

**FACULDADE CATÓLICA SALESIANA
DO ESPÍRITO SANTO**

ALESSANDRA FERREIRA DA SILVA
DENÍSIA BARCELOS SOARES

**A TERAPÊUTICA DA DOR E OS RISCOS DA
AUTOMEDICAÇÃO**

VITÓRIA

2011

ALESSANDRA FERREIRA DA SILVA

DENÍSIA BARCELOS SOARES

A TERAPÊUTICA DA DOR E OS RISCOS DA AUTOMEDICAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade Católica
Salesiana do Espírito Santo, como
requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Farmácia.

Orientador: Prof. Ms Marcos Alves da
Silva.

Vitória

2011

ALESSANDRA FERREIRA DA SILVA
DENÍSIA BARCELOS SOARES

A TERAPÊUTICA DA DOR E OS RISCOS DA AUTOMEDICAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

Aprovada em 14 de Junho de 2011 por:

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof. MSc. Marcos Alves da Silva
(Orientador)

Prof. Dr. Saavedra José Rios Valentim Júnior

Prof. MSc. Filipe Dalla Bernardina Folador

Vitória

2011

DEDICATÓRIA

Dedicamos esta conquista a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho em especial a Deus, aos nossos familiares, amigos, professores e orientador. (Alessandra e Denísia).

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela permissão de vencer mais uma etapa em minha vida, por me iluminar nesta importante caminhada, me concedendo sabedoria e calma nos momentos difíceis.

Aos meus filhos João Carlos e Joaquim Junior, que compreenderam minhas ausências e meus momentos difíceis.

A minha mãe Maria Alice, que mesmo distante me apoiou em todos os momentos.

Aos meus familiares, principalmente minha irmã Carla, e minhas tias Vera (Mãe 2), Vilma e Eliana que me deram força para vencer esse desafio.

Aos meus avós Lair e Carlito (In memoriam), sei que onde quer que estejam estão torcendo por mim.

Aos amigos e colegas de turma, principalmente as “Barangas” (amigas pra todas as horas), pelas experiências e pelos momentos agradáveis.

Ao coordenador Rodrigo Carmo e demais professores por compartilharem seus conhecimentos, além do apoio, confiança e paciência.

Ao professor e orientador Marcos Alves, pelo apoio e contribuição para a realização deste trabalho.

E finalmente ao meu esposo Joaquim, pelo incentivo, apoio e confiança. Por entender meus momentos de crise e de estresse, por entender minha ausência. Sem ele esse sonho não seria possível.

Alessandra Ferreira da Silva

Primeiramente agradeço a Deus, pois sem ele esta conquista não seria possível, por ter me concedido sabedoria e calma e não me deixar desistir nos momentos de angústia e nas dificuldades encontradas.

Aos meus pais Vanússia e Demerval pelo carinho e amor que sempre tiveram comigo, que lutaram para que esse sonho se realizasse e muitas vezes abdicaram dos seus próprios sonhos para que o meu pudesse ser realizado. EU AMO MUITO VOCÊS!!!

A tia Wagna que é para mim como minha segunda mãe por te me aconselhado e ter me ajudado a vencer esta batalha e ao tio Rogério, que juntos me acolheram em sua casa, aos meus avós Olinda e Wilson, ao tio Júnior e tio Itagiba.

A tia Adelaide, tia Clecília que também abriu para mim as portas de sua casa, tia Honorífica, tia Maria, tio Tomé, tio Quintino e ao tio Zezé, aos meus avós Guilhermina e Demerval (In memoriam) que tenho certeza que lá de cima estão torcendo por mim.

A todos os primos principalmente a Rayssa (prima-irmã) que em tantos momentos ouviu meus desabaços. A prima Vanda e a Débora pelos conselhos e carinho.

Aos meus amigos de Minas Gerais principalmente a minha amiga Nhaiara, as BARANGAS (amigas irmãs) que sempre me ajudam nos momentos difíceis, vou sentir muito a falta de vocês. A todos os colegas de turma pelos momentos agradáveis que passamos juntos.

