

Adesão à terapia

Dr. João Batista Santos Garcia – CRM-MA 2.603

Presidente da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor – SBED.
Professor Adjunto da Universidade Federal do Maranhão – UFMA.
Médico Responsável pelo Serviço de Dor do Hospital Universitário da UFMA e pelo Serviço de Dor do Instituto Maranhense de Oncologia.

Os médicos sabem que suas orientações nem sempre são cumpridas à risca. Apesar de buscar tratamento, os pacientes têm seu próprio modo de interpretar a prescrição, ignorando, muitas vezes, a real necessidade da tomada dos medicamentos em horários fixos. A adesão à terapia é um desafio para a medicina, inclusive quando se trata do alívio da dor.

Claro que a rotina acelerada, imposta pelo grande número de pacientes à espera, faz com que o médico nem sempre tenha tempo suficiente para orientar o paciente de maneira adequada e esclarecer suas dúvidas com relação ao tratamento da dor. O medo do uso de opioides ainda é uma realidade. A falta de informação constitui uma barreira significativa, especialmente no caso de dores crônicas, que exigem tratamento prolongado.

Algumas medidas simples, como o uso de associações medicamentosas em um único comprimido, podem ajudar. A comodidade posológica aumenta a chance de adesão à terapia, e a analgesia multimodal reduz a ocorrência de efeitos adversos.

Sabemos que a adesão à terapia é um dos grandes desafios dos médicos, em todas as especialidades. No caso específico do tratamento da dor, como é, hoje, o cenário da adesão dos pacientes à terapia?

Nós também temos esse problema, principalmente nos casos de dores mais intensas, em que precisamos usar medicamentos mais potentes. Isso ocorre porque as drogas mais potentes apresentam efeitos adversos mais importantes. Tanto o paciente quanto o médico que prescreve as drogas têm receio de usar medicações potentes,

como os opioides – sejam eles fracos (codeína e tramadol) ou fortes (morfina e metadona).

Por outro lado, os pacientes com dores leves não tomam a medicação corretamente porque acham que aquela dor que estão sentindo é suportável. É comum que primeiro o paciente sinta a dor para depois tomar o analgésico. Nesse caso, temos de explicar que o uso de analgésicos em horários fixos é importante. Temos de nos antecipar à dor.

No entanto, o problema da adesão à terapia pode ser minimizado por meio da boa relação médico-paciente, se o médico explicar adequadamente ao paciente que ele terá dor, que precisará do analgésico em determinados horários, que poderá sentir tais e tais efeitos colaterais. Mas isso não acontece. O médico geralmente não explica detalhes ao paciente. Por isso seria importante que os Serviços de Dor, em termos de dor aguda, tivessem profissionais especializados, que pudessem se dedicar ao esclarecimento do paciente com relação à analgesia.

Quais as maiores dificuldades dos médicos, nesse sentido?

A maior dificuldade é a falta de esclarecimento sobre as medicações potentes. O paciente tem medo de usar essas drogas, medo do vício e dos efeitos adversos. Falta um diálogo dirigido sobre esse assunto entre médico e paciente.

A adesão dos pacientes à terapia varia conforme o tipo de dor?

Sim. Paciente com dor crônica que precisa fazer uso prolongado de analgésicos e, muitas vezes, usar associa-

ções de medicamentos, tem maior dificuldade em seguir corretamente a prescrição médica. Imagine, por exemplo, um paciente que precisa tomar um opioide, um anticonvulsivante e um antidepressivo. Ele tem de tomar vários remédios, várias vezes ao dia, com aumento dos efeitos adversos. Esse paciente fica com medo de não poder mais se livrar de toda essa medicação. É uma barreira para o tratamento da dor, e é uma situação comum.

Nas dores agudas, especialmente no pós-operatório, o paciente tem uma noção de quando o problema estará resolvido. Entretanto na dor aguda há um problema cultural. Muitas pessoas acham que cirurgia é sinônimo de dor, mas não é. O pós-operatório tem de ser indolor. Nós temos de correr atrás de métodos, de técnicas de analgesia, desde o pré-operatório, para que o paciente não sinta dor. Assim, evitamos outras complicações, porque o paciente que sente dor tem maior risco de desenvolver outras doenças, como trombose venosa, pneumonia etc. São problemas que podem vir da falta de planejamento estratégico da analgesia.

Na dor pós-operatória, quando o paciente deixa o hospital, costuma seguir corretamente as orientações do médico para analgesia?

Há uma parcela dos pacientes que segue, mas há uma grande parcela que não. A maioria abandona o tratamento quando não sente mais a dor, tem medo de usar continuamente o analgésico. É um fator cultural e de falta de informação mesmo.

O abandono da terapia medicamentosa da dor é um fato comum? E de medidas complementares, como a fisioterapia?

É um fato mais comum em pacientes que sentem efeitos adversos da terapia e em pacientes que tomam remédios controlados. As medidas de terapia adjuvante, como a fisioterapia e a acupuntura, reduzem a dose dos analgésicos. É comum que o paciente abandone também essas práticas. Além disso, no Brasil, principalmente nos serviços públicos de saúde, é difícil o paciente conseguir vaga para fisioterapia ou outro método adjuvante. Temos mais essa dificuldade.

Existem recursos que os médicos podem lançar mão para ajudar o paciente a seguir corretamente suas orientações, como facilitar a tomada de medicamentos, por exemplo?

Sim. Prescrever medicamentos de liberação prolongada é uma medida interessante. Duas tomadas ao dia, em vez de uma a cada seis horas, é mais fácil. Devemos também usar a analgesia multimodal, ou seja, fármacos de ação sinérgica, em doses menores.

As associações medicamentosas que aliam duas drogas em um mesmo comprimido, como a associação paracetamol / codeína, por exemplo, é uma ferramenta útil na adesão à terapia da dor?

Sim, é uma ferramenta útil. Podemos usar o paracetamol e a codeína de forma isolada, mas a associação, já pronta, facilita para o paciente, com uma tomada só. Ademais, com essas substâncias, temos associações prontas confiáveis no mercado, com dosagem (proporção) correta.

O senhor tem experiência com essa medicação? Em que casos costuma usá-la? A adesão à terapia é boa?

Sim. Eu costumo utilizar paracetamol / codeína em comprimido não só para dor crônica, mas também para dor aguda ou pós-operatória. Quando o paciente vai para casa e acho que vai continuar com dor – no caso de cirurgias ortopédicas, por exemplo – prescrevo. Para melhorar a adesão, temos de começar com doses menores, explicando ao paciente que ele pode ter enjoos e sonolência com a medicação. No caso da codeína, a constipação é um fator importante. Mas esclarecendo o que pode ocorrer e oferecendo dicas de como minimizar esse efeito, há mais facilidade na adesão à terapia.

Há alguma relação entre o uso de opioides na terapia da dor e o sucesso terapêutico, com consequente adesão?

A relação ocorre na intensidade da dor. Em casos de dores moderadas a intensas, não adianta usar analgésico comum, temos de lançar mão de medicamentos mais potentes, e os opioides são muito importantes, são uma âncora no tratamento da dor intensa.