

O CONTROLE DA DOR EM PACIENTES PORTADORES DE CÂNCER AVANÇADO — UM PROBLEMA NACIONAL NEGLIGENCIADO

Aspectos medicamentosos

SERGIO EDGAR ALLAN *

RESUMO

Muitos pacientes portadores de câncer avançado sofrem de dor crônica e severa, mesmo após o uso dos modernos recursos da quimioterapia e neurocirurgia para controle da dor e necessitam de narcóticos em doses adequadas e a intervalos regulares para terem uma vida digna relativamente livre de dor. O medo de tornar estes pacientes dependentes de narcóticos não tem fundamento no contexto de doença terminal. Os médicos em geral têm um conhecimento inadequado sobre o controle da dor. Em nosso país existem apenas dois tipos de narcóticos (morfina e petidina) e somente injetáveis. A atitude de nossas autoridades governamentais tem sido exclusivamente policial. O problema do viciado de rua interfere com quem sofre de câncer avançado, o que não é justo. A venda e distribuição de narcóticos são complexas e difíceis. Temos que ter no comércio narcóticos orais como por exemplo a Metadona, hidromorfona comprimidos (Dilaudid) e solução líquida oral de morfina ou hidromorfona. Também necessitamos de morfina em supositórios e injetáveis mais potentes. Nos últimos anos, vários narcóticos foram retirados do mercado, provavelmente devido ao abuso ilícito, ficando os pacientes com dor sem alívio adequado. Infelizmente, um grande número de pacientes passam seus últimos dias com dor excruciante, em nosso país. É uma obrigação social, moral e ética da classe médica e do governo amenizar este problema.

Com o avanço da terapêutica moderna estamos obtendo melhores resultados no tratamento do câncer, mas infelizmente apenas um terço dos pacientes ficam curados.¹ Mais de 60% dos pacientes com câncer avançado vão sofrer de dor crônica e severa. Vários procedimentos têm sido usados: quimioterapia paliativa, hormonioterapia, radioterapia e neurocirurgia. Esta última especialidade tem avançado muito neste setor utilizando cordotomia percutânea, neuroadenólise, bloqueio com agentes neurolípticos, estimulação elétrica percutânea e outros métodos. Muitos pacientes são encaminhados para a clínica da dor em centros especializados. Apesar de todos estes avanços ainda um grande número de pacientes deixam de responder a todos estes processos e tornam-se um problema real, caindo na categoria

de paciente "indesejável"². Contudo este paciente tem o direito de uma vida digna livre de dor e constitui dever moral e social do médico continuar seguindo-o e aliviando a dor até o êxito letal.

Em 1680, Sydenham escreveu³: "Entre os remédios que Deus Todo Poderoso favoreceu em dar ao homem para aliviar seus sofrimentos, nenhum é tão universal e tão eficaz quando o ópio". Em 1803, a morfina foi extraída e isolada do ópio³ e tem sido considerada o padrão de comparação para outros analgésicos. O uso de analgésicos não narcóticos, tais como a aspirina e anti-inflamatórios, deve ser para dor discreta ou moderada ou como adjuvante ao uso de narcóticos. A maioria dos pacientes com câncer avançado necessita de um opiáceo em dose adequada e a intervalos regulares.

Recentemente o American College of Physicians tomou posições definidas a este respeito⁴:

1 — A finalidade da terapia por droga para dor crônica e severa em doença terminal é fazer o paciente relativamente livre de dor.

2 — Administração oral de agentes narcóticos (por exemplo morfina ou metadona) em base regular proverá à maioria de paciente terminais alívio da dor crônica e severa e do medo de sua recorrência. Alguns pacientes, especialmente aqueles com dor episódica ficam bem com narcóticos SOS, i. e., quando necessitam. O American College of Physicians advoga que o médico deve permanecer flexível ao tratar de dor severa e crônica em doença terminal, ajustando a via de administração, dosagem e frequência às necessidades do paciente.

3 — Não há evidência de que a heroína melhorará a terapia da dor severa e crônica.

4 — Contudo o medo de que os pacientes fiquem dependentes dos narcóticos tem limitado o uso da morfina; tal medo não tem fundamento, porque a dependência é de pouca consequência no contexto de doença terminal.