Ao orientador Professor Marcos, pela atenção e paciência.

A todos os professores que ao longo desses nove períodos contribuíram muito para que crescêssemos profissionalmente compartilhando seus conhecimentos.

E ao Bruno pelo amor, confiança e incentivo, por ser paciente nos momentos de estresse. Seu apoio foi muito importante para que eu pudesse realizar esse sonho.

Denísia Barcelos Soares

“Eu sabia que na minha profissão eu iria viver literalmente com o sofrimento humano, e sempre me preocupo com esse lado dramático que envolve nossa profissão: porque ela vive de vida, do sofrimento do doente e também da morte. A morte sempre imbatível e triunfante (...) Precisamos ter humildade, porque a ciência via ficar sempre com suas dúvidas e a natureza com seus mistérios...”

Prof. Dr. Carlos da Silva Lacaz

RESUMO

Dor é uma experiência subjetiva, difícil de definir com exatidão, e nos acompanha ao longo de nossas vidas. É uma resposta direta a um evento associado em sua maioria, a uma lesão tecidual como trauma, inflamação ou câncer, entre outros. A sensibilidade para entender o sofrimento decorrente da dor certamente não depende exclusivamente do tipo de profissão, mas constitui um atributo excepcional ao profissional da saúde que se propõe a esse desafio, sendo seu controle uma das prioridades terapêuticas. Diversos tratamentos são empregados no alívio da dor e, dentre eles, o mais procurado é o medicamentoso que, devido ao fácil acesso a um número grande de medicamentos disponíveis, leva a um crescente aumento da automedicação, tornando-se um fator preocupante em decorrência dos riscos que podem causar quando consumidos de forma irracional. Assim, o profissional de saúde deve buscar algo que é indispensável nesse campo de atuação: a experiência para entender pacientes com queixa de dor. O que inclui não só entender de doenças, mas também do doente, do ambiente, das condições em que vive e das dificuldades inerentes ao atendimento pelo sistema público de saúde. A orientação farmacêutica torna-se, então, fundamental para o uso racional de medicamentos indicados na terapêutica da dor, muitas vezes de venda livre, mas não livre de riscos a saúde. Assim o Farmacêutico, como agente de saúde e especializado em medicamentos, é responsável pelo aconselhamento aos pacientes que, ao fazer uso racional de medicamentos podem usufruir dos resultados terapêuticos com menor risco a sua saúde o que levaria a uma melhora na qualidade de vida.

Palavras chave: dor, farmacologia, terapêutica, automedicação, assistência farmacêutica.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS.....	14
2.1 Objetivo Geral.....	14
2.2 Objetivos Específicos	14
3 METODOLOGIA	15
4 REFERENCIAL HISTÓRICO.....	16
5 EPIDEMIOLOGIA E IMPACTO	17
6 CLASSIFICAÇÃO DA DOR.....	19
6.1 Dor Aguda	19
6.2 Dor Crônica.....	20
6.3 Dor Recorrente.....	20
7. FISIOPATOLOGIA	20
8 PRINCÍPIOS DO TRATAMENTO DA DOR	22
8.1 Bases do Tratamento.....	23
8.2 Modalidades de Tratamento da Dor	24
8.2.1 Tratamento Não-Farmacológico.....	25
8.2.2 Tratamento Farmacológico	26
8.2.2.1 Classes Farmacológicas.....	29
9. AUTOMEDICAÇÃO	32
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS	39

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1-** Mecanismos bioquímicos na sensibilização dos nociceptores.....21
- Figura 2-** Esquema para avaliação, diagnóstico e tratamento da dor.....23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Modalidades de tratamento de acordo com a fisiopatologia da dor.....	25
Tabela 2 - Fármacos utilizados em cada degrau da escala analgésica da OMS.....	27
Tabela 3 - Farmacologia da dor.....	29
Tabela 4 - Principais derivados analgésicos antiinflamatórios (AINHs).....	30
Tabela 5. Classificação dos derivados opióides.....	31

