

ANALGESIA EM CÂNCER: CRENÇAS E ATUALIZAÇÃO

Cibele Andrucio de Mattos Pimenta* 1

Maria Sumie Koizumi**2

PIMENTA, C. A. de M.; KOIZUMI, M. S. *Analgesia em câncer: crenças e atualização*. Rev. Esc. Enf. USP., v. 27, n. 2, p. 309-14, ago. 1993.

A dor no câncer é ainda inadequadamente aliviada, embora já existam recursos para tal. A desinformação técnica dos profissionais e a aceitação da dor como um fato que acompanha o câncer parecem ser algumas das causas deste problema. Este trabalho identifica lacunas de conhecimento dos enfermeiros sobre analgesia em câncer e a partir dos dados levantados divulga o programa de alívio da dor no câncer da OMS.

UNITERMOS: Dor. Neoplasias. Analgesia.

I - INTRODUÇÃO

O alívio da dor no câncer é ainda um desafio. BONICA² em um levantamento que envolveu 51 trabalhos, 15 países e 11.500 pacientes com câncer verificou que em diversas fases da doença, em média, 50% dos pacientes tinham dor. Esta média subiu para 71% quando só se considerou os pacientes em fase adiantada. No Brasil a dor estava presente em 85% dos pacientes. Deste alívio inadequado resulta que muitos pacientes despendem as últimas semanas, meses ou mesmo anos de sua vida em grande desconforto e estão suscetíveis à maior deterioração fisiológica visto os distúrbios de sono, apetite, psicológicos e sociais que acometem os pacientes com dor. Por que a dor no câncer é inadequadamente tratada se já existem recursos para isso?

A desinformação dos profissionais de saúde tem sido apontada como a grande responsável por este quadro. Ainda, a "aceitação" da dor como um "fato irremediável" que acompanha o câncer é uma atitude a ser revista pelos profissionais, pacientes e familiares.

Os objetivos deste trabalho são apresentar dados referentes ao conhecimento de enfermeiros que em nosso meio atuam na área oncológica, relativo à alguns aspectos da analgesia em câncer. Objetiva ainda divulgar o programa de "Alívio da Dor no Câncer" da Organização Mundial de Saúde (OMS)⁶. Este estudo replica em parte o de McCaffery et al⁵. Cientes da pequena atenção que a oncologia tem tido nos currículos de enfermagem, pensa-se que o alívio da dor no câncer, provavelmente, não está incluído nos cursos de graduação. Assim, os

1 Enfermeira. Assistente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP.

2 Enfermeira. Professor Associado do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP.

dados fornecidos pelos enfermeiros podem servir como alerta para que as escolas de enfermagem transmitam estas informações a seus alunos.

A proposta da OMS foi elaborada por especialistas de todo o mundo, visando ser eficaz e possível de utilização tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento. Os pontos básicos abarcam aspectos relativos aos objetivos, avaliação e terapêutica da dor.

Os objetivos da estratégia terapêutica são aumentar as horas de sono sem dor, aliviar a dor quando o paciente está em repouso e aliviar a dor quando o paciente está em pé ou em atividade. A avaliação da dor compreende acreditar na queixa do paciente, avaliar sua intensidade bem como o estado psicológico do indivíduo. Obter história e exame físico detalhado e realizar as investigações diagnósticas necessárias, de forma a embasar a terapêutica. Considerar outros métodos de tratamento, tais como procedimentos neurocirúrgicos e anestésicos, além de rigorosa e periódica avaliação da intensidade da dor após iniciado o tratamento.

A terapêutica inicial do alívio da dor é o tratamento do câncer em si, sempre que possível. Paralelamente são aplicadas medidas de tratamento sintomático: farmacoterapia, terapia física e métodos psicológicos. Também os bloqueios anestésicos e procedimentos nerolíticos e neurocirúrgicos podem ser úteis, quando por exemplo, há pontos desencadeantes da dor, ou a dor é unilateral. No entanto, o uso de medicamentos analgésicos é a base da proposta da OMS. Sugere-se uma escala analgésica de 3 degraus, constituída de analgésicos de uso corrente de forma a facilitar sua utilização pelos profissionais de saúde. Aspirina (analgésico não opiáceo), codeína (opiáceo fraco) e morfina (opiáceo forte) constituem esta escala. A utilização de substitutos é possível. Para dores leves o uso de aspirina, paracetamol ou algum antiinflamatório não esteróide é indicado. Nas dores de média e alta intensidade os opióides fracos e fortes estão indicados. Acredita-se que os antiinflamatórios não esteróides têm uma ação periférica, inibindo a produção de prostaglandinas, que é um agente algico, enquanto que os opióides têm uma ação no sistema nervoso central, ligando-se a receptores específicos.

