

CLÍNICA DA DOR: ATENÇÃO FARMACÊUTICA AO PACIENTE ONCOLÓGICO COM DOR CRÔNICA, EM USO DE MEDICAMENTOS OPIÁCEOS

ANDERSON DA SILVA NETO¹
ANÍZIO ANDRÉ ZANOTTI FERNANDES¹
ELIZEU DIAS JUNIOR¹
CRISTIANO VENTURIM²

1. Discentes do Curso de Farmácia, Centro Universitário Vila Velha.
2. Docente do Curso de Farmácia do Centro Universitário Vila Velha, CUVV, Rua Comissário José Dantas de Melo, 21, 29.102-770, Boa Vista, Vila Velha, ES.

Autor responsável: C. Venturim.
E-mail: cventurim@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O Ambulatório do Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC), localizado em Vitória ES, caracteriza-se pelo atendimento ao paciente oncológico, sendo responsável pelo primeiro contato do mesmo com o hospital, que é referência estadual para o tratamento do câncer. Além desse primeiro contato, os pacientes têm o seu tratamento acompanhado por uma equipe multiprofissional (médicos, farmacêuticos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre outros) em consultas e procedimentos realizados no espaço físico ambulatorial.

O tratamento oncológico divide-se basicamente em 4 vertentes: cirurgia, quimioterapia, imunoterapia e radioterapia (GOMES; REIS, 2003). Cada paciente realizará o tratamento (ou junção dos mesmos) mais adequado ao perfil clínico. Esses procedimentos são realizados no próprio hospital, seguindo o encaminhamento do ambulatório e a agenda dos setores responsáveis.

O paciente continua freqüentando o ambulatório do hospital, pois é nesse ambiente que a equipe irá acompanhar a evolução de seu tratamento, e fará as intervenções necessárias. Nesse acompanhamento é muito comum a necessidade de utilização de medicamentos chamados de adjuvantes ao tratamento ou controladores da dor causada pela doença. O perfil dos pacientes atendidos é basicamente formado por pessoas de baixo poder aquisitivo (atendidas através do Sistema Único de Saúde – SUS) o que dificulta a compra dos medicamentos prescritos pelo médico, levando os pacientes a realizarem, muitas vezes, o tratamento de forma inadequada. Para resolver ou atenuar essa situação, o ambulatório distribui medicamentos aos pacientes mais necessitados a fim de obter sucesso em seus tratamentos.

A Portaria M/MS nº 1.319, de 23 de julho de 2002 cria os Centros de Referência em Tratamento de Dor Crônica, por meio de cadastramento no SUS, seguindo a portaria SAS/MS nº 472, de 23 de julho de 2002. Dessa maneira, o HSRC tornou-se o primeiro Centro de Referência em Tratamento de Dor Crônica no estado do Espírito Santo, no ano de 2003, através da criação da “Clínica da Dor”, vinculada ao serviço ambulatorial com o intuito de atender pacientes oncológicos que necessitem de cuidados paliativos para o controle da dor.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um acompanhamento do funcionamento do atendimento farmacêutico no ambulatório do HSRC. Paralelo a isso foi descrita a rotina de atendimento e mensurados os benefícios gerados aos pacientes acompanhados.

O estudo visa verificar a aplicação prática da legislação referente aos cuidados paliativos ao paciente oncológico e vislumbrar as melhorias alcançadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A DOR EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

A incapacidade e o sofrimento são razões pelas quais 80% dos pacientes com progressão da patologia do câncer experimentarão a dor (INCA, 2002).

De acordo com a *Internacional Association for the Study of Pain*, a dor é uma sensação ou experiência emocional desagradável, que se associa à lesão tecidual que

pode ser real ou potencial. O que se leva em consideração é que a dor sempre será subjetiva e pessoal, ou seja, a desagradável sensação dolorosa não é classificada igualmente a todos os pacientes e sim varia de pessoa para pessoa. A severidade da dor não está diretamente proporcional à quantidade de tecido lesado, mas fatores como fadiga, depressão, raiva, medo/ansiedade à doença, sentimentos de falta de esperança e amparo influenciam para que os pacientes oncológicos se tornem mais vulneráveis em relação à percepção desses sintomas (INCA, 2002).

Cecily Saunders (1967), (*) introduziu o conceito de “Dor Total”, constituída por vários componentes; físico, mental, social e espiritual. Este conceito de Dor Total mostra a importância de todas essas dimensões do sofrimento humano, e o bom alívio da dor não é alcançado sem dar atenção a essas áreas (INCA, 2002, p. 15).

