

TERAPIA FARMACOLÓGICA PARA O CONTROLE DA DOR DO CÂNCER

WERUSKA ALCOFORADO COSTA
GLAUCEA MACIEL DE FARIAS
LUIZ ALVES MORAIS FILHO
KAROLINA DE MOURA MANSO DA ROCHA
FÁTIMA HARYANNY GOMES RUFINO MINEIRO
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, Brasil
E-mail: wealcoforado@terra.com.br

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2007), são estimados 15 milhões de novos casos de câncer para o ano de 2020. Esta estatística sugere que a dor proveniente do câncer será uma das maiores causas por procura de assistência à saúde pelos pacientes acometidos por essa patologia (RIPAMONTI; BANDIERI, 2009).

Sendo assim, quando se trata do paciente com câncer, a dor é estimada em torno de 50% das pessoas na fase inicial da doença, podendo ocorrer em 70% a 90% naqueles com a doença avançada, a qual é definida por apresentar metástases sem possibilidade de cura (JUVER; VERÇOSA, 2008; MAIR, 2009)

Nesse sentido, pelas características fisiopatológicas que envolvem o câncer, o sujeito acometido dessa doença apresenta um quadro progressivo de dor, interferindo diretamente na sua qualidade de vida por influenciar na execução de suas atividades de vida diárias (AVDs), nas suas relações interpessoais e no seu convívio social como um todo (COSTA, 2009).

Considerando esse agravamento à saúde das pessoas, Deandrea et al. (2008) dizem que a dor é um dos principais sinais referidos por pacientes oncológicos. É tida como o segundo sinal mais temido pelas pessoas que foram recentemente diagnosticadas, sendo o medo da morte a principal sensação enfrentada por essas pessoas.

Castro et al. (2006) ressaltam que a dor, independentemente da patologia, tem sido uma das principais preocupações da humanidade, a qual sempre buscou incessantemente por respostas consoladoras que gerassem explicações sobre os questionamentos oriundos da dor e do sofrimento que pairavam sobre o cotidiano do ser. A necessidade da justificativa de sua origem e a possibilidade de controle, seja no âmbito temporário ou definitivo, sempre receberam posição de destaque no transcorrer da história tanto pela população como pelos pesquisadores e profissionais da saúde.

Contemporaneamente, a dor abrange definições e significados diversos conforme a individualidade de cada sujeito social. Há, portanto, uma perda do conceito desse sinal e sofrimento como sentido místico, sendo substituído por conjecturas de modificações dos mecanismos neurofisiológicos como alterações da percepção, abrangendo tanto a atividade cognitiva quanto à comportamental (PESSINI, 2004).

Assim sendo, considera-se como uma das grandes preocupações da humanidade o entendimento do fenômeno doloroso, visto que este acompanha toda a caminhada evolutiva da existência do ser humano (CASTRO et al., 2006).

Com isso, a OMS preconizou como uma das principais prioridades no sistema de saúde pública o efetivo controle da dor, por seu caráter emergencial, por meio da “escada analgésica”. O controle algico deve ser considerado como uma referência na avaliação da qualidade de vida desses pacientes. Deve ressaltar a importância de uma assistência prestada humanizada com vistas a escutar o que o paciente reporta, pois o fato da dor ser subjetiva, só é compreendido, realmente, seu significado quando nos colocamos à disposição para o cuidado do paciente (RIPAMONTI; BANDIERI, 2009).

Dessa forma, percebendo a dificuldade do controle da dor oncológica, questionamos como a terapêutica farmacológica algica para o controle da dor do câncer é abordada na

literatura. Logo, objetivamos nesse estudo realizar uma abordagem sobre a terapia farmacológica para o controle da dor oncológica.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa realizada em bases de dados virtuais, utilizando artigos científicos disponíveis no Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), especificamente nas bases de dados da Literatura Latino-Americana (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) e no Portal Capes, nas bases de dados CINAHAL e Web os Science. Foram utilizados os descritores “dor”, “terapia farmacológica” e “câncer” (pain/câncer/ pharmacotherapy; dolor/câncer/ farmacoterapia), conforme a classificação dos descritores em ciências da saúde (DECS).