Os princípios gerais para utilização desta escala analgésica são: a dose deve ser individualizada para cada paciente; a via oral é preferível; a insônia deve ser tratada com empenho; os efeitos colaterais precisam ser controlados; utilizar drogas coadjuvantes, se for necessário e monitorizar cuidadosamente a resposta dos pacientes. Este é, em síntese, o programa da OMS.

II - METODOLOGIA

Os dados foram coletados junto a enfermeiros participantes de uma jornada de enfermagem oncológica em 1991, em São Paulo,

através de questionário contendo 7 perguntas abertas e fechadas. A participação foi voluntária e a amostra compõe-se de 40 respondentes. Alguns questionários foram devolvidos no final do período em que foram entregues e outros 1 ou 2 dias após. O objetivo foi utilizar estes dados como subsídio para a discussão de alguns conceitos em analgesia e não proceder a uma investigação minuciosa e rígida sobre o conhecimento dos enfermeiros.

III - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como princípio geral o tratamento da dor no câncer deve iniciar-se com analgésicos não opiáceos e drogas coadjuvantes (ex: anti-depressivos, ansiolíticos). Se a dor persiste ou aumenta estão indicados opiáceos fracos associados a não opiáceos e coadjuvantes e finalmente opiáceos fortes associado a um não opióide e coadjuvante. Este é o conceito de escada analgésica proposta pela OMS, conforme esquema abaixo. Dos respondentes, 63% parecia desconhecer este conceito. A não visualização de uma seqüência possível de analgesia pode levar o enfermeiro a pensar que a dor que seu paciente vivencia não é possível de controle e assim “tem-se” que “aceitá-la”, o que nem sempre é real. Em estudo desenvolvido em um Centro Oncológico no Japão⁶, 156 pacientes foram tratados de acordo com o programa proposto pela OMS. Em 87% dos casos obteve-se remissão completa da dor; em 9% o alívio foi aceitável e somente em 4% a dor persistiu.

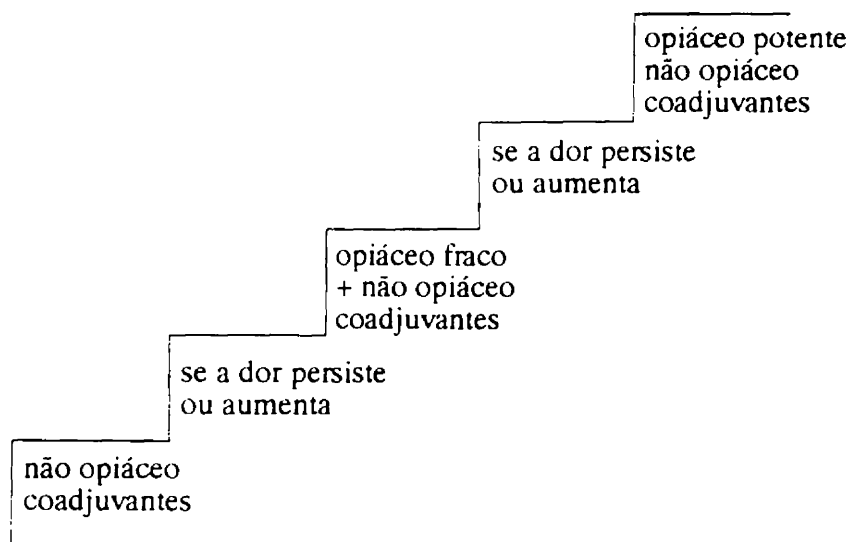


Figura 1 - Escala analgésica da OMS, 1987.