LISTA DE SIGLAS

ABIFARMA – Associação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas

AINHs - Antiinflamatórios não-hormonais

COX - Ciclooxigenase

EAV - Escala Analógica Visual

ENV- Escala Numérica Visual

EUA – Estados Unidos da América

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

IASP - Associação Internacional para o Estudo da Dor

SBED – Sociedade Brasileira para Estudo da Dor

SNC - Sistema Nervoso Central

SNP - Sistema Nervoso Periférico

SINITOX – Sistema Nacional de Informações Tóxico Farmacológicas

OMS / WOH – Organização Mundial de Saúde

1 INTRODUÇÃO

A palavra dor origina do grego *algos* e do latim *dolor*, que originou os termos *dolore* em italiano, *doleur* em francês e *dor* em português (TEIXEIRA, 2009).

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), dor pode ser descrita como uma resposta fisiológica normal decorrente de um estímulo mecânico, térmico ou químico associado com cirurgia, trauma ou uma doença aguda e, assim, caracterizada como uma resposta sensorial. Enquanto esta definição relaciona à mudanças objetivas, alguns autores incluem alguns elementos de subjetividade, descrevendo a dor como

Uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita nos termos dessa lesão (KATZ E MELZACK, 1999).

Outros autores como McCaffery (1999), defendem a idéia de que dor é uma experiência pessoal e subjetiva que pode apenas ser sentida pelo sofredor, declaram que “Dor é tudo o que a pessoa diz que é e existe todas as vezes que a pessoa diz que existe”.

A ocorrência de dor é crescente talvez em decorrência dos novos hábitos de vida, da maior longevidade do indivíduo, do prolongamento da sobrevivência dos doentes com afecções clínicas naturalmente fatais, das modificações do meio ambiente, do reconhecimento de novas condições álgicas e, provavelmente, da aplicação de novos conceitos que traduzem seu significado (BOUCHE, 1997).

Além de gerar desgastes físicos e emocionais significativos para os doentes e seus cuidadores, a dor é razão de fardos econômicos e sociais para a sociedade e a luta por afastá-la ou eliminá-la é constante por especialistas de diferentes áreas.

Existem hoje inúmeros tratamentos para diminuir ou mesmo eliminar a dor, no entanto, o tratamento medicamentoso é o mais utilizado. O curioso é que apesar de aliviar e até curar pode acabar piorando o quadro clínico do paciente, e isso depende das condições de sua utilização e reações do organismo, tendo em vista

que em alguns casos os indivíduos acabam por aderir à automedicação (TEIXEIRA, 1999).

Assim, o trabalho tem o intuito de alertar sobre os riscos gerados pelo uso abusivo de medicamentos, além de mostrar aos farmacêuticos seu verdadeiro papel na sociedade dando as orientações referentes ao uso de medicamentos o qual deve fazer parte da sua rotina para contribuir com a adesão de uma automedicação responsável o qual irá proporcionar uma melhora na qualidade de vida da população.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar a terapêutica da dor, relatar seus aspectos e levantar dados bibliográficos sobre os tratamentos mais utilizados.

2.2 Objetivos Específicos

- Classificar os principais tipos de dor;
- Descrever os tipos de tratamento, medicamentoso e não-medicamentoso;
- Descrever as principais classes farmacológicas;
- Descrever a automedicação.

3 METODOLOGIA

Revisão sistemática, bibliográfica em base de dados, livros, periódicos especializados, e sites científicos, onde serão selecionados estudos descritivos e interpretativos que avaliem as seguintes dimensões: dor, sua classificação, aspectos históricos, fisiopatologia, tratamento medicamentoso e não-medicamentoso e os riscos da automedicação.

Palavras pesquisadas: dor, classificação da dor, farmacologia da dor, terapêutica da dor, automedicação, assistência farmacêutica.

