relato da dor e isso nos leva a um sofrimento desnecessário.

A gente procura pouco o serviço de urgência porque a gente sabe que não vai ser tratado de forma humanizada, o nosso relato da dor não vai ser levado em consideração, já que somos taxados como viciados em morfina. E essa é a realidade do norte, do nordeste, do sul, do sudeste, do centro-oeste. As cinco regiões do Brasil, o Brasil inteiro ele vivencia a mesma realidade em relação aos opioides, em relação aos serviços de urgência e emergência.

[Leonardo Aquino]: A Maria Zenó me explicou que, pros pacientes com anemia falciforme, não é toda dor que precisa ser tratada com morfina. Em geral, quem tem o diagnóstico conhece muito bem as dores que sente. E esse conhecimento ajuda a tomar as primeiras providências. Reconhecer fatores externos que são gatilhos para as crises de dor. Usar analgésicos mais fracos, que você consegue comprar sem receita e pode ter em casa.

Agora imagina só essa situação: nada disso funciona e você precisa ir a uma emergência, sabendo exatamente o que precisa tomar pra acabar com a sua dor. É a hora em que o conhecimento sobre a condição se volta contra o paciente e ele ouve barbaridades como esta.

[Maria Zenó Soares]: "Eu não vou fazer a morfina e pronto porque você é viciado".

[Aderson Araújo]: O opioide é uma coisa muito frequente na vida de quase todos os pacientes com doença falciforme, a imensa maioria.

[Leonardo Aquino]: E muitos desses pacientes passam a vida inteira sem cruzar o caminho de um especialista como o Aderson.

[Aderson Araújo]: Meu nome é Aderson da Silva Araújo, sou natural daqui do Recife.

[Leonardo Aquino]: Aderson é hematologista e trabalha há mais de 40 anos no mesmo lugar: a Fundação Hemope, referência em hematologia e hemoterapia no estado de Pernambuco.

[Aderson Araújo]: A doença falciforme é extremamente heterogênea. anemia falciforme a gente tem pacientes que têm muitas crises, com muita frequência, e tem pacientes que tem pouquíssimas ou quase nenhuma. E mais desesperador é que a causa desencadeante muitas vezes é inexplicável. A gente não tem uma razão pela qual a gente diz que a dor começou. Tem várias situações que dão dor. Por exemplo, o estresse, variações de temperatura, não é? Infecções, causas emocionais.

[Leonardo Aquino]: A anemia falciforme é hereditária e surge a partir de uma mutação presente em genes recessivos. Ou seja, se uma pessoa com a doença e outra pessoa sem a doença têm um filho juntas, o máximo que pode acontecer é a criança nascer com o chamado traço falciforme. Quem tem o traço falciforme pode até transmitir a anemia lá na frente pros filhos, mas, em geral, passa a vida inteira sem sintomas. Só que quando a criança herda o gene da anemia do pai e da mãe, não tem jeito. A doença vai se manifestar. As crianças podem ter inchaço nas mãos e nos pés. Elas também estão mais propensas a ter pneumonia e meningite. Além disso, podem conviver desde cedo com aquelas crises de dor⁴.

[Aderson Araújo]: E essa intensidade de dor começando na infância, às vezes é tão desesperadora que a mãe chega com uma criança urrando de dor e a gente tenta fazer uma dipirona, tenta fazer um paracetamol. A gente tenta fazer um tramadol. E assim a gente vai

⁴ https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_falciforme_deve_saber_sobre_heranca.pdf

na progressão. Mas, na maioria dos casos de dor muito intensa e desesperadora, uma mãe aflita com uma criança, a gente sabe que aquilo só vai passar com morfina. E aí começa a exposição já na infância aos opioides dependendo, novamente, repito, do espectro clínico de gravidade da criança. E tem crianças que não tem quase nenhuma crise, tem crianças que têm.

[Leonardo Aquino]: A anemia falciforme pode ser detectada logo nos primeiros dias de vida do bebê, no teste do pezinho. O diagnóstico precoce ajuda no tratamento e na busca por uma vida com o menor impacto dentro do possível, já que a doença não tem cura⁵.

[Aderson Araújo]: Eles são indivíduos que precisam realmente de uma assistência de um médico desde a pediatria até a vida adulta, porque é um doente que fica com a gente dentro do sistema de saúde a vida inteira.

[Leonardo Aquino]: Além das crises de dor, a anemia falciforme pode causar síndrome torácica aguda, infecções, lesões no baço e nos rins, trombose e AVC. São complicações graves, que costumam abreviar a vida dos pacientes. Fala-se em uma expectativa de 45 anos para as mulheres e 42 anos para os homens no Brasil. Mas tem uma estatística que assusta ainda mais. Segundo dados do Ministério da Saúde, a maior parte das pessoas que morreram com anemia falciforme entre 2014 e 2020 no Brasil tinha de 20 a 29 anos⁶.

E tem outro detalhe da história que eu deixei pra te contar só agora. A anemia falciforme atinge principalmente a população negra. A mutação genética que provoca a doença surgiu no continente africano e chegou ao Brasil na época da escravidão. Hoje, a estimativa da quantidade de brasileiros com anemia falciforme é muito ampla: entre 60 mil e 100 mil pessoas, segundo o Ministério da Saúde. E cerca de 95% desses pacientes são pretos ou pardos⁷. Não dá pra

5

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/junho/governo-federal-reforca-necessidade-do-diagnostico-precoce-da-doenca-falciforme>

6

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-saude-da-populacao-negra-numero-especial-vol-1-out.2023>

7

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-saude-da-populacao-negra-numero-especial-vol-1-out.2023>

fechar os olhos para a questão racial como um componente desse cenário de invisibilização da dor e de mortes precoces, como conta a Maria Zenó Soares.