A confusão entre os conceitos de dependência física, dependência psicológica, tolerância e o temor exagerado do desenvolvimento de hábito (vício) quando da utilização de opiáceos parece contribuir para uma abordagem inadequada do alívio da dor. Por **tolerância** entende-se a situação em que é necessário doses cada vez maiores para se obter o mesmo efeito analgésico inicial⁶. A velocidade de se desenvolver tolerância varia muito entre os pacientes. Assim, uns podem desenvolver tolerância alguns dias após o início do tratamento e outros permanecem meses com a mesma dose de analgésico e com a dor controlada⁴. A **dependência física** caracteriza-se pela aparição de sinais e sintomas quando a administração de opiáceo é interrompida abruptamente⁶. Ocorrem sinais e sintomas de ansiedade, irritabilidade, salivação, lacrimejamento, rinorréia e, mais tardiamente, náuseas, vômitos e insônia. Estes efeitos resultam da superexcitabilidade do sistema nervoso autônomo quando o efeito depressor que o opiáceo ocasiona é abruptamente retirado. **Dependência física e tolerância são efeitos farmacologicamente previsíveis** quando há uso repetido de opiáceo¹. A **dependência psicológica** é um comportamento de toxicomania caracterizado pelo desejo intenso da droga e ânsia irreprímível de obtê-la e utilizá-la⁶. Estes conceitos não são intercambiáveis entre si. Tem sido apontada como **bastante rara, (menor que 1%), o desenvolvimento de dependência psicológica** em pacientes que utilizam opiáceo para alívio de dores oncológicas, sem antecedentes prévios de uso inadequado dessas drogas^{6,7}. Embora a dependência psicológica raramente ocorra no **uso clínico**, há um **medo infundado** do uso dessas drogas¹. No entanto, 95% dos enfermeiros neste estudo superestimaram esta possibilidade, sendo que 60% acredita que a dependência psicológica ocorra em níveis acima de 4 para cada 10 pacientes. Trazendo este conceito errôneo, provavelmente, muitos profissionais ao ouvirem as queixas de dor de um paciente que utiliza um analgésico opiáceo, levantem a hipótese do paciente estar "dependente" da droga e talvez posterguem ou até suspendam a administração do medicamento, restando ao paciente sofrer dores desnecessárias. A causa mais freqüente para os pacientes oncológicos solicitarem aumento de seus analgésicos parece ser a evolução da doença e conseqüente aumento da dor^{6,8,9}. Mas, mais da metade (54,2%) dos enfermeiros neste estudo, apontaram a dependência psíquica, física e tolerância como causas deste fenômeno. Também esta falha conceitual pode inferir na administração de analgésicos. Em nosso meio é bastante freqüente a prescrição de analgésico se necessário cabendo, muitas vezes, ao pessoal de enfermagem a decisão de administrar ou não. Se houver uma interpretação da queixa de dor como dependência psíquica isto poderá interferir na decisão de administrar ou não o analgésico. A dor deve ser tratada

preventivamente, administrando-se analgésicos em horários pré-estabelecidos, de acordo com a resposta do paciente, visando que esta não retorne ou ao menos não retorne de maneira intensa.

A existência de opióide que possa ser administrado por via oral é básica neste programa da OMS. No Brasil, alguns poucos hospitais preparam morfina em forma de xarope, mas seu uso fica restrito à instituição. No final de 1989 foi lançada comercialmente no Brasil comprimidos de 10 e 30 mg de morfina. Mas, 45% dos enfermeiros que responderam ao questionário não conheciam esta forma de apresentação, embora atuem na área oncológica. Preocupa-nos o quão pouco tem se difundido informações relativas à dor em enfermagem, haja visto a quase ausência de literatura nacional a este respeito.

Também o período de ação da morfina foi superestimado. Dos respondentes, 62,5% acreditam que morfina V.O. tenha um período de ação maior que 6h. Sabe-se no entanto que o período de ação da morfina V.O. é em torno de 4h^{2,8,9}. Na ausência destes conhecimentos, as enfermeiras podem inadvertidamente contribuir para o sub-tratamento da dor. Cabe esclarecer que existe morfina de liberação lenta cujo período de ação é em torno de 12 h.