Portanto, esse conceito de “Dor Total” é muito bem visto dentro da Clínica da Dor, pois essa sensação dolorosa que se manifesta no paciente com câncer é decorrente de um conjunto de fatores, sendo assim não adianta tratar o paciente só com medicamentos se a dor que o está afetando naquele momento é uma dor mental ou espiritual. Daí, o motivo da Clínica da Dor ser composta por multiprofissionais capacitados para dar uma assistência completa ao paciente.

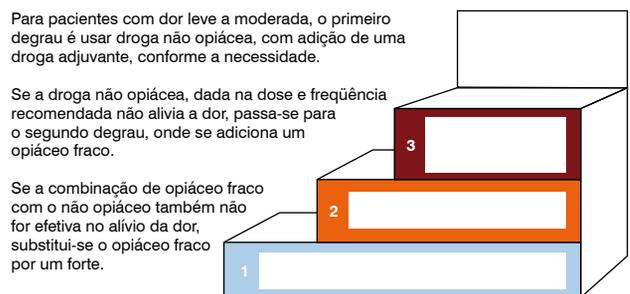
O tipo de dor presente no câncer pode se dividir em: dor associada a um tumor; dor associada à terapia do câncer; e dor não associada ao câncer e nem ao seu tratamento. A sensação dolorosa associada a um tumor é responsável pela maioria das dores do câncer, sendo classificada como nociceptiva, pois é resultante da função normal das vias sensoriais responsáveis pela percepção da dor e pela sua transmissão, referindo-se à sensação dolorosa associada à infiltração de células nas estruturas somáticas (KAZANOWSKI; LACCETTI, 2005).

TRATAMENTO DA DOR DO CÂNCER

A utilização de medicamentos analgésicos e adjuvantes é a terapêutica mais freqüente, preconizando-se o uso preferencial da via oral e a administração dos fármacos em horários pré-estabelecidos e não sob regime de demanda. No entanto, os pacientes e mesmo os médicos rotineiramente evitam doses adequadas de analgésicos devido aos medos infundados sobre a possibilidade de dependência (MERCK..., 2007). Os medicamentos não opiáceos, como paracetamol ou antiinflamatórios não esteroidais (AINES), freqüentemente funcionam bem para dor leve. Se eles não produzirem o efeito desejado, o médico pode prescrever um analgésico opiáceo (EDUCAÇÃO..., 2007). Mas a ordem a ser seguida quanto à indicação partirá sempre do analgésico não opiáceo (com possibilidade de combinação com algum adjuvante), em casos de dores leves a moderadas. Nos casos de dores

moderadas, opta-se pelo uso do analgésico não opiáceo, combinado com algum opiáceo fraco (codeína, tramadol) e adjuvantes. Nos casos de dores fortes, utilizam-se analgésicos opiáceos fortes (morfina, metadona), associado a medicamentos adjuvantes (Figura 1).

Figura 1. Escada analgésica para o uso de medicamentos no tratamento da dor em pacientes com câncer. Fonte: INCA – Cuidados Paliativos Oncológicos. (2002, p. 22).



SUMÁRIO			
DEGRAU	CATEGORIA	PROTÓTIPO	SUBSTITUTOS
1	Não opiáceo	AAS ®	AINE' S / Paracetamol
2	Opiáceo fraco	Codeína	Tramadol
3	Opiáceo forte	Morfina	Metadona / Fentanil / Oxycodona

Segundo a *World Health Organization* (WHO), por meio de um método sistematizado e eficaz, é possível aliviar a dor do câncer em 80% dos casos. Esse método se resume em seis princípios básicos:

- 1 – Pela boca:** a via oral deve ser a de escolha para a administração de medicamentos analgésicos, pela praticidade e possibilidade de controle e autonomia do paciente.
- 2 – Pelo relógio:** nos casos de dor moderada e intensa, os medicamentos analgésicos devem ser administrados com intervalos fixos de tempo para evitar que a dor reapareça.
- 3 – Pela escada:** a escada analgésica deve ser sempre seguida, visando respeitar o uso seqüencial (Figura 1).
- 4 – Para o indivíduo:** Há uma grande variação nas particularidades individuais para a dose necessária de analgesia. Assim, a dosagem de escolha deve ser definida e titulada para cada paciente.
- 5 – Uso de adjuvantes:** atuam aumentando o poder de analgesia (no caso dos anticonvulsivantes e corticosteróides) controlando os efeitos adversos dos opiáceos (laxativos, antieméticos) ou auxiliando no controle de sintomas que contribuem para a dor do paciente (insônia, ansiedade, depressão).