4 REFERENCIAL HISTÓRICO

A dor sempre foi uma das grandes preocupações da humanidade. Desde os primórdios da civilização, o ser humano procura esclarecer as razões que justificam a ocorrência da dor e desenvolver procedimentos destinados ao seu controle. Os povos primitivos fundamentavam-se em modelos pré-lógicos e na imaginação mágica e coletiva para justificar os mecanismos e os tratamentos da dor. Identificavam o homem e o seu ambiente, não diferenciavam o meio interior do exterior e classificavam os fatos de acordo com as idéias funcionais. Dor era considerada uma agressão à pessoa e, muitas vezes identificada como ação dos maus espíritos, como forma de punição ou compensação para faltas cometidas ou à atuação de demônios ou deuses (TEIXEIRA, 2009).

Cerca de dois mil anos atrás, a crença geral era de que a dor existiria externamente ao corpo e nele penetraria como força real. Os povos primitivos distinguiram a dor ocasionada por causas externas (queimaduras, feridas, fraturas e abscesso) daquelas de causa interna (dores abdominais, torácicas, ou de cabeça), cuja razão aparentemente seria impossível compreender (MADIGAN; RAJ, 2000).

A medicina era em algumas regiões do mundo, exercida por sacerdotes que, a serviço dos deuses, empregavam remédios naturais e sacrifícios, utilizavam preces e suplícios para perdoar as ofensas, feitiços e sacrifícios para proporcionar imortalidade, cura e aliviar a dor do sofrimento (TEIXEIRA, 2009).

Com o tempo, os povos passaram a utilizar argumentos lógicos para justificar ambos os tipos de dores (REY, 1993). A observação do que ocorria naturalmente proporcionou ao homem primitivo elementos para combater a dor e as doenças. O fato dos animais banharem-se com barro para se protegerem das picadas dos insetos, dos cães purgarem-se ingerindo plantas ou raízes e do ser humano sentir excitação ou sonolência após a ingestão de determinadas frutas ou ervas induziu o homem a utilizar manipulações, aplicações de calor, frio ou fricção, e os vegetais, inicialmente, como instrumentos analgésicos. Uma grande variedade de métodos foi empregada contra a dor no passado, incluindo rituais e plantas. O pensamento lógico desenvolvido posteriormente fundamentou-se em evidências mais concretas,

procurando objetivar os fenômenos com achados comparáveis, e incorporou alguns conceitos da antiguidade (REY, 1993).

5 EPIDEMIOLOGIA E IMPACTO

Dor é uma condição complexa, muitas vezes, de causa indefinida que resulta em incapacidades e inabilidades implicando elevados custos pessoais e sociais (TEIXEIRA, 1994).

A ocorrência de dor é crescente, talvez pelos novos hábitos de vida, das modificações do meio ambiente, da maior longevidade do indivíduo, do prolongamento da sobrevivência dos doentes com afecções clínicas naturalmente fatais, do reconhecimento de novas condições álgicas e, do decréscimo da tolerância ao sofrimento do homem (BOUCHE; ARNÉ-BESS, 1997).

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), “no Brasil e em outros países, 10% a 50% dos indivíduos procuram clínicas gerais devido à dor” (BOVIM, 1994). A dor está presente em mais de 70% dos doentes que buscam os consultórios brasileiros por razões diversas; é a razão das consultas médicas em um terço dos doentes (TURK, 1992). Segundo Teixeira (1994), mais de um terço da população brasileira sofre com a dor crônica e tem suas atividades e relações sociais e familiares comprometidas pela dor. Nos Estados Unidos da América (EUA), aproximadamente 35 milhões de novas consultas médicas são realizadas a cada ano em decorrência de dor e cerca de 70 milhões das visitas médicas são devidas a dor (TEIXEIRA, 1994).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em sua reunião de 11 de outubro de 2004, declarou o Dia Mundial Contra a Dor. Naquela reunião, a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) apresentou novos dados, estimando que uma em cada cinco pessoas no mundo, em qualquer momento, sofre de dor crônica moderada a severa. E a Fundação Americana de Dor estima que um entre quatro pacientes com dor seja inadequadamente tratado. Talvez porque “nós não temos os instrumentos para adequadamente tratar todas as dores agudas e crônicas”, afirmou Jeffrey Katz,

diretor associado da seção de medicina de dor da Escola de Medicina da Northwestern University, Chicago - EUA.