[Maria Zenó Soares]: Se eu tenho 95% de população negra, automaticamente essas pessoas sofrem o racismo, né, de forma cruel porque o racismo é cruel. Então, creio eu, que sem sombra de dúvida, a invisibilidade da doença, a falta de políticas públicas de eficácia, o despreparo dos profissionais de saúde não reconhecer essa dor. Tá tudo relacionado ao racismo e isso eu não tenho dúvida.⁸

[Leonardo Aquino]: Deixa eu juntar as peças pra te ajudar a visualizar melhor o retrato. A gente tá falando de uma doença prevalente na população negra, que é incurável e que provoca crises intensas de dor. A principal indicação para essas crises é a morfina, um analgésico opioide potente, que carrega um estigma por causa do alto risco de dependência. E todos esses fatores se juntam nos relatos de pessoas negras procurando atendimento médico e voltando para casa com dor.

[Aderson Araújo]: O preconceito é porque ela sai hoje, vai num centro. Daqui a pouco ela vai pro hospital, vai para outro, ou então as equipes de plantão mudam, os médicos, às vezes jovens das urgências, que desconhecem toda a condição do paciente falciforme, dizem: “bom, uma pessoa que chegou aqui para mim pedindo morfina, porque só resolve com morfina, é um dependente. Ele tá querendo a morfina, ele não quer passar a dor”. Então esse é um contexto complexo. [20:41]

[Leonardo Aquino]: O médico hematologista Aderson Araújo, que a gente acabou de ouvir, me explicou que existe uma forma de proporcionar um melhor acolhimento aos pacientes falciformes: os centros dedicados. São serviços de atenção ambulatorial especializada que fornecem medicações, disponibilizam consultas e exames e realizam transfusões de sangue, que muitas vezes são necessárias. Como esses centros acompanham os pacientes

durante muitos anos, o manejo dos opioides é feito de uma forma mais controlada.

[Aderson Araújo]: A gente vê que existe um nicho de pacientes. Eles são menos de 10%, que criam a dependência ao opiáceo. Ou seja, 90% dos doentes vão, vão se expor, vão tomar, mas na hora que eles ficam bem, se tiver uma estrutura psicossocial de acolhimento em casa, se ele tiver trabalho, se ele tiver escola, se tiver amigos, namorados, namoradas, se ele tiver um contexto psicossocial favorável, a morfina vai ser apenas uma droga que ele vai tomar quando tem dor e depois ele vai criar nenhuma dependência nisso.

[Leonardo Aquino]: O Brasil tem 150 centros desse tipo, segundo o Boletim Epidemiológico “Saúde da População Negra”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2023⁹. Mas, assim como os grandes serviços de referência, eles estão concentrados em capitais e regiões mais populosas. Quem mora no interior, em estados com território extenso e com logística mais complicada, acaba ficando muito distante desse atendimento especializado. Nesse contexto, cresce a importância das associações de pacientes, que se articulam entre si e tentam fazer pontes com o poder público. É o caso da Fenafal, federação nacional que reúne essas associações e é coordenada pela Maria Zenó Soares.

[Aderson Araújo]: A gente tem como meta organizacional o respeito à dignidade humana, né? Então, todas as vezes que é negado, e sempre é negado, é uma violência ao meu direito humano, à minha dignidade. É uma bandeira que a gente nunca parou de levantar. Porque com dor não tem jeito de ser feliz não. Eu falo que a dor ninguém merece, né? E só sabe a dor de sofrer quem sofre.

[Leonardo Aquino]: O que que você sentiu assim dessa história, que é tão invisibilizada?

[Janaína Versiani dos Anjos]: Eu acho que a primeira coisa que a gente tem que pensar é o recorte racial. Muitas pessoas não têm

noção que a anemia falciforme é uma doença prevalente na população preta. Eu não sabia. Quando eu fiz o curso de farmácia, eu fiz iniciação científica em hematologia. E aí foi quando eu descobri. Não foi estudando matéria da faculdade. Foi na minha iniciação científica que eu descobri que a anemia falciforme era uma doença que era prevalente na população preta.

Até então, eu sabia disso, eu sabia do traço, mas, assim, parecia para mim algo tipo como doença rara. E não é uma doença rara, né? Ela tem uma prevalência muito maior do que de uma doença rara. Eu acho que pelo recorte racial já diz muita coisa, né? É um fato que não se fala sobre isso, não se fala sobre isso.

[Leonardo Aquino]: Eu endosso o que a Jana disse. Não se fala sobre anemia falciforme tanto quanto se deveria ou se poderia. Mas tem uma doença com uma relação muito próxima com a dor e com os opioides que está mais presente no imaginário coletivo e nos noticiários: o câncer.

Existe a dor provocada pelo próprio tumor, quando ele cresce e atinge ossos, órgãos e estruturas nervosas. Tem também a dor do tratamento. A radioterapia e a quimioterapia atacam as células cancerosas, mas também destroem as células boas. Por isso, os pacientes têm efeitos colaterais como queda de cabelo, lesões na pele e nas mucosas.