Os critérios de inclusão: estudos direcionados à temática terapia farmacológica da dor oncológica, textos completos publicados e limites temporais de 2000 a 2008, nas línguas portuguesa, inglesa ou espanhola.

TERAPIA FARMACOLÓGICA

Devido à complexidade que envolve a dor do câncer e os multifatores que a influenciam, abordaremos sobre as modalidades terapêuticas divididas em tratamento farmacológico e terapia invasiva.

O controle da dor do câncer advém de certos princípios como apontam Lauretti, Ferreira (2007): a escolha do analgésico adequado baseado na intensidade da dor, o cumprimento rigoroso do horário das medicações e o cuidado com o ajuste das doses dos medicamentos, que podem sofrer alteração conforme a necessidade de cada paciente.

É válido ressaltar que os profissionais de saúde, principalmente o médico, devido a sua competência do exercício profissional, têm a responsabilidade de iniciar uma terapia medicamentosa alérgica, logo que reconhece a queixa da dor de um paciente, tendo este reportado ou não (SIGN, 2008).

Dessa forma, é necessário que na construção do plano terapêutico o paciente, de acordo com suas possibilidades, seja envolvido nesse cuidado, pois conforme Pimenta, Teixeira (1996), não podemos esquecer que este é a “autoridade” principal na busca pelo controle da dor.

A OMS, percebendo o aumento na incidência de casos novos de câncer em nível mundial, priorizou quatro pontos importantes a serem alcançados na luta contra essa doença como: a profilaxia e prevenção, a busca pelo diagnóstico precoce, tratamento dos cânceres, de bom diagnóstico e do tratamento da dor (OMS, 1986). Dessa forma, em 1986, a OMS sugeriu a implantação de uma “escada analgésica” formada por três degraus, orientando a terapia medicamentosa recomendada baseada na intensidade da dor.

Sabe-se, então, que esse protocolo estabelecido pela OMS no guideline *Alívio da dor no Câncer* (1986), o qual continua até hoje a ser utilizado no manejo da dor oncológica, possui uma eficácia para 80% a 90% dos pacientes (OLIVEIRA; TORRES, 2003; REEVES, 2008; MAIR, 2009). Conforme Gonçalves (2002) apenas 10% a 20% não respondem de forma significativa ao tratamento analgésico convencional.

Contudo, para esse tratamento apresentar uma real eficácia, a própria OMS (2002) preconizou cinco etapas, tidas como fases, para serem seguidas. A primeira consiste em “pela boca”, isto é, a prioridade da administração dos medicamentos propostos deve ser pela via oral e quando não for possível, devem ser consideradas alternativas como intramuscular e subcutânea (HUTTON; MCGEE; DUMBAR, 2008).

A segunda implica “pelo relógio” a administração dos analgésicos deve ser feita em intervalos regulares, sendo a próxima dose administrada antes de terminar o efeito anterior. Sendo assim, é necessário que o profissional tenha o conhecimento da farmacologia das drogas as quais estão sendo prescritas e/ou administradas (OMS, 2002; GONÇALVES, 2002; MAIR, 2009).

A terceira etapa é “pela escada” de acordo com a intensidade da dor, caso o paciente relate sua queixa algica como leve, seu plano medicamentoso é estabelecido no primeiro degrau fazendo uso de medicação não opióide como paracetamol e aspirina. Quando a dor for descrita como moderada, é indicado à terapia do segundo degrau com uso de opióide fraco como codeína juntamente com um não opióide caso seja necessário. Por sua vez, a dor sendo reportada como forte ou severa orienta-se a terapia do terceiro degrau com opióide forte como a morfina associada ou não a opióide se for preciso. Ressalta-se o uso de adjuvantes em todos os degraus, sejam para contribuir na minimização do processo doloroso ou para prevenir ou cessar os efeitos colaterais dos analgésicos (OMS, 2002; GONÇALVES, 2002; MAIR, 2009).

A quarta etapa é “para o indivíduo” não existindo o momento exato para iniciar a administração do opióide nem qual a dose correta que alivia a dor, e tudo é baseado na subjetividade da dor retratada pelo sujeito. A quinta etapa é “atenção aos detalhes”, enfatizando a importância do registro da administração das drogas, tendo o cuidado no aspecto clínico prático para não perturbem o sono desses pacientes (OMS, 2002; GONÇALVES, 2002; MAIR, 2009).