Vários trabalhos demonstraram que os médicos têm conhecimento inadequado deste problema cometendo graves erros na conduta do tratamento da dor severa e crônica.^{5,6} Em um dos artigos⁵ sobre o estudo da dor em pacientes internados foi demonstrado que 73% deles permanecem em angústia severa tratados com doses inadequadas de analgésicos.

Outros estudos^{7,8} sobre dependência psicológica e abuso de drogas demonstraram que, quando propriamente administrados, narcóticos usados terapêuticamente para prevenir dor não levam ao vício ou dependência em pacientes terminais. Vício entre pacientes que recebem narcóticos para dor é excepcional, a incidência é provavelmente não maior que 0,1%⁹. Mesmo aqueles que desenvolvem tolerância e dependência física têm pouca probabilidade de tornarem-se viciados, e a retirada pode ser levada a efeito facilmente se o estímulo doloroso não está mais presente.^{10,11} O propósito das drogas para estes pacientes é o alívio da dor; os viciados de rua, em contraste, tomam drogas para diferentes propósitos.¹²

Em nosso país o problema do alívio da dor crônica e severa em pacientes terminais é bastante complexo e difícil e nenhuma ação está sendo tomada para que seja corrigido. Inicialmente temos apenas narcóticos injetáveis: cloridrato de morfina em ampolas de 10 mg e 20 mg e petidina ou meperidina (Demerol ou Dolantina) em ampolas de 100 mg. Há cerca de três anos atrás, a morfi-

na esteve fora do mercado, mas felizmente retornou, após ação eficaz da atual direção da DIMED.

Focalizando o problema no Rio de Janeiro, onde a aquisição é bastante complicada, saliente-se que existem raras farmácias somente na zona urbana que vendem narcóticos. A receita tem que ser aprovada pela Divisão de Fiscalização do Exercício da Medicina (D.F.E.M.) localizada no centro da cidade, e no máximo vinte ampolas de cada vez. Vários pacientes vivendo na periferia do Rio, necessitando quatro a seis ampolas diárias, obrigam seus familiares a fazer duas viagens semanais muitas vezes mais de 100 km (ida e volta), para viverem com menos dor. Por lei, todas as farmácias são obrigadas a vender até três ampolas com receituário oficial, sem autorização prévia, em caso de emergência, mas na realidade a grande maioria recusa dispensá-las. Nos fins de semana e feriados com a D. F. E. M. fechada não há como comprar narcóticos. Não há previsão legal para o médico poder adquirir narcóticos para sua mala de emergência ou consultório. Quase todos os hospitais se recusam a dispensar narcóticos a seus próprios pacientes ambulatoriais. Pacientes em cidades pequenas mais afastadas ou sem familiares que possam vir ao Centro do Rio vivem miseravelmente sofrendo de dor sem o menor alívio, ou são obrigados a permanecer hospitalizados.

Recentemente, a D. F. E. M. reduziu o talão de narcóticos de cinquenta para vinte receitas, admitindo que alguns médicos estejam vendendo ou usando drogas ilícitamente, provavelmente uma atitude policial. Já que há um aumento no abuso de drogas na rua de difícil controle, a D. F. E. M. deve ter concluído que a diminuição do

talonário resultará em menos receitas e com isso menos drogas na rua, o que ainda não aconteceu, pois o abuso continua. Excepcionalmente, um médico sem caráter poderá estar contribuindo para o abuso, e neste caso todas as providências legais devem ser tomadas.

Em muitos casos somos obrigados a manter um paciente terminal hospitalizado para que ele tenha um fim digno livre de dor, onerando desnecessariamente o sistema hospitalar já deficitário e sobre-carregado. O ideal é manter o paciente em sua residência nos seus últimos dias; ele se sentirá mais satisfeito e confortado tendo a família a seu lado. O médico tem que prover o narcótico a ser aplicado pela família. Fica a critério do médico julgar se a família tem responsabilidade suficiente para não desviar o narcótico ilicitamente. Isto não é difícil de avaliar. O paciente sem família é obrigado a ficar no hospital. Este é outro problema sério; o paciente deveria ser transferido para um hospital de apoio, mas estes mantêm criminosamente um paciente terminal com dor sem narcótico algum, infringindo a dignidade humana.