Fora tudo isso, o câncer traz dores que vão além da dor física. Receber o diagnóstico é um golpe no presente e no futuro de qualquer pessoa. E quase tão certo quanto a dureza dessa notícia é que o paciente de câncer, em algum momento, pode precisar de opioides.

[Mirlane Cardoso]: Os opioides, sim, são a pedra angular do tratamento da dor oncológica.

[Leonardo Aquino]: Quem me falou isso foi a anestesiolegista Mirlane Cardoso. Ela é professora da Universidade Federal do Amazonas e também trabalha na Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas, em Manaus. Nesta fundação, Mirlane ajudou a criar no final dos anos 90 o Serviço de Terapia da Dor e Cuidados Paliativos.

[Mirlane Cardoso]: Então a nossa experiência realmente maior está relacionada à dor aguda pós-operatória e à dor crônica relacionada ao câncer.

[Leonardo Aquino]: Mirlane me explicou que os opioides não são uma indicação para todo mundo que tem câncer. Quem está na fase inicial, em geral, não precisa. Mas junto com o avanço da doença, vêm a dor, a fadiga, a privação de sono e outros sintomas que puxam o paciente para baixo.

[Mirlane Cardoso]: Em algum momento do câncer, você utiliza os opioides numa dor de intensidade maior. E ele é a única droga que a gente considera, quando fala assim termos de mecanismo de ação, de eficácia, ela não tem dose teto. A dose é a que alivia a dor do doente.

Quanto mais o paciente tem destruição celular, o quadro dele compromete vários órgãos e tecidos, você tem uma exposição maior de receptores opioides que vão ser modulados pelo opioide que você prescreve.

Então, eles são sim essenciais no tratamento na dor oncológica.

Aliviam e melhoram muito a qualidade de vida.

[Leonardo Aquino]: E aí talvez seja a hora em que você pergunta se uma pessoa em tratamento de câncer não pode ser capturada pela dependência de opioides. Afinal de contas, esses medicamentos costumam ter uma ação muito rápida para aliviar a dor e induzir o sono. E a gente tá falando de pessoas que vivem um momento de fragilidade física e emocional.

Só que as coisas não funcionam de uma forma simplória, tipo “distribuição de opioides pra qualquer pessoa com câncer e dor”. Num serviço de referência em oncologia, como esse de Manaus em que a Mirlane trabalha, existe uma estratégia mais ampla.

[Mirlane Cardoso]: O paciente oncológico ele é tratado com a terapia multimodal, onde você tem os opioides inseridos nessa terapia, mas existem outras medicações como os anticonvulsivantes, gabapentinoides, antidepressivos, todos eles fazem parte do arsenal para modular essa dor oncológica.

[Leonardo Aquino]: Essas medicações que a Mirlane citou são chamadas de adjuvantes. São substâncias que não têm como finalidade principal acabar com a dor. Mas podem compor a estratégia do tratamento, seja para aumentar a sensação de alívio ou para cortar efeitos colaterais de outras substâncias. Dessa forma, esses remédios podem ajudar na redução da dose de opioides. Inclusive, a Organização Mundial de Saúde tem um protocolo chamado Escada Analgésica¹⁰. Dependendo da intensidade da dor que o paciente relata, a Escada orienta a usar analgésicos não opioides, opioides fracos ou opioides fortes. Mas os adjuvantes sempre estão lá. Os serviços de atendimento especializado costumam seguir esse protocolo e, por isso, eles costumam ter uma prevalência pequena de dependência. É o caso dos centros dedicados a atender pacientes de anemia falciforme, que eu comentei alguns minutos atrás. E é também o caso dos serviços de oncologia.

[Mirlane Cardoso]: A gente fundou esse serviço desde 1990-91. Eu confesso a você: se eu tive duas ou três situações de farmacodependência, são situações que chegaram a gente já num processo para um tratamento da fármaco-dependência. Porque elas foram, de certa forma, induzidas em uma outra situação em uma outra unidade. Principalmente em unidades de urgência.

[Leonardo Aquino]: Olha as unidades de urgência virando assunto por aqui de novo. Quando eu falei mais cedo sobre anemia falciforme, contei o drama dos pacientes que buscam atendimento nas urgências, costumam ser estigmatizados como viciados em morfina e voltam pra casa sem a medicação adequada. E agora a Mirlane cita outro problema que liga os opioides e as urgências: a formação dos médicos generalistas no tratamento da dor.

[Mirlane Cardoso]: A partir do momento que é uma dor leve, não tem indicação de você usar. Mas se eu não tenho capacidade ou eu não estou habilitado ou mesmo eu estou num sistema de atendimento de muitos pacientes, eu não consigo classificar aquela dor realmente como uma dor leve. E antecipo uma prescrição sem necessidade. Isso pode realmente levar a uma condição de uma farmacodependência.

¹⁰ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554435/>

[Leonardo Aquino]: Além de prescrever opioides quando não há indicação, um médico sem a formação adequada em dor pode cometer outra falha: diagnósticos superficiais, que muitas vezes acompanham as pessoas por muitos anos.

[Mirlane Cardoso]: Os profissionais ainda encaram a dor como sintoma isolado e que você possa tratar com uma medicação única e sem necessidade de uma monitorização, né? E é um sintoma subjetivo que você não tem, é diferente de uma febre que você tem temperatura, uma hipertensão. Se você for ver em alguns prontuários, só faz a referência: "paciente com dor". Mas acaba aí essa avaliação.