Isto posto, discorreremos um pouco sobre as drogas que constituem cada degrau da “escada analgésica” (OMS, 1986; OMS, 1996; OMS, 2002):

O primeiro degrau é indicado para dor considerada leve, classificada como <3 numa escala numérica de 0 a 10; composto por medicamentos não opiáceos como aspirina e paracetamol, ou por qualquer outro antiinflamatório não esteróide (AINE) adequado (SIGN, 2008).

Os AINEs são medicamentos que apresentam tanto atividade anestésica quanto antipirética e antiinflamatória, apresentam diferenças quanto a farmacocinética, a potência analgésica e a eficácia antiinflamatória, sendo também diferenciados pelo mecanismo inibitório da COX-1 e da COX-2. A enzima cicloxigenase tem a função de catalisar a conversão do ácido araquidônico na prostaglandina G2 (GONÇALVES, 2002; OLIVEIRA; TORRES, 2003).

Os efeitos colaterais advindos dessas medicações não opióides inclui irritação gástrica, retenção de líquidos e possibilidades de hemorragias gastrintestinais, por alterarem a agregação plaquetária inibindo o tromboxano A2 (GONÇALVES, 2002; REEVES, 2008).

O segundo degrau é indicado para dores consideradas como média ou moderada, classificada com o score de 3 a 6 conforme uma escala numérica de 0 a 10 (SIGN, 2008); consiste no uso de opióides fracos como codeína, propoxifeno, tramadol, podendo ser acrescentado o uso de não opióides (LEON-CASASOLA, 2008).

A codeína é tida como o opióide de primeira escolha para dores moderadas, possui uma ação analgésica, apesar de ser inferior a 1/12 da ação da morfina, também tem ação antitússica e antidiarréica. Apresenta um pico de concentração em torno de uma hora, sendo sua meia-vida de 4 a 6 horas. O tramadol é outro opióide utilizado, sendo também considerado um inibidor fraco da norepinefrina e da recapitação da serotonina e seu pico de ação ocorre em torno de 2 horas, tendo sua vida útil em cerca de seis horas (OLIVEIRA; TORRES, 2003).

O terceiro degrau é indicado para as dores consideradas severas e nos cuidados paliativos aos pacientes sem possibilidade terapêutica. De acordo com uma escala numérica de 0 a 10, apresenta valor superior ou igual a sete; é composto por opióides fortes como morfina, oxicodona, metadona e o fentanil transdérmico (LEON-CASASOLA, 2008; SIGN, 2008).

A morfina é o fármaco de primeira escolha para o tratamento da dor severa conforme o protocolo da OMS para a dor do câncer, devido ao baixo valor e a sua potência anestésica (LAURETTI; FERREIRA, 2007; HUTTON; MCGEE; DUMBAR, 2008). Esse medicamento não apresenta dose limite, sendo esta calculada na quantidade suficiente para o alívio algico. Entretanto, estudos têm mostrado que as doses máximas mais utilizadas ficam em torno de 200 mg ao dia para evitar a depressão respiratória e a constipação severa (OMS, 1986; GONÇALVES, 2002; SIGN, 2008). É importante ressaltar que o uso da morfina é baseado na intensidade da dor e não na questão da expectativa de vida (LAURETTI; FERREIRA, 2007).

Os principais efeitos colaterais relacionados ao uso de opióides fortes são: náusea, vômito, sonolência, letargia, sedação transitória, falência cognitiva, constipação, retenção urinária, depressão respiratória, tolerância, dependência (OLIVEIRA; TORRES, 2003; LAURETTI; FERREIRA, 2007; REEVES, 2008; KURITA et al., 2008).

Sabendo da importância da associação dessas drogas descritas com os adjuvantes, se faz necessária uma pequena abordagem sobre essas medicações. Assim, considera-se adjuvante droga que comumente não são classificadas como analgésicos, porém aliviam a dor em determinadas situações. Os principais fármacos que constituem essa classificação são os antidepressivos, os anticonvulsivantes e os corticosteróides (GONÇALVES, 2002; SIGN, 2008; REEVES, 2008).