6 – Atenção aos detalhes: a atenção do profissional prescritor (médico) e do dispensador (farmacêutico) é fundamental. Devem ser fornecidas todas as informações necessárias para que o paciente realize o tratamento com sucesso.

MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DA DOR

A avaliação da dor é feita através de uma anamnese, onde existe uma troca de informações entre o paciente e o profissional de saúde. Essa entrevista tem como objetivo obter informações necessárias visando um tratamento de qualidade. Para melhor resultado, a abordagem ao paciente deve ser feita em um local confortável e reservado para que o mesmo possa se sentir privado ao expressar suas informações que, na maioria das vezes, a presença de familiares pode tirar a sua privacidade (KAZANOWISK; LACCETTI, 2005).

O médico Antonio Bento de Castro (2005) descreve o desenvolvimento de um prontuário de informações do paciente, que pode ser utilizado no momento de sua adesão ao tratamento (ver Figura 2). Trata-se de um impresso, onde há partes relativas a informações do paciente: nome, idade, profissão, estado civil, entre outros que serão preenchidos no momento de acolhimento do paciente pela recepção. Os demais campos serão preenchidos pelo médico no ato da consulta, durante o exame físico e a anamnese. Os campos finais têm o seu preenchimento continuado a cada consulta. Toda a evolução do paciente deve ser registrada em seu prontuário.

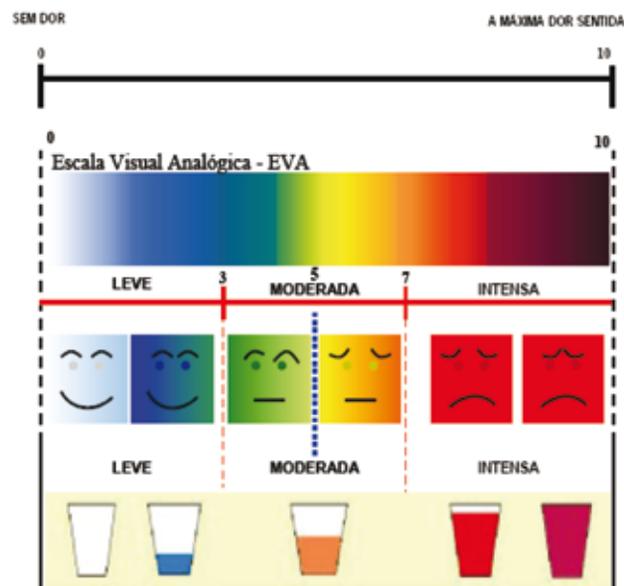
MENSURAÇÃO DA DOR

O INCA define em seu Manual de Cuidados Paliativos Oncológicos (2002) que a mensuração da dor é subjetiva, e depende da interação entre o profissional de saúde e o paciente. O ideal é que sejam usadas escalas pré-definidas, que podem ser verbais ou visuais. Segundo Kazanowski e Laccetti (2005), a Escala Visual Analógica (EVA) é a indicada para a avaliação em adultos (pacientes atendidos na Clínica da Dor do HSRC). Essa escala consiste em uma linha, que pode ter vários referenciais, dependendo do público a ser abrangido: podem ser utilizados números, cores, expressões faciais ou figuras que deixem claro o intuito de se detectar o nível da dor sentida pelo paciente a cada dia (ver Figura 3).

Após a mensuração inicial da dor realizada pelo farmacêutico com base na entrevista do paciente, ele recebe uma planilha para o acompanhamento da evolução da sensação dolorosa a cada dia, sempre de maneira comparativa com a sensação sentida no dia da consulta. Essa marcação deverá ser feita em um formulário específico (ver Figura 4) onde o paciente deverá refletir e avaliar

Figura 2. Prontuário desenvolvido pela equipe do médico Antonio Bento de Castro para a consulta do paciente com dor. Fonte: Castro (2005, p.26).

Figura 3. Modelos de Escalas Visuais Analógicas (EVA's), utilizadas na mensuração da dor em pacientes oncológicos. Fonte: INCA – Cuidados Paliativos Oncológicos. (2002, p.64).



a evolução de sua dor. Novamente esse registro se caracteriza por ser altamente subjetivo. Portanto, é muito importante que o paciente esteja bem orientado quanto ao método a ser empregado.