No Brasil, as causas mais comuns de dor nos adultos são as epigastralgias e outras dores abdominais, disúria, cefaléias, artralguas, lombalgias, dor torácica e dor nos membros. As dores consideradas mais incapacitantes são as lombalgias, as cefaléias, as epigastralgias e a dor musculoesquelética generalizada. Aproximadamente 85% da população apresenta dor indefinida, possivelmente musculoesquelética e cefaléias. Muitas vezes, a natureza das estruturas afetadas pela condição dolorosa não é identificada, sendo que em clínicas de dor, há queixa de desconforto em mais de uma região do corpo na maioria dos casos (TEIXEIRA, 1994).

A ocorrência de dor aguda e crônica é crescente. Enquanto a dor aguda ocorre naturalmente em decorrência de traumatismos, discinesias de vísceras e afecções crônicas recorrentes, a dor crônica é decorrente, em geral, de afecções musculoesqueléticas, neuropáticas e ou oncológicas. Condições dolorosas específicas são menos frequentemente, causa de dor aguda ou crônica (apud TEIXEIRA, 1994).

A prevalência da dor varia, entre os sexos, de acordo com a maior frequência de ocorrência natural das lesões causais. É provável que haja maior procura das clínicas de dor por mulheres. A enxaqueca, as dores faciais, a fibromialgia, a síndrome do colo irritável, a artrite reumatóide, a dor por lesões por esforço repetitivo e a esclerose múltipla são mais comuns nas mulheres. A dor associada ao câncer e a decorrente de amputações, afecções isquêmicas, mielopatias e encefalopatias é mais comum no sexo masculino (TEIXEIRA, 1994).

Segundo Teixeira (1994), dor em quatro ou mais locais do corpo e que implicam no uso de medicamentos e de avaliações médicas ocorrem em 21,4% dos homens e 33% das mulheres entre 45 e 64 anos de idade.

6 CLASSIFICAÇÃO DA DOR

A dor pode ser considerada como um sintoma ou manifestação de uma doença ou afecção orgânica, mas também pode vir a constituir um quadro clínico mais complexo. Existem muitas maneiras de se classificar a dor. Considerando a duração da sua manifestação, ela pode ser de três tipos: Dor Aguda, Dor Crônica e Dor Recorrente.

A dor aguda é de ocorrência universal, “é o sintoma que alerta o indivíduo para a necessidade da procura de assistência médica”, (TEIXEIRA, 2001). A dor crônica tem função de alertar e, muitas vezes, apresenta etiologia incerta, não desaparece com o emprego dos procedimentos terapêuticos convencionais e é a causa de incapacidades e inabilidades prolongadas.

6.1 Dor Aguda

A dor aguda pode ser descrita por vários nomes alternativo, como dor pontual, dor em agulhada, dor rápida e dor elétrica (GUYTON & HALL, 2003).

Segundo a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED,2011), a dor aguda se manifesta transitoriamente durante um período relativamente curto, de minutos a algumas semanas, associada a lesões em tecidos ou órgãos, ocasionadas por inflamação, infecção, traumatismo ou outras causas. Normalmente desaparece quando a causa é corretamente diagnosticada e quando o tratamento recomendado pelo especialista é seguido corretamente pelo paciente.

A dor constitui-se em importante sintoma que primariamente alerta o indivíduo para a necessidade de assistência médica. Exemplos:

- ✓ Dor pós-operatória (que ocorre após uma cirurgia);
- ✓ Dor que ocorre após um traumatismo;
- ✓ Dor durante o trabalho de parto;
- ✓ Dor de dente;

- ✓ Cólicas em geral, como nas situações normais (fisiológicas) do organismo que podem provocar dores agudas, como o processo da ovulação e da menstruação na mulher.