Quando a dor advém de uma compressão de um nervo ou de uma inflamação, o adjuvante de escolha é o corticosteróide, porém, quando a dor é de etiologia neuropática os principais medicamentos de alívio que responde a esse tipo de evento são os antidepressivos e anticonvulsivantes. Dessa forma, a medicação considerada de primeira linha no combate a dor neuropática inclui os antidepressivos tricíclicos, os seletivos de serotonina e os inibidores da recaptção da norepinefrina (REEVES, 2008).

Ressalta-se, ainda, a utilização de outros fármacos no combate à algia óssea oriunda de metástases como bifosfonados (pamidronatos), a calcitonina, os radioterápicos (estrôncio-89 e samário-153). Os denominados de bifosfonados têm a finalidade de inibir a função dos osteoclasto e como consequência diminui a reabsorção óssea. Por sua vez, o uso da radioterapia está sendo uma técnica adjuvante no combate à dor óssea localizada e que responde pouco aos opióides, quando essa dor é generalizada a mesma responde de forma mais eficiente aos AINEs (LAURETTI; FERREIRA, 2007). É importante lembrar que tanto a radioterapia quanto a quimioterapia comumente usadas ao tratamento da redução de massas tumorais, também exercem um papel significativo na luta contra a dor óssea (FONOFF et al., 2008).

Um outro método de alívio à dor oncológica é através das técnicas invasivas, as quais são utilizadas como complementação do tratamento, podendo seu uso ser implantado até mesmo no início do tratamento. Dentre elas podemos citar: cordotomia anterolateral, neurólise celiaca, procedimentos encefálicos, mielotomia extraleminiscal, adenólise de hipófise e infusão de fármacos no espaço liquórico (Intratecal) (OLIVEIRA; TORRES, 2003; FONOFF et al., 2008).

No procedimento da cordotomia anterolateral, os sujeitos apresentam dor no quadrante inferolateral do corpo como o tórax, parede abdominal do flanco, região lombar e membro inferior unilaterais. Esse método oferece uma analgesia completa, devido ao paciente não mais sentir dor naquela região, sendo mais utilizado em pacientes sem possibilidades terapêuticas. A neurólise celiaca é a destruição de plexos simpáticos quando há o comprometimento de vísceras abdominais ou retroperitoneais. Ressalta-se o bloqueio dos nervos periféricos quando as dores são localizadas como o bloqueio do plexo braquial contínuo (OLIVEIRA; TORRES, 2003; FONOFF et al., 2008).

Os procedimentos encefálicos são escolhidos quando a dor é restrita ao membro superior, pescoço e face, a opção pela mielotomia extraleminiscal é devido às dores pélvicas e viscerais, as quais apresentam boa resposta a esse procedimento. Em relação ao método, adenólise de hipófise é utilizado para o tratamento da dor por metástase óssea (FONOFF et al., 2008). Uma outra opção é analgesia intratecal usada quando a dor é múltipla, distribuída e quando não há mais eficácia da medicação sistêmica (OLIVEIRA; TORRES, 2003; FONOFF et al., 2008).

Apesar dessa gama de disponibilidade para a minimização e/ou cessamento dos quadros algícos pelos pacientes oncológicos, o controle eficiente desse sintoma comprometedor nem sempre é realizado no cotidiano clínico. Infelizmente, essa dificuldade é desencadeada devido à falta de preparo dos profissionais em avaliar a dor dos pacientes, provenientes das lacunas educacionais dos currículos universitários, o receio pela dependência

do analgésico advindo tanto do próprio paciente quanto de familiares e profissionais, a dificuldade dos pacientes em relatar e caracterizar sua dor, e o desafio do controle dos efeitos adversos das medicações. Assim, a dor continua sendo subidentificada e subtratada (REEVES, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dor é um fenômeno clínico subjetivo, que exige um tratamento farmacológico coerente com sua intensidade e que esteja de acordo com a escada analgésica proposta pela OMS. Ressalta-se, também, a necessidade de uma abordagem multidisciplinar para o seu tratamento, pois, dessa forma, a dor deixaria de ser subidentificada e subtratada pelos profissionais de saúde.

