

ANALGESIA EM PACIENTES COM DOR CRÔNICA ONCOLÓGICA

José Carlos Carvalho Miele Junior, Samuel De Souza Ferreira¹, Múcio José Breckenfeld Lopes
Fernandes²

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo investigar e pesquisar a importância, os principais e mais eficazes métodos de sanar ou controlar a dor de forma eficiente em pacientes oncológicos que apresentam dor crônica. O quadro de dor é um achado importante na maioria dos pacientes que apresentam neoplasias, e está intimamente ligada a diminuição da qualidade de vida desse grupo de pacientes. No corpo dessa análise será explicitado os principais métodos de controle da dor e melhoria da qualidade de vida em pacientes oncológicos.

Palavras-chave: Analgesia ;Dor crônica; Oncologia; Opióides.

¹ Graduandos do curso de Medicina pela Universidade Federal do Tocantins. e-mail: jccmjr@hotmail.com; samuk99@hotmail.com.

José Carlos Carvalho Miele Junior. Endereço para correspondência: Quadra 404 norte, Alameda 28, n. 1, Plano diretor norte, CEP. 77006-450 Palmas –TO.

² Professor orientador: Médico, Bacharel em Direito, licenciatura em Ciências Biológicas e Filosofia. Especialização em Saúde da Família e Saúde Coletiva.

**REVIEW ARTICLE: ANALGESIA IN PATIENTS WITH CHRONIC PAIN
ONCOLOGIC**

ABSTRACT

This study aims to investigate and research the importance, the main and most effective methods to cure or control pain effectively in cancer patients with chronic pain. The painful condition is an important finding in most patients with cancer, and is closely linked to decreased quality of life of these patients. In the body of these analyzes will be explained the main methods of controlling pain and improving the quality of life in cancer patients.

Keywords: Analgesia; Chronic pain; Oncology; Opioids .

INTRODUÇÃO

A dor é, atualmente, definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, relacionada a dano tecidual real ou potencial, sendo sempre uma experiência subjetiva. A percepção da dor envolve, portanto, dois componentes: o estímulo doloroso (nocicepção) e a reação emocional à dor (MELZACK).

O sistema nervoso central (SNC), juntamente com outras inúmeras estruturas são responsáveis pela percepção dolorosa, e essa sensação é mediada por inúmeros neurotransmissores diferentes que realizam a função bioquímica de transmitir a dor.

Uma das principais causas de dor crônica no mundo é aquela dor relacionada com neoplasias. Dentre os desconfortos experimentados pelos pacientes com câncer, a dor é apontada como muito frequente, acometendo cerca de 50% dos pacientes em todos os estágios da doença e em torno de 70% daqueles com doença avançada (BONICA, 1990). Em 1991, cerca de 7 milhões de pessoas, nos EUA, sofriam de algum tipo de neoplasia. Entretanto, dados demonstram que 50% a 80% dos pacientes portadores de neoplasias não

obtêm analgesia adequada. A prevalência diária mundial de dor neoplásica é de 4 milhões de pessoas e a prevalência anual é de 19 milhões. (Hammack).

A dor associada ao câncer pode ser devida ao tumor primário ou suas metástases, à terapia anti cancerosa e é descrita como “dor total”, pois além da nocicepção, outros fatores físicos, emocionais, sociais e espirituais influem na gênese e na expressão da queixa (Saunders CM). Seu controle merece ser tratado como prioridade devido a vários fatores, primeiramente o não tratamento da dor causa sofrimento desnecessário, levando a uma dificuldade de realizar as atividades diárias e certa exclusão social e dependência do paciente a família e cuidadores.

Com base nos fatores definidos anteriormente, a observação da importância dos sintomas dolorosos no contexto do binômio saúde-doença, tem-se motivado a revisão desse sintoma em pacientes com várias doenças, principalmente aqueles com neoplásicas. Esse estudo de revisão da literatura tem como enfoque os melhores métodos de sanar a dor de pacientes com câncer que apresentam esse quadro.

DISCUSSÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou, em 1986, uma norma de conduta para controle de dor em pacientes oncológicos, que é usada até hoje como parâmetro apesar de já existirem outras condutas paliativas e alternativas a escada analgésica da OMS. Esse método, quando aplicado de forma correta, tem sucesso em cerca de 90% dos casos (VENTAFRIDDA, 1990).

Existem basicamente cinco princípios que devem ser considerados nesse algoritmo que são: Via Oral: preferencialmente a medicação deve ser oferecida pela via oral; Tempo de Administração: É fundamental respeitarmos o intervalo de administração, de acordo com a meia vida de cada droga; Avaliação individual: uma avaliação contínua deve ser empregada durante todo o tratamento, antecipando os efeitos adversos e corrigindo as doses; Respeitar a escada analgésica da OMS; Orientação correta: Orientar o paciente e aos cuidadores é fundamental.

A escada é formada pelos seguintes degraus:

Degrau 1

Pacientes que não estão sob tratamento analgésico e com dor leve a moderada deve ser tratada com drogas anti-inflamatórias. As drogas empregadas incluem paracetamol e anti-inflamatórios não hormonais (AINES). A baixa potência associada aos efeitos colaterais desses medicamentos, como gastropatia, insuficiência renal e hepatopatia, limitam sua eficiência. (OMS)

Degrau 2

Em pacientes com dor moderada, a despeito do uso dos AINE, devemos adicionar ao tratamento opióides fracos como tramadol ou codeína. Alguns investigadores preconizam o uso precoce do degrau 2, para pacientes com dor moderada e sem tratamento prévio. (OMS)

Degrau 3

O degrau 3 é reservado para os pacientes que não obtiveram controle da dor com o uso de opióides fracos e AINES. Nesse degrau, substituímos os opióides fracos por opióides fortes como morfina, metadona, oxicodona ou fentanil. (OMS)

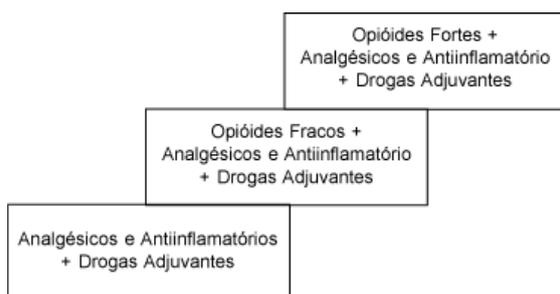


Figura 1 – Escada Analgésica da Organização Mundial de Saúde (OMS).

OPIÓIDES FORTES

Os opióides fortes mais empregados no nosso meio são a morfina, fentaniltransdérmico, metadona e oxicodona. (VENTAFRIDDA, 1990).

Os opióides são agonistas dos receptores opióides. Estes existem em neurônios de algumas zonas do cérebro, medula espinal e nos sistemas neuronais do intestino.

Os receptores opióides são importantes na regulação normal da sensação da dor. A sua modulação é feita pelos opióides endógenos (fisiológicos), como as endorfinas e as encefalinas.

Os opióides endógenos são peptídeos, ou seja, possuem caráter protéico, já os fármacos opióides usados em terapia não são proteínas, porém têm conformações semelhantes em solução às dos opióides endógenos, ativando os receptores em substituição destes.

A morfina é o opióides mais utilizado para o controle da dor oncológica, sendo o fígado o principal sítio de metabolismo da droga. Além da via oral, podemos utilizar a via subcutânea, para o tratamento domiciliar, respeitando sempre os princípios básicos da administração de analgésicos: o intervalo de administração, avaliação individual, respeitar a escada analgésica da OMS e a orientação correta sobre o uso da medicação.

