

## USO DE ANALGÉSICOS OPIOIDES E NÃO OPIOIDES POR PACIENTES IDOSOS NO CONTROLE DA DOR ONCOLÓGICA

Raquel Késsia Leite Santos (1); Maria Luisa de Sá Vieira (1); Ivana Maria Fachine (2); Maria de Fátima Ferreira Nóbrega (3); Lindomar de Farias Belém (4)

(1) Universidade Estadual da Paraíba – Departamento de Farmácia; e-mail: [raquelkessia@gmail.com](mailto:raquelkessia@gmail.com); (1) Universidade Estadual da Paraíba – Departamento de Farmácia; e-mail: [marialuisasavieira@gmail.com](mailto:marialuisasavieira@gmail.com); (2) Universidade Estadual da Paraíba – Departamento de Farmácia; e-mail: [ivana.fachine@gmail.com](mailto:ivana.fachine@gmail.com); Universidade Estadual da Paraíba – Departamento de Farmácia; e-mail: [mfnobrega78@gmail.com](mailto:mfnobrega78@gmail.com) (4) Universidade Estadual da Paraíba – Departamento de Farmácia; e-mail: [fariasbelem@hotmail.com](mailto:fariasbelem@hotmail.com)

### INTRODUÇÃO

Observa-se que o aumento da expectativa de vida associado ao declínio das taxas de fertilidade, tem resultado no aumento da proporção de pessoas com mais de 60 anos.<sup>1</sup> No Brasil, de acordo com o último Censo realizado, a proporção da população idosa passou de 9,1% para 11,3%. Dessa forma, o envelhecimento populacional consiste em um dos grandes desafios da saúde pública, observando que, à medida que a pessoa envelhece, maiores são as chances de desenvolver ou contrair uma doença crônica.<sup>2,1</sup>

O envelhecimento é um dos fatores que leva ao aumento da incidência de câncer, visto que, há alterações fisiológicas inerentes ao processo de envelhecimento que determinam conjuntamente alterações moleculares. Essas alterações moleculares combinam-se a fatores mitogênicos que associados à insuficiência e desregulação do sistema imunológico favorecem a proliferação celular, e conseqüentemente, o surgimento do câncer.<sup>3</sup> Além disso, entre as explicações prováveis, é possível destacar que fatores de risco acumulam-se para certos tipos de câncer, potencializando, dessa maneira, o risco de desenvolvimento da doença.<sup>4</sup> Dentre os sintomas que abrangem o quadro clínico do paciente oncológico, a dor é frequente.<sup>5</sup> A IASP (International Association for Study of Pain) define a dor como uma experiência subjetiva desagradável, sensitiva e emocional, associada com lesão real ou potencial dos tecidos ou descrita em termos dessa lesão.<sup>6</sup> Cerca de 80% dos pacientes com câncer experimentam algum tipo de sensação dolorosa.<sup>7</sup>

A prevalência de dor aumenta à medida que a doença progride, cerca de 30% dos pacientes em tratamento sofrem com dor moderada ou intensa. Esse número aumenta para 60% a 90% em pacientes com câncer avançado.<sup>8</sup> Verifica-se, assim, a importância de uma farmacoterapia adequada para o tratamento paliativo desses pacientes, visando o controle desse sintoma e, conseqüentemente o bem estar do indivíduo. Uma das alternativas apresentadas para o combate da dor é o tratamento farmacológico que consiste basicamente no uso de analgésicos e adjuvantes. Os

analgésicos utilizados podem ser opioides e não opioides, variando de acordo com a dor do paciente. Alguns medicamentos são utilizados como adjuvantes, podendo combater outros sintomas que contribuem para a dor, ou mesmo aumentar o potencial de analgesia de outros fármacos. Pode-se citar como exemplos, os antidepressivos, os ansiolíticos, os anticonvulsivantes, e os corticosteróides.<sup>8</sup>