O que podemos fazer para melhorar a situação? Inicialmente temos que sensibilizar e motivar a classe médica para um melhor atendimento aos pacientes terminais, que não são seres indesejáveis, e para um melhor conhecimento das poucas drogas existentes.

O propoxifeno injetável e puro (Algafan) é considerado narcótico e em combinações com outras substâncias em forma de comprimido (Algafan, Doloxene-A, Antagon) pode ser comprado livremente. É importante lembrar que a ampola de propoxifeno injetável com 75 mg equivale apenas a meia ampola de morfina, i. e., 5 mg¹. A quanti-

dade de propoxifeno nos comprimidos varia e sempre com um poder analgésico inferior a um comprimido de aspirina.¹³ É aconselhável não usar o propoxifeno para dor severa e crônica. Serve para dor discreta ou moderada.

A Petidina ou Meperidina (Demerol ou Dolantina) tem uma meia-vida de duas horas e é inadequada para o uso de quatro em quatro horas quando necessário. Serve para dor esporádica ou em pós-operatório. A solução analgésica, muito popular no Brasil, fornece pequenas quantidades de narcóticos, é ideal para o pós-operatório de pequenas cirurgias pouco dolorosas, mas nunca para dor severa. Infelizmente muitos médicos preferem a Petidina para dor intensa e crônica.

A morfina tem meia-vida de quatro horas e o paciente pode receber de 40 a 60 mg diários (4 a 6 ampolas). O regime SOS para dispensação de narcóticos tem sido muito criticado^{14, 15} e alguns autores sugerem que a droga seja administrada a intervalos fixos para prevenir a dor em vez de tratá-la. Um outro artigo mais recente¹² sugere que a droga seja dada a intervalos regulares e a dose ajustada pelo próprio paciente. Na realidade, o médico tem que ser flexível e fazer um esquema para cada paciente como sugere o American College of Physicians.⁴ Morfina em doses adequadas é a droga de escolha para câncer avançado.

Drogas adjuvantes no tratamento da dor devem ser usadas, tais como aspirina, propoxifeno, aminopirinas, acetaminofen, anti-inflamatórios, corticosteróides, antidepressivos tricíclicos e sedativos (diazepam). A anfetamina é um bom adjuvante mas foi retirada do mercado. O secobarbital, excelente para induzir o sono nestes pacientes, também saiu do mercado.

Com o apoio da classe médica, devemos então levar o problema às nossas autoridades governamentais, que até o presente momento estão unicamente preocupadas com o uso ilegal de narcóticos, o que é realmente um problema e todos nós temos que nos preocupar com isto, sem no entanto, esquecer do paciente portador de câncer avançado com dor crônica e severa. O viciado de rua é um acidente da sociedade e não pode impedir que o paciente, necessitando alívio da dor possa obter o narcótico apropriado em quantidades suficientes. Até o momento a atitude das autoridades governamentais tem sido exclusivamente policial, tentando restringir ao máximo o uso de narcóticos às custas do sofrimento do paciente terminal.

Temos que ter maior número de farmácias dispensando narcóticos. A Divisão de Fiscalização do Exercício da Medicina tem que delegar autoridade a órgãos locais para autenticação das receitas. Não é aceitável que os familiares tenham de viajar longas distâncias para adquirir narcóticos. Não é admissível que as pequenas cidades não tenham narcóticos para pacientes em seus domicílios. Os hospitais de apoio têm que administrar narcóticos para alívio da dor de maneira regular. Os hospitais locais onde estão matriculados os pacientes terminais devem ser responsáveis pelos mesmos, dispensando narcóticos para uso em suas residências por determinado número de dias. Alguns hospitais exigem uma receita para cada aplicação de narcótico, o que traz um controle quase que perfeito do uso, mas deixa muito paciente com dor durante a internação. Esta é uma atitude deplorável e desumana. Qualquer enfermagem organizada tem seu pequeno estoque diário com livro de registro com

o nome dos pacientes que receberam narcóticos e o saldo restante. A idéia de devolver a ampola vazia é simplesmente ingênua e um controle ineficiente.