Assim, a adesão desses profissionais ao real tratamento farmacológico que os pacientes oncológicos precisam é imprescindível para uma resolução favorável do controle da dor, visto que isso possibilita o início de uma renovação na educação acadêmica refletindo, assim, nas suas condutas profissionais.

PALAVRAS-CHAVES: Câncer; Dor; Terapia Farmacológica

REFERÊNCIAS

- CASTRO, M. et al. Prevalência de ansiedade, depressão e características clínicas-epidemiológicas em paciente com dor crônica. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 211-223, 2006.
- COSTA, C.M.C [tradutor] **Global Year Against Cancer Pain**. 2009. Disponível em: <http://www.dor.org.br>. Acesso em: 10 de jun de 2009.
- DEANDREA, S. et al. Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature. **Annals of Oncology**, v. 19, n. 12, p. 1985-1991, 2008.
- FONOFF, E. T. et al. Dicas para o tratamento da dor oncológica. In: BUZAID, A. C.; HOFF, P. M. **Mini-MOC – Pocket Book do Manual prático de oncologia clínica do Hospital Sírio Libanês**. 1ª ed. São Paulo: Dendrix Edição e Design Ltda, cap. 17. p. 204-209, 2008.
- HUTTON, N.; McGEE, A.; DUMBAR, C. A guide to cancer pain management. **British journal of community nursing**, v. 13, n. 10, p. 464-470, 2008.
- JUVER, J. P. S.; VERÇOSA, N. Depressão em pacientes com dor no câncer avançado. **Rev. bras. de Anestesiologia**, v. 58, n. 3, p. 287-298, 2008.
- KURITA, G. P. et al. Alteração na atenção e o tratamento da dor do câncer. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 42, n. 1, p. 143-151, 2008.
- LAURETTI, G. R.; FERREIRA, A. S. M. Tratamento da dor crônica neoplásica. **Dor é coisa séria**, v. 3, n. 3, p. 2-7, 2007.
- LEON-CASSOLA, O. Implementing therapy with opioids in patients with câncer. **Oncology nursing forum**, v. 35, n. 6, p. 7-12, 2008.
- MAIR, J. Caring for people with chronic câncer pain. **Journal of Community Nursing**, v. 23, n. 5, p. 10-16, 2009.
- OLIVEIRA, A. S.; TORRES, H. P. O papel dos bloqueios anestésicos no tratamento da dor de origem cancerosa. **Rev. Bras. de Anestesiologia**, v. 53, n. 5, p. 654-662, 2003.
- OMS. Organização Mundial de Saúde. Mirlian Marlete (trad^a). **Alívio da dor do câncer**. São Paulo: Atheneu, 1986.
- PESSINI, L. Humanização da dor e do sofrimento humano na área da saúde. IN: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. [orgs]. **Humanização e cuidados paliativos**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2004.
- PIMENTA, C. A. M.; TEIXEIRA, M. J. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 30, n. 3, p. 473-483, 1996.
- REEVES, K. A cancer pain primer. **MEDSURG Nursing**, v. 18, n. 6, p. 413-419, 2008.
- RIPAMONTI, C.; BANDIERI, E. Pain therapy. **Critical reviews in oncology/hematology**, v. 70, p. 145-159, 2009.

SIGN. **Controlo f pain in adults with câncer**: a national clinical guideline, 2008.
WHO, World Health Organization. **Cancer pain relief: with a guide to opioid availability**, 2ª ed., 1996.
WHO, World Health Organization. **National Cancer ontrol Programmes – Policies and managerial guidelines**. 2ª ed., 2002.
WHO, World Health Organization. **The World Health Organizaton”s fight against cancer: strategies that prevent, cure and care**. 2007.

Autor Principal: WERUSKA ALCOFORADO COSTA. Endereço: Av. Afonso Pena, nº 1199, Bairro: Tirol, Edifício Esmeralda, Apto 105, Natal/RN, Brasil. Tel. (084) 32224261/ (084) 88742306. E-mail: wealcoforado@terra.com.br