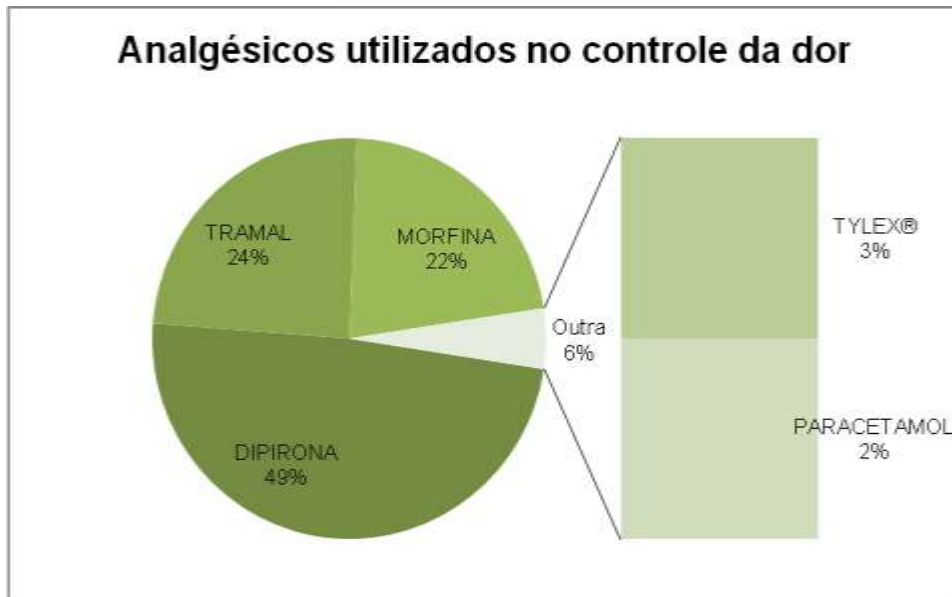
Teve-se, dessa forma, como objetivo do trabalho, a análise da farmacoterapia empregada para controle da dor em pacientes oncológicos hospitalizados na Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), em Campina Grande – PB. A pesquisa foi desenvolvida através de uma abordagem transversal e quantitativa em pacientes hospitalizados na Clínica Oncológica da FAP, constituída por uma amostra de 29 pacientes que possuíam idade igual ou superior a 60 anos e que durante a internação fizeram uso de analgésico. Como instrumento para coleta de dados, utilizou-se um formulário farmacoterapêutico elaborado para o estudo, o qual teve seu início em Outubro de 2014. A pesquisa continua em andamento, e os dados aqui apresentados são referentes até o mês de Julho de 2015. A amostra foi composta por 17 mulheres e 12 homens, que correspondem a 58,6% e 41,4% respectivamente. As demais características da amostra seguem especificadas na tabela abaixo.

Tabela 1: Características Clínico-pessoais dos pacientes hospitalizados na Clínica Oncologia.

<b>Características Clínico-Pessoais</b>	<b>Média</b>
Idade (anos)	70,8
Tempo de Internamento	9,3
Número de Medicamentos Utilizados	6.1

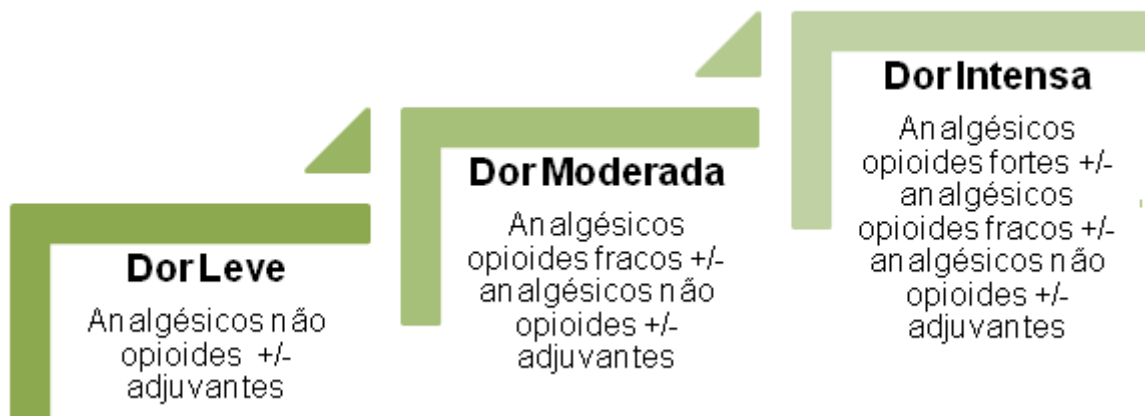
Os analgésicos utilizados para o controle da dor foram os seguintes: dipirona, tramal, morfina, paracetamol e tylex<sup>®</sup>, como podem ser observados no gráfico abaixo.