Eu digo sempre que eles pulam essa etapa da avaliação e é por isso que a gente registra em alguns capítulos de livro, artigos, que a dor no Brasil, principalmente, ela é subdiagnosticada.

[Leonardo Aquino]: A dor no Brasil é subdiagnosticada. Essa é a opinião de uma médica experiente de um serviço público de referência em oncologia na região norte do país. Para tentar desenhar um cenário mais amplo, eu procurei outra especialista de outra região.

[Anita Rocha]: Eu sou Anita Rocha, sou anestesiológica, sou especialista em medicina da dor, tenho mestrado e doutorado em anestesiologia. Atualmente, trabalho na cidade de Salvador.

[Leonardo Aquino]: A Anita trabalha em três hospitais de Salvador. Um deles é o Santa Izabel, que é vinculado à Santa Casa de Misericórdia da Bahia e é referência nacional em diversas especialidades. Lá, ela é supervisora da residência médica de dor. Ou seja, está sempre em contato com profissionais de saúde já graduados que querem se especializar.

[Anita Rocha]: Acredito que a formação dos profissionais da área de saúde como um todo, não apenas do médico, ainda é bastante deficiente no que diz respeito à questão da medicina da dor. A gente observa que poucas universidades no Brasil oferecem a disciplina

dor como uma disciplina regular. Na grande maioria das universidades, a dor é tida como uma disciplina optativa, né? Então é algo que eu acho que é inadmissível, uma vez que a gente vê que a dor é um dos sintomas mais prevalentes nos consultórios médicos e até mesmo de outras áreas que trabalham com os pacientes que apresentam dor.

[Leonardo Aquino]: Além da má formação dos profissionais de saúde, a Anita acha que tem outro componente que contribui para esse cenário de subtratamento da dor no Brasil: um pensamento que muitas vezes contamina o senso comum.

[Anita Rocha]: É as pessoas acreditarem que a dor faz parte da vida, né? Então assim: a dor é uma forma de aprendizado ou é um sinal de alerta diante de algumas ameaças. Existem alguns procedimentos a que os pacientes são submetidos sem uma analgesia adequada, porque se imagina que a dor faz parte da realização desses procedimentos. Por exemplo, aquele paciente que às vezes é submetido a um procedimento cirúrgico, algumas pessoas têm a crença de que a dor faz parte do processo de recuperação, né?

[Leonardo Aquino]: A gente pode acrescentar um exemplo em que a dor chega até a ser romantizada. O parto. Quantas mulheres não sentiram mais dor do que deveriam quando deram à luz? E quantos profissionais de saúde não deram de ombros com uma mulher em trabalho de parto se queixando de dor?

[Anita Rocha]: Toda dor ela deve ser tratada, mas esse tratamento não implica na necessidade da utilização do opióide em todos os contextos, né?

[Leonardo Aquino]: Pronto, a Anita chegou onde eu queria que a conversa chegasse. E, por mais que ela reconheça que os opioides não devem ser usados em todos os casos, ela acredita que, no Brasil, eles são menos usados do que poderiam.

[Anita Rocha]: Infelizmente no Brasil o contexto atual é um contexto de subutilização de opioides. O que a gente vê na literatura é que existe um índice de consumo de opioides por pessoa por ano, né? E, nos Estados Unidos, esse índice de consumo de opioide já está em torno de 700 mg de morfina. Enquanto que aqui no Brasil, esse índice de consumo de opioides, a depender da literatura que você tem como referência, é em torno de 5 a 10 mg de morfina por ano, né? Então assim: isso mostra pra gente que a utilização de opioides aqui no Brasil ainda é muito pequena, né?

[Leonardo Aquino]: Um dos artigos com esse dado mencionado pela Anita foi publicado em 2022 por pesquisadores da Inglaterra e de Hong Kong no Lancet, uma das principais revistas científicas do mundo¹¹. Os cientistas observaram as tendências globais e regionais do consumo de opioides em 66 países ou regiões. E os resultados mostram que o acesso a esse tipo de medicação acompanha o mapa das desigualdades econômicas.

Um dos gráficos do artigo mostra o ranking do consumo médio de opioides por indivíduo. As 20 primeiras posições foram dominadas por países com alto nível de desenvolvimento humano. O pódio ficou com Canadá em primeiro, Suíça em segundo e Alemanha em terceiro. O Brasil ficou na posição de número 48, com um consumo médio equivalente ao do Líbano e da Tailândia, e um pouco à frente do Cazaquistão.

Essa relação entre opioides e desigualdade econômica também foi demonstrada num estudo publicado pela ONU em 2015. Na época, metade da população mundial recebia apenas 1% da morfina distribuída ao redor do planeta¹². Para a Anita, o baixo consumo no Brasil passa por alguns fatores. O alto preço dos opioides no país é um deles.

[Anita Rocha]: A oxicodona, o fentanil, que são as medicações que têm sido utilizadas com muita frequência nos Estados Unidos e que são responsáveis por muitas crises nacionais em relação à questão

11

[https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(22\)00013-5/fulltext#:~:text=Overall%20opioid%20analgesic%20sales%20in,26%20to%207%C2%B780\).](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(22)00013-5/fulltext#:~:text=Overall%20opioid%20analgesic%20sales%20in,26%20to%207%C2%B780).)