6.2 Dor Crônica

A dor crônica pode ser também denominada de dor lenta, dor em queimação, dor persistente, dor pulsátil e dor nauseante (GUYTON & HALL, 2003).

Tem duração prolongada, que pode se estender de vários meses a vários anos e está quase sempre associada a um processo de doença crônica. A dor crônica pode também ser consequência de uma lesão já previamente tratada (SBED, 2011).

Exemplos:

- ✓ Dor ocasionada pela artrite reumatóide (inflamação das articulações),
- ✓ Dor do paciente com câncer,
- ✓ Dor relacionada a esforços repetitivos durante o trabalho,
- ✓ Dor nas costas, entre outras.

6.3 Dor Recorrente

Apresenta períodos de curta duração que, no entanto, se repetem com frequência, podendo ocorrer durante toda a vida do indivíduo, mesmo sem estar associada a um processo específico. Um exemplo clássico deste tipo de dor é a enxaqueca (SBED, 2011).

7. FISIOPATOLOGIA

Na sequência dos eventos que originam o fenômeno sensitivo doloroso, o primeiro passo é a transformação dos estímulos ambientais, físicos ou químicos intensos em potenciais de ação, que são transferidos, das fibras nervosas do sistema nervoso periférico (SNP) para o sistema nervoso central (SNC). O processo de transdução dos eventos térmicos, mecânicos e/ou químicos intensos em potenciais de geração e de ação nos aferentes primários é limitado a região da membrana axonal, que

ocupa poucas centenas de micrômetros da terminação axonal distal e que constitui o nociceptor ou terminação nervosa livre. O restante da membrana axonal não apresenta propriedade de gerar os potenciais repetitivos frente aos estímulos naturais (TEIXEIRA, 2009).

As moléculas do meio ambiente atuam via segundos-mensageiros ou ligam-se aos canais iônicos ou aos receptores. Estímulos químicos (radicais ácidos, capsaicina, bradicinina), mecânicos (pressão) ou térmicos (calor ou frio) intensos alteram as propriedades da membrana dos nociceptores e deflagram os potenciais de ação (Fig.1).

Outros canais sensíveis adaptados morfologicamente e distribuídos espacialmente para capturar, veicular ou processar determinadas informações podem, em condições especiais, adaptar-se, modificar-se e participar de funções para as quais não foram constituídos em condições normais.

Há subpopulação de neurônios somatossensitivos que são ativados somente por estímulos intensos e com possibilidade de lesar os tecidos. Os receptores sofrem fadigas e sensibilização. A aplicação repetitiva de estímulos reduz a percepção de muitas sensações. Entretanto, quando ocorre lesão decidual, há sensibilização dos nociceptivos e instala-se a hiperalgesia.