Gráfico 1: Analgésicos utilizados no controle da dor



A Organização Mundial da Saúde – OMS (World Health Organization – WHO) desenvolveu uma "escada" para o alívio da dor oncológica. A dor está classificada como leve a moderada, moderada e intensa, totalizando 3 degraus com diferentes esquemas terapêuticos para o controle da dor<sup>9,8</sup>.

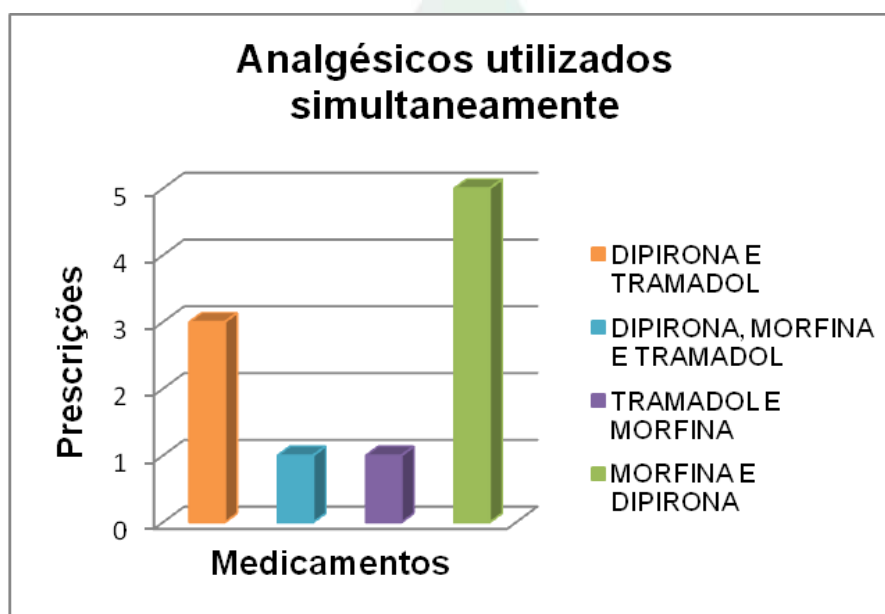
Figura 1: Protocolo analgésico progressivo da Organização Mundial da Saúde



Os analgésicos não opioides utilizados conforme visto no gráfico 1 foram, dipirona e paracetamol. Verificou-se a utilização da dipirona em todas as etapas da escada, como previsto em protocolo.<sup>8</sup> Entre os opiáceos fracos, o mais utilizado foi o tramadol. A coideína foi utilizada na forma de associação com paracetamol na

composição do medicamento Tylex<sup>®</sup>. É importante observar que durante a internação apenas uma paciente fez uso do Tylex<sup>®</sup>, vide alteração na prescrição médica, como substituta ao tramadol. A morfina foi o único opiáceo forte a ser utilizado em pacientes com dores intensas. As associações entre o analgésicos estão especificadas no gráfico abaixo.