12 <https://syntheticdrugs.unodc.org/syntheticdrugs/en/access/facts-and-figures.html>

do uso de opioide, elas são medicações que ainda são muito caras para o poder aquisitivo do brasileiro. Então acho que isso acaba dificultando um pouco a aquisição dessas medicações e a utilização de forma errônea dessas medicações, né?

[Leonardo Aquino]: Outro ponto levantado pela Anita é uma questão burocrática. O controle nas prescrições.

[Anita Rocha]: O acesso aos opioides aqui no Brasil é um pouco mais controlado. Isso quando a gente fala da questão da prescrição de forma lícita, né? Então, para prescrever alguns opioides fortes, a gente precisa ter um registro junto ao Ministério da Saúde, a gente precisa de receitas amarelas que são receitas que não são acessíveis a todos os médicos. Aí é necessário que você faça um cadastro para isso.

[Leonardo Aquino]: A gente ainda vai voltar a falar dessa dinâmica do controle da prescrição de opioides no Brasil no quinto e último episódio desta série. Mas a Anita ainda tem um ponto para fechar a argumentação dela.

[Anita Rocha]: E um outro elemento é exatamente o receio da dependência, né? Então as pessoas têm medo de, ao utilizar os opioides, tornarem-se dependentes, né? Isso realmente é algo que pode acontecer. É um risco? É um risco. Só que eu acho que esse risco não deve ser contraposto pelo subtratamento, e sim pelo uso racional da medicação e pelas estratégias disponíveis de analgesia.

A gente vê com muita frequência às vezes a subutilização dos fármacos opioides nesse contexto de dor aguda, né? Então assim, aquele paciente, por exemplo, que vai ser submetido a uma cirurgia de grande porte, que implicaria na necessidade de técnicas mais específicas ou na utilização de fármacos mais potentes como são os opioides, eles acabam não recebendo esses fármacos por conta da "opioidefobia".

[Leonardo Aquino]: "Opioidefobia" ou "opiofobia" foi um termo criado pela Purdue Pharma na época que ela estava começando a

bombar a publicidade do Oxycontin¹³. E eles usaram esse termo para convencer os médicos a começar a prescrever, né? E esse termo, embora ele tenha sido utilizado numa situação infame, esse termo surgiu nas conversas com as especialistas em dor brasileiras que eu entrevistei. Elas usam essa expressão para dizer que existe isso em algum grau no Brasil, tanto pelos profissionais quanto pelos pacientes.

O que a gente pode falar de opiofobia? você acha que ela existe de verdade? Você acha que dá para a gente trazer essa expressão sem a carga de tudo que aconteceu nos Estados Unidos?

[Janaína Versiani dos Anjos]: Eu acho que na verdade aí é como se fosse aquela palavra que tem dois significados, né? Então, a opiofobia lá de quando foi feito todo marketing em relação ao medicamento veio nesse sentido. No sentido, ah, vamos assim: "como a gente pode burlar a opiofobia por parte do médico e por parte dos pacientes?". E aqui é em outro sentido. Aqui as pessoas têm tanto medo porque, quando se fala em ópio se lembra de morfina, lembra de gente doente, lembra que pode ficar dependente. E aí acaba não querendo, né, fazer uso o uso da morfina

[Anita Rocha]: Então eu acho que a gente tem evoluído bastante, mas a gente ainda precisa evoluir no sentido de compreender melhor os mecanismos de dor e de desenvolver novas medicações que possam contribuir para o controle da dor. Medicações essas que podem ser representadas pelos opioides ou até mesmo por outros fármacos, né? Eu acho que tratar a dor é algo muito difícil, né? Então, quanto mais estratégias a gente tiver disponíveis melhor para o nosso paciente, né?

Dor é sofrimento psíquico, é sofrimento físico, né? É algo que interfere de forma muito negativa na vida dos pacientes. E exatamente por conta disso ela deve ser tratada com seriedade, né?

[Leonardo Aquino]: Na jornada da produção deste podcast, eu encontrei mais uma pessoa que fez uma ponderação desse tipo sobre o tratamento da dor e o uso de opioides no Brasil.

[Gonzalo Vecina Neto]: Gonzalo Vecina Neto, médico sanitарista, professor da faculdade de saúde pública da USP e ex-presidente da Anvisa.

[Leonardo Aquino]: Gonzalo Vecina Neto foi o primeiro diretor-presidente da Anvisa. Ele ficou no cargo desde quando a agência foi criada, em 1999, até 2003.

[Gonzalo Vecina Neto]: Então, nós tratamos o problema das drogas, as drogas lícitas, que é o caso de esse medicamentos utilizados no tratamento de dor, no tratamento de doenças psiquiátricas, né? Nós tratamos essas drogas antes de tudo e mais nada como um problema de polícia e não como um problema de saúde pública.

Se eu quiser controlar o uso dessas drogas com um olhar da polícia, eu terei prejuízos muito importantes na área de assistência à saúde. Se por outro lado, eu for muito aberto na área da assistência à saúde, eu certamente vou alimentar esse mercado paralelo.

[Leonardo Aquino]: Na conversa comigo, o Gonzalo mencionou aquela estatística que eu te contei agora há pouco, sobre o baixo consumo de opioides no Brasil.