Figura 4. Formulário-Planilha para o acompanhamento diário, pelo paciente, da evolução da dor com uso de medicamentos. Fonte: Serviço de “Clínica da Dor” – HSRC – Vitória-ES.

Santa Rita
SERVIÇO DE FARMÁCIA – CLÍNICA DA DOR

Paciente: _____ Data: _____
Médico: _____ Medicação: _____
Responsável pela dispensação: _____

ESCALA DE DOR

1 2 3 4 5

DIA	NENHUMA DOR	DOR QUE NÃO INCOMODA	DOR QUE INCOMODA	DOR INTENSA	DOR INSUPORTÁVEL

INSTITUIÇÃO DO SERVIÇO DE CLÍNICA DA DOR – CENTRO DE REFERÊNCIA EM TRATAMENTO DE DOR CRÔNICA

No ano de 2002, de acordo com a necessidade de incrementar as políticas já implementadas na área de cuidados paliativos e de assistência ao paciente com dor, o Ministério da Saúde instituiu o “Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos”. A intenção era ampliar o acesso da população aos medicamentos opiáceos, de maneira racional, facilitando a prescrição e viabilizando a distribuição gratuita desses medicamentos (INCA – Manual de Cuidados Paliativos Oncológicos, 2002).

As medidas adotadas foram as seguintes:

- I Simplificação da prescrição de opiáceos (uso de receituários “B” normais, em duas vias), de acordo com a RDC nº 202 da ANVISA de 18/06/2002.
- II Criação dos Centros de Referência em Tratamento de Dor Crônica por meio da Portaria M/MS nº 1.329, de 23/06/2002, e regulamentação de seu cadastro no SUS pela Portaria SAS/MS nº 472, de 23 de julho de 2002.
- III Inclusão dos opiáceos (morfina, metadona e codeína) na lista de medicamentos constantes do Programa de Medicamentos Excepcionais por meio da Portaria GM/MS 1.318, de 23/06/02. Na prá-

tica, simbolizando a distribuição gratuita desses medicamentos, que devem ser adquiridos pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SESA) e distribuídos gratuitamente aos Centros de Referência em Tratamento de Dor Crônica (Clínica da Dor).

- IV Estabelecimento da necessidade de protocolo na utilização de opiáceos, de acordo com o Anexo X da Consulta Pública GM/MS nº 01 de 23/06/2002.

Naturalmente, os Centros de Referência de Tratamento de Dor Crônica deveriam surgir onde predomina esse tipo de paciente: os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON’s), de tipo I, II ou III. De acordo com a Portaria 3.535/98 do MS, foram estabelecidos critérios para a criação e classificação dos CACON’s:

- A – CACON I: hospitais gerais em que se procede ao diagnóstico e tratamento das neoplasias mais frequentes no Brasil.
- B – CACON II: instituições dedicadas, prioritariamente, ao controle do câncer, desenvolvendo ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento das neoplasias mais frequentes no Brasil;
- C – CACON III: instituições dedicadas, exclusivamente, ao controle do câncer.

O Hospital Santa Rita de Cássia se classifica como CACON II por oferecer prevenção, diagnóstico e tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico a pacientes oncológicos. Dessa maneira, o surgimento da Clínica da Dor no HSRC era um processo natural e necessário e aconteceu no ano de 2003, visando atender a demanda de pacientes que se enquadrassem no protocolo de atendimento e distribuição de medicamentos opiáceos.

A Portaria 3.536/02 do MS implantou a “Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo”– APAC. Através desse formulário, é feita a autorização e cobrança de procedimentos ambulatoriais na área do câncer. As Secretarias Estaduais de Saúde devem repassar trimestralmente ao MS a previsão das quantidades de APAC’s necessárias. É através desse mecanismo que a Clínica da Dor se torna viável e financiável.

O atendimento da Clínica da Dor caracteriza-se pela multidisciplinaridade. O maior objetivo é cuidar da dor crônica, sendo o foco principal a qualidade de vida do paciente. A mentalidade dos profissionais de saúde deve ser trabalhada e a aceitação da morte como um fato inevitável deve motivar a equipe a realizar os cuidados paliativos da melhor maneira possível, a fim de proporcionar dignidade ao paciente terminal. O primeiro contato do paciente com o serviço é com o enfermeiro, que realizará a triagem inicial, verificando o indicativo ou não do paciente ao tratamento. É o enfermeiro também que avalia a necessidade de atendimento psicológico, nutricional ou do serviço social ao paciente, de acordo com as caracte-

rísticas demonstradas na triagem. O serviço de qualquer profissional da Clínica da Dor é acionado pelo enfermeiro, que providenciará o encaminhamento do paciente ao profissional mais adequado. Após essa etapa, o paciente será atendido por um médico especialista em dor e, por fim, será encaminhado ao farmacêutico, que dispensará o medicamento e realizará a mensuração e acompanhamento da dor, conforme já descrito acima.