Outra droga bastante utilizada é o fentaniltransdérmico. Apesar de alguns estudos utilizarem a droga no tratamento da dor aguda, seu uso deve ser recomendado apenas durante o tratamento da dor crônica. Ele é utilizado geralmente em pacientes com tumor de cabeça e pescoço, impossibilitados de ingerir analgésicos pela via oral, seu uso é bem indicado. Outros grupos que se beneficiam da droga são crianças e pacientes com efeitos colaterais severos à morfina, como delírio, constipação e vômitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Outro opióide que ganhou bastante notoriedade nos últimos tempos foi a oxicodona. Ele possui características que o fazem um bom fármaco, como o baixo custo,

excelente biodisponibilidade oral, ausência de metabólitos ativos e facilidade de administração.

EFEITOS COLATERAIS DOS OPIÓIDES

O uso crônico dos opióides está associado a uma grande variedade de efeitos colaterais. Os mais comuns são náuseas, vômitos e distúrbios cognitivos. A prevalência desses efeitos é influenciada pela extensão da doença, idade do paciente, presença de insuficiência renal ou hepática, o uso de outros medicamentos, dose e via de administração do opióides (MAHONY, 2001).

Sintomas gastrointestinais são bastante frequentes. Náusea e vômitos são comuns no início do tratamento, mas tolerância a esse efeito se desenvolve rapidamente, por outro lado, a constipação intestinal persiste ao longo do tratamento, e o uso concomitante de laxativos é quase universal. Nesses pacientes, uma dieta rica em fibras, orientada pelo nutricionista é importante. (BRUERA, 1989)

PROCEDIMENTOS INVASIVOS

Infelizmente, cerca de 10% dos pacientes não obtém analgesia satisfatória com medicamentos considerados refratários ao tratamento, enquanto que outros não toleram os efeitos colaterais como a sedação excessiva, náuseas, vômito e delírios. Neste grupo de pacientes, alguns procedimentos invasivos podem ser empregados como bloqueios de nervos, analgesia espinal e intervenções cirúrgicas. (PANCHAL, 2000).

O principal método invasivo utilizado pelos anestesistas para esses casos é a Neurólise Química do Eixo Simpático, que são procedimentos empregados como adjuvantes no controle da dor de origem visceral. Os principais bloqueios são realizados no plexo hipogástrico superior e no plexo celíaco.

O bloqueio do Plexo Hipogástrico Superior é usualmente empregado em pacientes com dor pélvica de difícil controle, como, por exemplo, no tumor de útero. O plexo hipogástrico superior é uma estrutura bilateral e retroperitoneal localizada em nível do terço inferior de L5 e do terço superior de S1. A interrupção das fibras nervosas aferentes que inervam as

estruturas pélvicas e que caminham ao longo de nervos simpáticos e gânglios é o objetivo da técnica.(PANCHAL, 2000).

O bloqueio do Plexo Celíaco é normalmente empregado nos pacientes com dor abdominal localizada no andar superior do abdome, como no tumor de pâncreas. O plexo celíaco também é responsável pela inervação do fígado, vesícula biliar, omento e o trato alimentar desde o estômago até a porção transversa do cólon. O plexo celíaco esta situado no espaço retroperitoneal, em nível de T12 e L1, envolvendo a aorta e as artérias celíaca e mesentérica.

ANALGESIA ESPINHAL

A administração intraespinhal de opióides ganhou importância após o descobrimento de receptores opióides na substância gelatinosa da medula, em 1976 e com o conseqüentemente reconhecimento de que os opióides possuem ação analgésica supra-espinhal e espinhal. A indicação mais aceita sobre a utilização da via espinhal, em pacientes com câncer, é a incapacidade de obter um balanço satisfatório entre analgesia e efeitos adversos dos opióides.(ONOFRIO, 1990).

ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA TRANSCUTÂNEA DO NERVO (TENS)

A estimulação elétrica pode trazer inúmeros benefícios quando indicada no controle da dor oncológica, pois, com a redução da dor, o paciente aumenta o seu nível de função e atividade, pode participar de programas de exercícios físicos e melhorar a sua qualidade de vida. É um recurso não invasivo e de fácil aplicação, que pode ser utilizado em pacientes jovens, adultos e idosos, com possibilidades de induzir analgesia prolongada. Não provoca efeitos colaterais, tem pouquíssimas contraindicações e não apresenta custo elevado (PENA; BARBOSA; ISHIKAWA, 2007).