Temos que melhorar o nosso arsenal terapêutico de narcóticos. Necessitamos de agentes orais. Estes foram inicialmente usados na Inglaterra. A mistura de Brompton, consistindo de morfina, heroína, fenotiazina, cocaína e álcool em um xarope açucarado, que foi dada a pacientes em base regular com a dose do analgésico adaptada às necessidades individuais, foi o primeiro de todos os analgésicos líquidos,⁴ Estudos clínicos posteriores^{16, 17} indicaram que cocaína e heroína não precisam fazer parte da mistura. Mount et al.¹⁸ demonstraram que morfina oral líquida em uma solução alcóolica de 10%, com o sabor escolhido pelo paciente, é eficaz em controlar a dor em doença terminal.¹⁹ Para este propósito, nos Estados Unidos, a hidromorfona (Dilaudid) é comercializada em frascos contendo 15 grãos (972 mg) da substância em forma de pó.

Um dos analgésicos narcóticos orais mais preferidos é a Metadona, em comprimidos de 5 e 10 mg, que devido à sua longa vida, pode ser administrada cada 8 a 12 horas. Além da analgesia, produz uma sensação de bem-estar e euforia.^{20, 21} A probabilidade de períodos de controle inadequado da dor é diminuída. No início de 1981, havia um pequeno estoque de Metadona no Instituto Nacional de Câncer e foi usada com muito sucesso. Infelizmente o estoque terminou e não foi possível renová-lo. Definitivamente a Metadona deve retornar ao Brasil.

A hidromorfona (Dilaudid—Knoll) foi retirada do mercado mas é de grande utilidades em suas várias apresentações. Recentemente foi lançado nos

Estados Unidos o Dilaudid-HP²² na concentração de 10 mg/ml o que corresponde a oito ampolas de morfina (80 mg), para aqueles pacientes terminais que desenvolvem tolerância. Não temos similar, e surge um grande problema quando a morfina de 20 mg não faz mais efeito.

A morfina, além da injetável, pode ser apresentada em comprimidos e supositórios de 5, 10 e 20 mg. Ou mesmo em conta-gotas na concentração de 20 mg por ml.

A codeína pura pode ser encontrada em raras farmácias do Rio de Janeiro e a receita tem que ser aviada especialmente. Em geral coloca-se aspirina ou acetoaminofen na mesma cápsula com 30 ou 60 mg de sulfato de codeína. É um excelente analgésico. A codeína ligada à resina como em certas cápsulas para tosse (Setux) não tem valor analgésico, provavelmente devido à liberação lenta.

O Levorfanol é outro agente de grande utilidade que nos falta. Infelizmente o Butorfanol, uma combinação agonista-antagonista, foi erroneamente classificado como narcótico em nosso país e não foi colocado no mercado (comunicação pessoal do representante da Bristol Laborte-rápica). Nos Estados Unidos é vendido sob prescrição médica, receituário comum.

Não temos nenhuma antagonista da morfina para casos de superdosagem. O mais indicado é o Naloxone³. Como terapia adjuvante o Secobarbital deve retornar ao comércio, pois é um importante e eficaz indutor do sono.

Por alguma razão estranha, as companhias farmacêuticas resistem a qualquer idéia de colocar narcóticos no mercado brasileiro. Em outros países, os narcóticos são anunciados em revistas médicas, são vendidos e lucros são obtidos. Por que aqui não?

Só temos que esperar que a classe médica junto com as autoridades governamentais se sensibilizem com o problema da dor severa e crônica em pacientes terminais, e venham tentar resolver o problema de modo adequado, respeitando assim a dignidade dos que falharam ao nosso tratamento.

SUMMARY

Many advanced cancer patients suffer from chronic and severe pain, even after the use of the modern tools of chemotherapy, radiotherapy and neurosurgery for pain control, and they need narcotic analgesics in adequate doses and at regular intervals for a dignified life relatively pain free.