[Gonzalo Vecina Neto]: O Brasil consome um décimo per capita da quantidade de drogas para diminuir dor dos países desenvolvidos. Ou seja, os médicos brasileiros não prescrevem produtos para dor. Por que não prescrevem produtos para dor? Por causa da visão policial que a legislação tem.

[Leonardo Aquino]: Tem algum outro aspecto cultural que impacta nesse baixo consumo?

[Gonzalo Vecina Neto]: Na minha opinião, é só uma prática clínica ruim. Nossos médicos são mal formados para tratar dor. E algumas outras coisas também, né? Nós temos uma medicina de excelência praticada nos grandes centros, grandes hospitais, mas temos uma medicina muito vagabunda praticada nos pequenos hospitais, nos pequenos municípios e os médicos são mal formados para tratar dor. Infelizmente isso é uma realidade no Brasil.

[Leonardo Aquino]: E o que que o senhor acredita que poderia melhorar na medicina do Brasil nessa questão do tratamento da dor?

[Gonzalo Vecina Neto]: É conhecimento. O que falta é o melhor conhecimento de como tratar a dor. Quais são os estágios que você tem para tratar dor. É relativamente recente uma área da medicina preocupada com tratamento da dor. Então, eu acho que tem muita coisa além do problema policial e das consequências do uso inadequado dos derivados da papoula.

[Leonardo Aquino]: Se não dá pra mudar essa visão policial ou melhorar a formação dos médicos num país continental de um dia pro outro, a ciência pode colaborar de outras formas. No próximo bloco você vai conhecer uma pesquisa feita no Brasil que juntou aves e edição de DNA para tentar chegar num analgésico que pode ajudar a reduzir a dose de opioides no tratamento da dor. É depois do intervalo.

=====

[Leonardo Aquino]: Esse cenário de subtratamento da dor foi algo que eu nunca percebi. Até fazer a produção desse podcast, até fazer essas entrevistas, era algo que eu não me dava conta. Eu imaginava que, enfim, falava-se que as pessoas têm mais dor, mais dor, e eu imaginei que eram talvez um reflexo de coisas da nossa sociedade mesmo.

[Janaína Versiani dos Anjos]: Eu acho que a primeira coisa é que existem doenças que não se falava nelas, né? Eu acho que até os próprios transtornos de humor são doenças que as pessoas

tratavam como frescura há 20, 30 anos atrás. Então, normalmente, quando a gente tinha conhecimento de alguém que vivia com dor, essa pessoa era negligenciada, essa pessoa não tinha direito ao tratamento da dor porque se duvidava. Então existia muita dúvida. Será que essa pessoa realmente está sentindo essa dor toda?

E aí a gente vê que existe, vamos dizer assim, um retrato da dor, né? Principalmente no Brasil. Normalmente a dor ela é do sexo feminino, normalmente em mulheres acima dos 40 anos. E normalmente, mulheres que têm dupla, tripla jornada. Então é esse o panorama que a gente vê, o retrato da dor no Brasil, é isso? Então talvez por isso que não se falasse tanto antes. Antes a gente aceitava essas microviolências que eram feitas com a gente de boa. E agora a gente não aceita mais e fala, sabe?

[Leonardo Aquino]: Eu não tinha percebido, não tinha feito uma análise dessa forma assim, né? Enfim, por ser um mal que atinge mais as mulheres, de ser invisibilizado...

[Janaína Versiani dos Anjos]: Porque você não é mulher. (Risos)

[Leonardo Aquino]: No primeiro bloco, a gente falou sobre o subtratamento da dor e também sobre a importância das medicações adjuvantes, que podem compor a estratégia de analgesia junto com os opioides. Entre essas medicações, existem algumas que são bem consolidadas. Mas, para aumentar as possibilidades de tratamento, os cientistas têm buscado o desenvolvimento de novos fármacos. E os insights às vezes vêm dos lugares mais inusitados.

Como um sítio onde se criam galinhas, passarinhos, patos.

Mas o que as aves têm a ver com a dor? E qual o caminho entre esse sítio imaginário e um analgésico mais seguro que os opioides? Quem me explicou foi a Vanessa.

[Vanessa Olzon Zambelli]: Eu sou Vanessa Olzon Zambelli, atualmente eu sou pesquisadora no Laboratório de Dor e Sinalização do Instituto Butantan.

[Leonardo Aquino]: A Vanessa é uma das autoras de um artigo que foi publicado em 2023 no Journal of Clinical Investigation, uma revista científica centenária¹⁴. A pesquisa é uma parceria entre o Butantan, o Hospital Munster, da Alemanha, e as universidades de Stanford e Emory, nos Estados Unidos. Mas bora voltar pras aves.

[Vanessa Olzon Zambelli]: As aves eram resistentes a rações picantes, rações apimentadas. O que se sabia é que os criadores de aves faziam uso de rações altamente picantes para essas aves justamente para evitar que roedores viessem se alimentar dessa ração.

[Leonardo Aquino]: Se você parar pra pensar, é um exemplo do conceito de condicionamento, da psicologia. Depois que o roedor vai lá roubar a comida das aves e sente o ardor da pimenta, ele passa a pensar duas vezes antes de fazer isso de novo. Enquanto isso, as aves ficam de boa com a ração picante. Mas pra chegar dessa observação até uma pesquisa sobre dor, tinha um fio de novelo para ser puxado.