Existem vários subsídios que tentam explicar como a TENS pode atuar como adjuvante no controle da dor oncológica, porém, concluem que muito se tem a discutir e descobrir sobre o real papel desta modalidade analgésica uma vez que a maioria dos estudos enfatiza que a dor associada ao câncer é multifatorial e, por isso, a grande dificuldade de encontrar comprovações científicas mais concretas para tal tratamento (PENA; BARBOSA; ISHIKAWA, 2007).

CONCLUSÃO

Sendo assim o controle da dor no paciente oncológico é de extrema importância para o sucesso do tratamento e para a manutenção da qualidade de vida desse grupo de pacientes. Estão surgindo várias terapias inovadoras que tentam substituir o uso de opióides ou outros analgésicos devido ao seu grande número de reações colaterais indesejáveis. Cabe ao profissional de saúde se situar nesse mundo de inovações e utilizar aquelas que são comprovadamente eficazes no tratamento desse sintoma. Portanto a atualização médica no estudo, manejo e conduta relacionada à dor é de extrema importância acadêmica e profissional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BRUERA E, Macmillan K, Hanson J. The cognitive effects of the administration of narcotic analgesics in patients with cancer pain. **Pain**; 39:13-16, 1989.
2. DAUT. R.L.; CLEELAND, C.S. The prevalence and severity of pain in cancer.. **PubMed**, 50:1913-1918, nov. 1982. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7116316>>. Acesso em: 03 set. 2016.
3. MAHONY S, Coyle N.; PAYNE, R. Current management of opioid -related side effects. **Oncology**, 15(1): 61-81, 2001.
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2001. Instituto Nacional de Câncer: cuidados paliativos oncológicos controle da dor. Rio de Janeiro, 2001. 130 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_cuidados_oncologicos.pdf. Acesso em: 03 set. 2016.
5. OLIVEIRA, Charles. Escada analgésica da dor de câncer (OMS). Campinas, SP: 2010. Site mundo sem dor. Disponível em: <<http://www.mundosemdor.com.br/esca-da-analgésica-da-dor-do-cancer-oms/>> Acesso em 10 out. 2014.
6. ONOFRIO BM, Yaksh TL. Long term pain relief produced by intrathecal infusion

in 53 patients. **J Neurosurg**, 72:200-209, fev. 1990. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1688618>> Acesso em: 03 set. 2016.

7.PANCHAL SJ, Gonzalez JA. Intrathecal pumps. Techniques in Regional Anesthesia **Pain Management**, 4(3):1-9, 2000.

8.PENA, Rodrigo; BARBOSA, Leandro A.; ISHIKAWA, Neli. Estimulação elétrica Transcutânea do Nervo (TENS) na dor oncológica: uma revisão da literatura. 9.**Revista Brasileira de Cancerologia**, 54(2):193-199, 2008. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v02/pdf/revisao_7_pag_193a199.pdf> Acesso em: 03 set. 2016.

10.ROENN , Jamie H.V; CLEELAND C.S; GONIN, R. Physicians attitudes and practice in cancer pain management. **Ann Intern Med.**, 119:121-126, 1993. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8099769> Acesso em 03 set. 2016.

11.SAMPAIO, L.R.; MOURA, C. V.; RESENDE, M.A. Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica: revisão da literatura. **Rev**

Bras Cancerol, Rio de Janeiro; 51(4):339-46, out./dez. 2005. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=555182&indexSearch=ID>>. Acesso em: 03 set. 2016.

12.VENTAFRIDDA, V.; CARACENI, A.; GAMBA, A. Field-testing of the WHO Guidelines or Cancer Pain Relief: summary report of demonstration projects. In: FOLEY, K.M.; BONICA, J.J.; VENTAFRIDDA, V. editors. **Proceedings of the Second International Congress on Pain**. Vol. 16. Advances in pain research and therapy. New York: Raven Press, td.; 1990: 451-464.