A depressão respiratória associada ao uso de opióide para alívio da dor tem sido, erroneamente, super valorizada e temida pelos profissionais. A ocorrência de **depressão respiratória significativa é rara** e a própria dor atua como um estimulante fisiológico^{4,8}. No entanto, entre os enfermeiros que responderam o questionário, 50% acredita que depressão respiratória é o efeito colateral mais freqüente da morfina. Os opióides podem produzir depressão respiratória por efeito direto nos quimiorreceptores dos centros respiratórios. Ocorre uma diminuição da sensibilidade e resposta ao aumento da concentração de CO₂ sanguíneo⁴. Na verdade, a obstipação intestinal, devido à diminuição da peristalse, tem sido apontada como o efeito colateral muito freqüente, bastante desconfortável e às vezes de difícil controle, pois tende a piorar com o tempo de utilização dos opióides levando a quase todos os pacientes necessitarem de laxantes^{6,8,9}. Mas, apenas 12,5% dos enfermeiros parecem conhecer este fato. Diferentemente da obstipação intestinal, náuseas e vômitos, embora ocorram numa alta freqüência, tendem a desaparecer após os primeiros dias de tratamento.

V - CONCLUSÃO

Conceitos errôneos e falta de informação relativos à analgesia da dor no câncer parecem estar presentes em nosso meio. Superestimação do período de ação da morfina V.O., da possibilidade de ocorrência de depressão respiratória e dependência psicológica relacionadas ao

uso de opiáceo para tratamento da dor no câncer foram encontradas. McCAFFERY et al⁵ trabalhando com enfermeiros norte americanos encontrou alguns resultados semelhantes, embora em menor proporção. No entanto, é preciso suprir esta lacuna visto a magnitude do problema e a posição estratégica em que o enfermeiro naturalmente se encontra nas questões relacionadas à dor. Se houver carência de informação nos conceitos básicos, provavelmente, isso interferirá nos resultados obtidos. Em princípio, o alívio da dor deve ser meta prioritária do cuidado de enfermagem. Os cursos de graduação precisam empenhar-se para fornecer conhecimentos que propiciem ao enfermeiro assumir um papel ativo no alívio da dor oncológica. A desinformação nesta área pode contribuir, quer seja por omissão ou por falha de decisão, na persistência do inadequado alívio da dor no câncer.

PIMENTA, C. A. de M.; KOIZUMI, M. S. Analgesia in cancer: *Rev. Esc. Enf. USP.*, v. 27, n. 2, p. 309-14, aug. 1993.

Cancer pain relief is not yet adequate, but there is resources for this. Professional's misconception and the tabu about that pain in cancer is inevitable have been contributing for this problem. Important nurses' knowledge lacuna about pain relief in cancer was found by this study. The WHO program about pain relief in cancer is presented too.

UNITERMS: *Pain. Neoplasms. Analgesia.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BOAS, R.A. et al. Clinical pharmacology of opiate analgesia. *Adv.Pain Res.Ther.*, v 9, p.695-709, 1985.
2. BOND, M.R. **Dor: natureza, análise e tratamento.** Rio de Janeiro, Colina, 1986, p.247.
3. BONICA, J.J. Treatment of cancer pain: current status and future needs. *Adv.Pain.Res.Ther.*, v.9, p.589-615, 1985.
4. LINDLEY, C.M. et al. Narcotic analgesics: clinical pharmacology and therapeutics. *Cancer Nurs.*, v.13, n.1, p.28-38, 1990.
5. McCAFFERY, M. et al. Nurses knowledge of opioid analgesic drugs and psychological dependence. *Cancer Nurs.*, v.13, n.1, p. 21-7, 1990.
6. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE LA SALUD. **Alivio del dolor en el cancer.** Ginebra, 1987.
7. PORTER, J.; JICK, H. Addiction rare en patients treated with narcotics. *New.Engl.J.Med.*, v.302, n.1, p.123.
8. SCHOLLER, M.T.E. et al. **Guia para tratamento da dor neoplásica.** Florianópolis. Equipe de Controle da Dor e Cuidados paliativos da Maternidade Carmela Dutra, s.d.
9. SPIEGEL, P.; LIMA, M.A. **Como utilizar a morfina por via oral.** s.l., Cristália Produtos Químicos e Farmacêuticos, s.d.