[Vanessa Olzon Zambelli]: E o que que a gente sabe? A gente sabe que o principal componente da pimenta é a capsaicina. Então assim: Considerando que a capsaicina é responsável pela sensação de ardor da pimenta, que nada mais é do que uma sensação dolorosa, será que isso pode ter algum papel na sensibilidade à dor? Então essa foi a principal pergunta do trabalho.

[Leonardo Aquino]: O foco da pesquisa foi um receptor celular chamado TRPV1, que capta a sensação do ardor da pimenta e estímulos nocivos de calor. Então, ele está ligado de alguma forma ao processamento da informação dolorosa. Ao analisar a produção científica que já tinha sido publicada, os pesquisadores encontraram muitos dados sobre uma mutação que as aves têm nesse receptor.

[Vanessa Olzon Zambelli]: A gente foi investigar se de fato essa mutação era quem causava a resistência à capsaicina. Então a gente foi investigar se nós fôssemos capazes de reproduzir essa mutação

¹⁴ <https://www.jci.org/articles/view/163735>

no laboratório, o que aconteceria com essa sensação, né, com essa sensação dolorosa. [04:00]

[Leonardo Aquino]: Depois desse insight, os pesquisadores mergulharam num banco de dados de genoma. Era preciso entender a sequência genética do receptor TRPV1 das aves, identificar as mutações e pesquisar se existia algo parecido no genoma dos humanos.

[Vanessa Olzon Zambelli]: E aí foi então que nós chegamos em cinco mutações diferentes que eram muito conservadas em diferentes espécies e a gente falou "nossa, será então que se ela é tão conservada em diferentes espécies, e elas só chegaram e apareceram nas aves, será que então ela tem algum potencial?"

[Leonardo Aquino]: Com as mutações identificadas e sequenciadas, foi possível partir pro passo seguinte: reproduzir essas mutações em mamíferos. E aí entrou em campo uma técnica de edição de DNA: o CRISPR. É uma espécie de tesourinha que permite mudar parte do código genético de uma célula. Essa técnica foi criada pelas cientistas Emmanuelle Charpentier e Jennifer Doudna, que, com esse trabalho, receberam o prêmio Nobel de Química em 2020¹⁵. Com o CRISPR, a equipe da Vanessa reproduziu a mutação das aves em camundongos no laboratório.

[Vanessa Olzon Zambelli]: A gente deu a mesma ração pros camundongos (risos). Pros camundongos que a gente fez a mutação, a gente chamava de "chicken mouse". O nosso camundongo-ave. E aí a hora que a gente dava a ração para esses camundongos os camundongos selvagens, né, os camundongos normais, eles ficavam super incomodados com aquela ração e o nosso "chicken mouse" não tava nem aí. Ele ficava na gaiola com a ração passeando ali super numa boa.

[Leonardo Aquino]: O "chicken mouse", o camundongo com a mutação reproduzida em laboratório, não era apenas mais resistente à ração

15

<https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2020/10/07/nobel-de-quimica-2020-entenda-o-que-e-o-cr-ispr-ferramenta-que-consegue-editar-o-dna.ghtml>

apimentada. Ele também era mais resistente a uma dor induzida, equivalente a uma lesão no nervo.

[Vanessa Olzon Zambelli]: A gente viu que, de fato, quando a gente coloca essa mutação num roedor, numa célula de mamífero, esse canal também perde a função. Ou seja, entrava menos cálcio, então ele talvez tivesse a menor possibilidade de transmitir o impulso doloroso.

Qual é a vantagem evolutiva dessa mutação? É que ela apenas reduz a sensibilidade, a capacidade do canal disparar, do animal sentir o comportamento doloroso.

[Leonardo Aquino]: Então, pronto. Estava fechada a ligação entre a comida apimentada das aves e a dor. Só que, para essa pesquisa ter impacto no dia a dia, não dá pra imaginar que vai dar pra editar o DNA de todo mundo que sente dor crônica. E aí é que entra a outra parte do estudo. O desenvolvimento de uma molécula para reduzir a função do receptor TRPV1, da mesma forma que a mutação genética.

[Vanessa Olzon Zambelli]: Então o que é interessante dessa descoberta? É que a hora que a gente conseguiu desenhar então um medicamento, né? Ainda não é um medicamento. Mas desenhando uma molécula que se ligue exatamente na região em que tem essa mutação, você consegue desligar esse receptor, mas não 100%. O indivíduo ou o animal continuaria sentindo o calor nocivo. Mas em caso ele tiver por exemplo uma neuropatia, né, uma dor já instalada, essa dor ela é reduzida.

[Leonardo Aquino]: E, conectando esse estudo com o tema do podcast, o objetivo final da pesquisa é chegar a uma droga que vai combater a dor sem atuar em áreas do cérebro ligadas a mecanismos de prazer e recompensa, como os receptores opioides. E, conseqüentemente, sem o risco de dependência química.

[Vanessa Olzon Zambelli]: Todo mundo que estuda a dor, todo mundo que faz pesquisa básica na área de dor tá em busca disso,

né? O fármaco do futuro, ele precisa driblar eventualmente essa capacidade de causar tolerância e adição dos opioides.

[Leonardo Aquino]: Eu acho que tô satisfeito. Tem algo que você queira acrescentar assim sobre o futuro do tratamento da dor? Sei lá, essa coisa de desenvolvimento de fármacos que não...