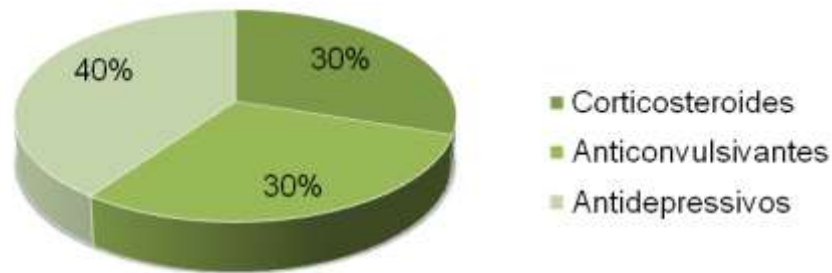
Gráfico 2: Analgésicos utilizados simultaneamente



Observa-se, então, que 34,5% dos pacientes tiveram avaliada a necessidade do uso concomitante de mais de um analgésico. A associação mais prevalente, conforme o gráfico 2, foi o uso de dipirona e morfina. Dessa forma, é possível inferir que a dor desses pacientes foi avaliada como intensa. Dentre os pacientes que se enquadraram nesse degrau da escada, apenas 22% utilizou apenas morfina como analgésico. Constatou-se também a utilização de adjuvantes, sendo os mais frequentes os anticonvulsivantes e corticosteróides.

Gráfico 3: Adjuvantes utilizados no controle da dor

### Adjuvantes utilizados no controle da dor



Os corticosteroides podem diminuir o edema associado a com condições inflamatórias e crescimento tumoral.<sup>8</sup> Na amostra, o corticosteróide mais utilizado foi a dexametasona. Os anticonvulsivantes mais utilizados foram o Fenobarbital e a Fenitoína. Essa classe de medicamentos possuem ação de alívio da dor pela supressão de circuitos hiperativos da medulla e do córtex cerebral e estabilização das descargas neuronais nas membranas das vias aferentes primárias. O antidepressivo utilizado foi a Amitriptilina, que age bloqueando os transportadores de noradrenalina, aumentando a concentração desses receptores na fenda sináptica.<sup>10</sup> Sendo assim, esses medicamentos atuam controlando os sintomas que estão contribuindo para dor. Além disso, podem melhorar a analgesia aumentando o níveis plasmáticos da morfina.<sup>8</sup>

Dos 29 pacientes da amostra, 10 tiveram a dor como o principal, ou um dos principais motivos para internação. Após a administração dos medicamentos, conforme prescrição médica, 2 pacientes relataram que ainda sentiam dor. De acordo com a OMS o tratamento com base nas diretrizes da escada da dor é eficaz em 80 a 90% dos casos.<sup>9</sup>

Da amostra, as neoplasias mais frequentes foram cólon, mama e próstata. Dos 29 pacientes 58,6% receberam alta, 34,5% foram a óbito e 6,9% foram transferidos para outras alas do hospital.

## REFERÊNCIAS

1. CHAIMOWICZ, F, BARCELOS, EM, MADUREIRA, MDS, RIBEIRO, MTF. Saúde do Idoso. Núcleo de Educação Coletiva da Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Coopemed, 2009.
2. BRASIL. Ministério do planejamento, orçamento e gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira – Rio de Janeiro: IBGE, 2011.
3. Silva MM, Silva VH. Envelhecimento: importante fator de risco para o câncer. Arq. Med. ABC v. 30 no 1 Jan/Jun 2005.
4. World Health Organization[internet]. Cancer: Fact sheet N°297; 2015- [citado em 2015 Jul 21]. Disponível em:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>.
5. BONICA, J.J. - Treatment of cancer pain: current status and future needs. In: Fields, H.L.; Dubner R.; Cervero, F. Advances in pain research and therapy: proceeding of the Fourth World Congress on Pain, New York, *Raven*, 9:589-615, 1985
6. Merskey H. Pain terms. International Association for the Study of Pain. Pain. 1979; 6:249-252
7. CARVALHO, PAG, PEREIRA JUNIOR, JA, NEGREIROS, WA. Avaliação da dor causada pela mucosite oral em pacientes oncológicos. Rev Dor. 2009; 10(1): 47-50.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. - Rio de Janeiro: INCA, 2002.
9. World Health Organization[internet], WHO's cancer pain ladder for adults. [citado em 2015 Jul 21]. Disponível em:  
<http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>
10. Medicamentos na prática da farmácia clínica. Santos L, Torriani MS, Barros E. Artmed, 2013.