ATENDIMENTO FARMACÊUTICO

De acordo com o que já foi descrito nos tópicos acima, o farmacêutico realiza o atendimento ao paciente, seguindo a seguinte rotina (conforme Manual de Rotinas do HSRC, 2006):

1. Atender o paciente em sala específica com privacidade.
2. Orientar o paciente sobre a prescrição médica, esclarecendo as possíveis dúvidas.
3. Preencher Formulário de Adesão do paciente, em casos de primeira consulta.
4. Analisar e orientar sobre o preenchimento da escala de avaliação clínica da dor do paciente.
5. Dispensar os medicamentos prescritos pelo médico, orientando o paciente sobre a maneira correta de utilização e esclarecendo todas as dúvidas sobre a farmacoterapia.
6. Registrar o atendimento e evoluir em prontuário, assinando, datando e carimbando.
7. Realizar reuniões trimestrais com os médicos da Clínica da Dor para discussão da terapêutica.
8. Realizar o controle de estoque dos medicamentos em livro específico ou sistema informatizado, devidamente registrado na Secretaria de Vigilância Sanitária. Emitir relatórios mensais de consumo e quantidade de pacientes atendidos.
9. Emitir e analisar mensalmente relatórios de consumo por paciente e por medicamento.

CONCLUSÃO

Os centros de referência em tratamento de dor crônica constituem uma importante ferramenta no monitoramento dos pacientes oncológicos. O farmacêutico incorporado à Clínica da Dor controla os medicamentos dispensados e acompanha a evolução e aceitação dos clientes na adesão do tratamento. Os benefícios observados demonstram ser mais barato e seguro manter o paciente medicado em domicílio, evitando a sua exposição a fatores de risco como infecções hospitalares, estresse, fadiga, preconceito, isolamento e distanciamento do seio familiar. A Clínica da Dor, com esse perfil de trabalho,

consegue trazer um reflexo positivo para o hospital, pois, com o paciente em casa, as despesas diminuem, gerando oportunidades de tratamento para outros indivíduos que estão à espera. Sabendo que a chance de cura é remota, a atenção farmacêutica em conjunto com a Clínica da Dor consegue, de forma visível, controlar e aliviar a dor, promovendo, assim, uma melhor qualidade de vida a esses pacientes oncológicos terminais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARBOSA, A. M. *Paincare-Clínica de Dor*. 2007. Disponível em: <<http://www.clinica-dor.com/>>. Acesso em: 06 jun. 2007.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 202 de 18 de junho de 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. GM/MS 1.318 de 23 de junho de 2002. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.319 de 23 de julho de 2002. Cria os Centros de Referência em Tratamento de Dor Crônica. Brasil, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.329 de 23 de junho de 2002. Cria os Centros de Referências em Tratamento de Dor Crônica, e Regulamentada pela Portaria nº 472 de 23 de julho de 2002. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.535/98, Cria os Centros de Alta Complexidade em Oncologia. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.536/02 de 02 de setembro de 1998, Implantou a "Autorização de Procedimentos, de Alta Complexidade/Custo". Brasília, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 472 de 23 de julho de 2002. Brasília, 2002.
- CASTRO, Antonio Bento de. *Consulta básica da dor*. São Paulo: Lâtrio, 2005.
- EDUCAÇÃO em saúde. *Dor*. 2007. Disponível em: <<http://www.sespa.pa.gov.br/Educa%C3%A7%C3%A3o/dor.htm>>. Acesso em: 06 jun. 2007.
- GOMES, Maria José Vasconcelos de Magalhães; REIS, Adriano Max Moreira. *Ciências farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar*. São Paulo: Atheneu, 2003.
- INCA. *Cuidados Paliativos Oncológicos – Controle da Dor* -. 2002. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_dor.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2007
- KAZANOWSKI, Mary K.; LACCETTI, Margaret Saul. *Dor: fundamentos, abordagem clínica, tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- MERCK sharp & dohme. *Dor*. Disponível em: <http://www.msd-brazil.com/msdbrazil/patients_ua_saude/dor/dor2.html>. Acesso em: 04 maio 2007.