[Janaína Versiani dos Anjos]: Eu acho que a gente tem que sair um pouquinho de medicamentos, né? Eu acho que existem outras terapias, né? Então, tem pessoas que fazem uso de acupuntura e que sentem melhora. Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia de maneira geral. Quando eu digo terapia com psicólogo, com psicanalista. Então eu acho que tudo isso faz parte do tratamento da dor, né?

Uma frase que eu escutei uma vez há muito tempo de uma pessoa que sentia muita dor crônica era que a vida perdia a cor. Então imagina o que é você viver com dor, acordar e não ver mais sentido nas coisas, não ver cor na vida. A vida ser em preto e branco. Então uma pessoa dessa precisa de outros tipos de tratamento não medicamentosos. Precisa ter boas condições de moradia, precisa ter boas condições de alimentação, uma academia, um parque, algo perto de casa para dar um respiro, para fazer uma caminhada. Então não tem como a gente falar só de medicamento.

[Leonardo Aquino]: Não tem como a gente falar só de medicamento. E quem convive com a dor desde sempre sabe disso.

[Leonardo Aquino]: E você mora na praia, não é isso? Aí na praia você encontra paz, você encontra tranquilidade...

[Ivana Patrícia]: Exatamente, eu tomo bastante banho de sol, eu tomo banho de mar.

[Leonardo Aquino]: Essa é a Ivana Patrícia, personagem que a gente ouviu na abertura do episódio. Deixa eu relembrar a história dela pra você: aos dois anos de idade, a Ivana teve um diagnóstico de anemia falciforme e, desde então, convive com crises intensas de dor relacionadas com a doença. Alguns

anos atrás, Ivana saiu do Recife, onde morava, e se mudou para Pedra do Xaréu, uma praia a cerca de 50 quilômetros da capital pernambucana, no município de Cabo de Santo Agostinho.

[Ivana Patrícia]: Vim para cá para ter mais realmente um estilo de vida mais tranquilo e mais tranquilidade para ter uma vida mais leve, sabe? Entrar em contato com a natureza para mim é algo que me faz muito bem.

[Leonardo Aquino]: Morar perto da praia traz sossego, paz e bem estar. Mas, enquanto a Ivana viver, ela vai ter anemia falciforme. E isso significa que, por mais que ela tente controlar os fatores que desencadeiam as crises de dor, nada garante que elas não vão aparecer.

[Ivana Patrícia]: Eu moro só hoje em dia. Então eu não tenho ninguém para me socorrer. Então eu tenho que estar calma e tranquila para poder pegar o Uber se eu precisar ir para o Hemope ou se eu precisar ir numa emergência para eu poder ter a tranquilidade para buscar esse socorro.

[Leonardo Aquino]: E esse socorro invariavelmente passa por uma substância que ela conhece há muito tempo.

[Leonardo Aquino]: Você lembra quando foi a primeira vez que você tomou opioide, especialmente a morfina, consciente do risco de dependência que ela causa?

[Ivana Patrícia]: Eu acho que na adolescência. Mais ou menos 15 anos, 16 anos, foi que eu comecei a ter consciência de que aquilo podia me causar uma dependência, né? Me traz uma sensação boa, mas é só para ser feita no momento necessário, sabe? No momento realmente de dor.

[Leonardo Aquino]: Deve demorar até que as pesquisas sobre analgésicos potentes mais seguros saiam dos laboratórios e cheguem às farmácias e hospitais. E só aí, quem sabe, o medo da dependência deixe de ser um assunto ligado diretamente ao tratamento da dor. Só que, quando esse futuro chegar, ele não vai conseguir apagar uma longa história de sofrimento. De pessoas que

procuraram a cura e encontraram um vício. De gente que morreu sem ter acesso a um tratamento eficaz. E de quem precisou normalizar a convivência com a dor.

[Ivana Patrícia]: Estar aqui é um desafio, todo dia. E você ter ainda um problema de saúde, é algo ainda mais desafiador. Você viver uma existência inteira sem ter esse alívio, eu acho que pra mim não seria possível. Pra mim não.

[Leonardo Aquino]: No próximo episódio de Torpor, eu vou te contar a pré-história da epidemia de opioides: as sociedades antigas que descobriram as propriedades analgésicas e psicoativas do ópio há cerca de 10 mil anos e tudo o que aconteceu a partir daí. Guerras, tomadas de poder e imperialistas sendo imperialistas. A gente também vai falar sobre as overdoses em massa na América do Norte e como elas têm dado combustível para o controverso conceito de guerra às drogas no século 21.

Torpor é um podcast produzido pela Apneia Conteúdo com o apoio do Instituto Serrapilheira e do Fundo para Investigações e Novas Narrativas sobre Drogas da Fundação Gabo. Eu sou Leonardo Aquino e fiz a produção, reportagem e roteiro, e apresento o podcast junto com a Janaína Versiani dos Anjos, que é a consultora científica. A edição é do Caio Santos, da Griô Podcasts. A identidade sonora e as trilhas originais são do Gabriel Falcão. A identidade visual, as ilustrações dos episódios e o desenvolvimento do site do podcast são da Mariana Tavares. A estratégia de conteúdo e as redes sociais são da Marina Tavares. A locução foi gravada no estúdio Carranca, no Recife. Para conteúdo adicional, transcrições dos episódios do podcast e links das redes sociais, acesse www.torpor.com.br.