The fear of patients becoming dependent on narcotics is unfounded in the context of terminal illness. In general, physicians have an inadequate knowledge of pain control. In our Country, there only are two types of narcotics (morphine and meperidine) and only as injectables. The attitude of our governmental authorities has been exclusively as of police. The problem of the street addict interferes with the one suffering from advanced cancer, what is not fair. The sale and distribution of narcotics are complex and difficult. We must have oral narcotics in the market, for example Methadone, hydromorphone tablets (Dilaudid) and liquid oral solution of morphine or hydromorphone. We also need suppositories of morphine and more potent injectables. In the past years, several narcotics were withdrawn from the market, most likely due to the illegal abuse, leaving the pain patient without adequate relief. Unfortunately, a large number of patients spends their last days in excruciating pain in our Country. It is a social, moral and ethical obligation of the medical profession and government to ease this problem.

REFERENCES

1. CATALANO RB. *The medical approach to management of pain caused by cancer*. Seminars in Oncology 1975; 2:379.

2. PAPPER S. *The undesirable patient*. J. Chronic Dis. 1970; 22: 777-9.
3. FGILMA AG, GOODMAN LS, GILMAN A, EDS. GOODMAN & GILMAN'S *The Pharmacological Basis of Therapeutics*. 6th ed. New York: MacMillan Publishing Co. Inc; 1980:494.
4. HEALTH AND PUBLIC POLICY COMMITTEE. *American College of Physicians*. Ann Int. Med. 1980; 99:870-3.
5. MARKS RM, SACHAR EJ. *Under-treatment of medical inpatients with narcotic analgesics*. Ann Int Med 1973; 78:173-81.
6. CHARAP AD. *The knowledge, attitudes and experience of medical personnel treating pain in the terminal ill*. Mount Sinai J Med. (NY) 1978; 45:561-80.
7. LACK SA. MANAGEMENT OF PAIN (ABSTRACT). In *Abstracts of the Ninth Annual Medical Symposium on Success in Cancer Management Today*. Boston, Massachusetts Division of the American Cancer Society and the Greater Boston Medical Society; 1977.
8. KANNER RB, FOLEY KM. *Use and abuse of narcotic analgesics in a cancer pain clinic (Abstract)*. Proc. Am. Assoc. Cancer Res. 1980; 21:381.
9. PORTER J, JICK H. *Addiction rare in patients treated with narcotics*. N. Engl J Med 1980; 302: 123.
10. BEAVER WT. *Management of cancer pain with parenteral medication*. JAMA 1980; 244:2653-7.
11. TWYLCROSS Rg. *Diseases of central nervous system: relief of terminal pain*. Brit Med J. 1975; 4:212-4.
12. ANGELL M. *The Quality of Mercy*. New Engl J Med 1982; 306:98-9.
13. MOERTEL CG, AHMANN DL, TAYLOR WF. *A comparative evaluation of marketed drugs*. N Engl J Med 1972; 286-813-5.
14. REULER JB, GERARD DE, NARDONE DA. *The chronic pain syndrome: misconceptions and management*. Ann Int Med 1980; 93: 588-96.
15. SHIRMM DS, LOGUE GL, MALTBIE AA, DUGAN S. *Medical management of chronic pain*. JAMA 1979; 241-2408-12.
16. TWYLCROSS R. *Value of cocaine in opiate-containing elixirs*. Br Med J 1977; 2:1348.
17. TWYLCROSS RG. *Choice of strong analgesics in terminal cancer: diamorphine or morphine*. Pain 1977; 3:93-104.
18. MOUNT BM, AJEMIAN I, SCOTT JF. *Use of the Brompton mixture in treating the chronic pain of malignant disease*. Can Med Assoc J 1976; 115:112-4.
19. MELJACK R, MPUNT BM, GORDON JM. *The Brompton mixture versus morphine solution given orally: effects on pain*. Can Med Assoc J 1979; 120:435-8.
20. PORTNOW JM, CORBETT RJ. *Oral Methadone for relief of chronic pain from cancer (letter)*. New Engl J Med 1982; 306:989.
21. HOUDE RW. *The rational use of narcotic analgesics for controlling cancer pain*. Drug Ther 1980; 10:638.
22. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. *New dosage form of Dilaudid*. FDA Drug Bulletin 1983; 13:23.