Figura - 1

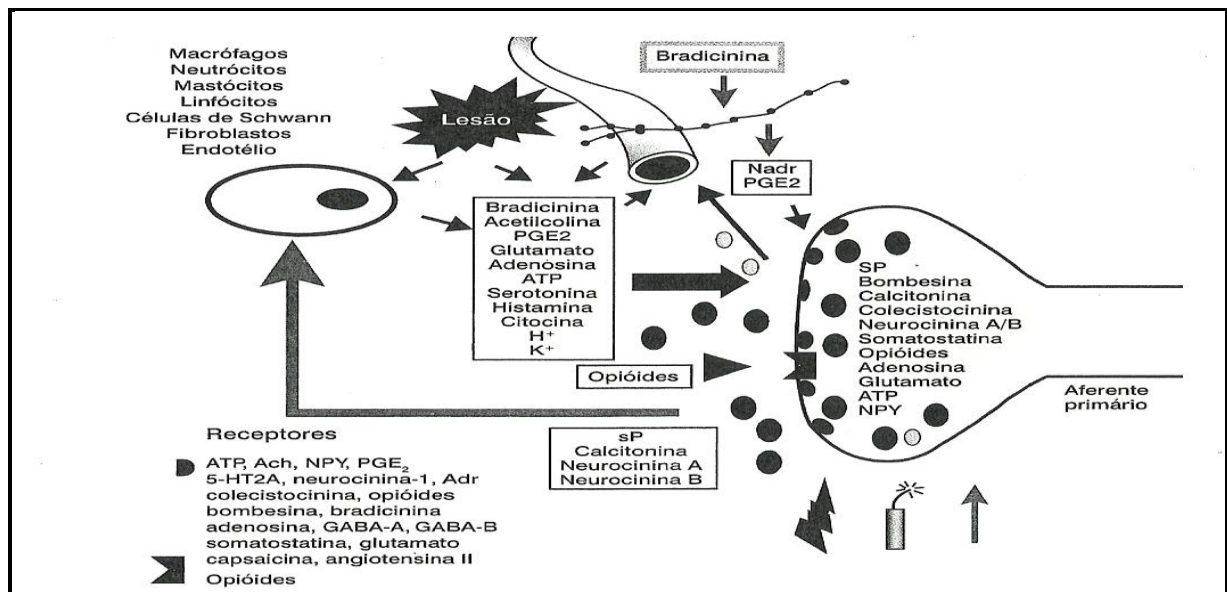


Figura 1 – Mecanismos bioquímicos na sensibilização dos nociceptores

8 PRINCÍPIOS DO TRATAMENTO DA DOR

De acordo com Alves Neto (2009), tratar a dor é um dever de todos os profissionais da saúde. Estes, ao exercerem suas atividades, devem prover ao indivíduo o controle dos sintomas e dar suporte a promoção da qualidade de vida.

A dor é conceituada pelo comitê de taxonomia da Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou descrita em termos de lesões teciduais, que apresenta caráter subjetivo e abstrato (IASP, 1979).

Como outras experiências sensitivas conscientes, apresenta-se com um padrão multidimensional; para sua expressão, destacam-se três dimensões: a sensitiva, a avaliativa e a afetiva (*apud* MELZACK; WALL, 1965). Isto significa que a avaliação e o tratamento das afecções dolorosas são desafiantes, visto que a sensação dolorosa é determinada não apenas pelos estímulos nociceptivos, mas também pelas experiências prévias vividas pelos indivíduos, bem como por suas emoções, suas crenças, suas atitudes e seus valores. Nesse cenário, a avaliação e o tratamento da dor devem contemplar métodos e procedimentos com abrangências multimodais e multidisciplinares (*apud* GORDON et al.,2005; BERRY et al.,2006).

Por terapia multimodal, entende-se a utilização de diferentes modalidades terapêuticas farmacológicas ou não farmacológicas, incluindo-se os tratamentos cirúrgicos e anestesiológicos, a medicina física, a reabilitação e as terapias educativas, psicoemocionais e comportamentais (ALVES NETO, 2009).

Por tratamento multidisciplinar, entende-se a avaliação e o tratamento da dor realizado por vários profissionais de especialidades diversas, incluindo-se os médicos (neurologistas, anesthesiologistas, fisiatras, oncologistas, etc.), os enfermeiros, os cirurgiões dentistas, os farmacêuticos, os psicólogos, os fisioterapeutas, os terapeutas ocupacionais, os assistentes sociais e os musicoterapeutas (ALVES NETO, 2009).

8.1 Bases do Tratamento

O tratamento da dor, parte do estabelecimento do diagnóstico baseado na anamnese, no exame físico e na avaliação da dor sob aspectos psicossociais e de outros sintomas a ela associados. Também se faz importante a identificação dos mecanismos fisiopatológicos de sua geração e manutenção e os prejuízos decorrentes da dor (Fig. 2), para que após a avaliação e os diagnósticos, sejam selecionados os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos mais adequados a cada indivíduo (ALVES NETO, 2009).

Figura 2

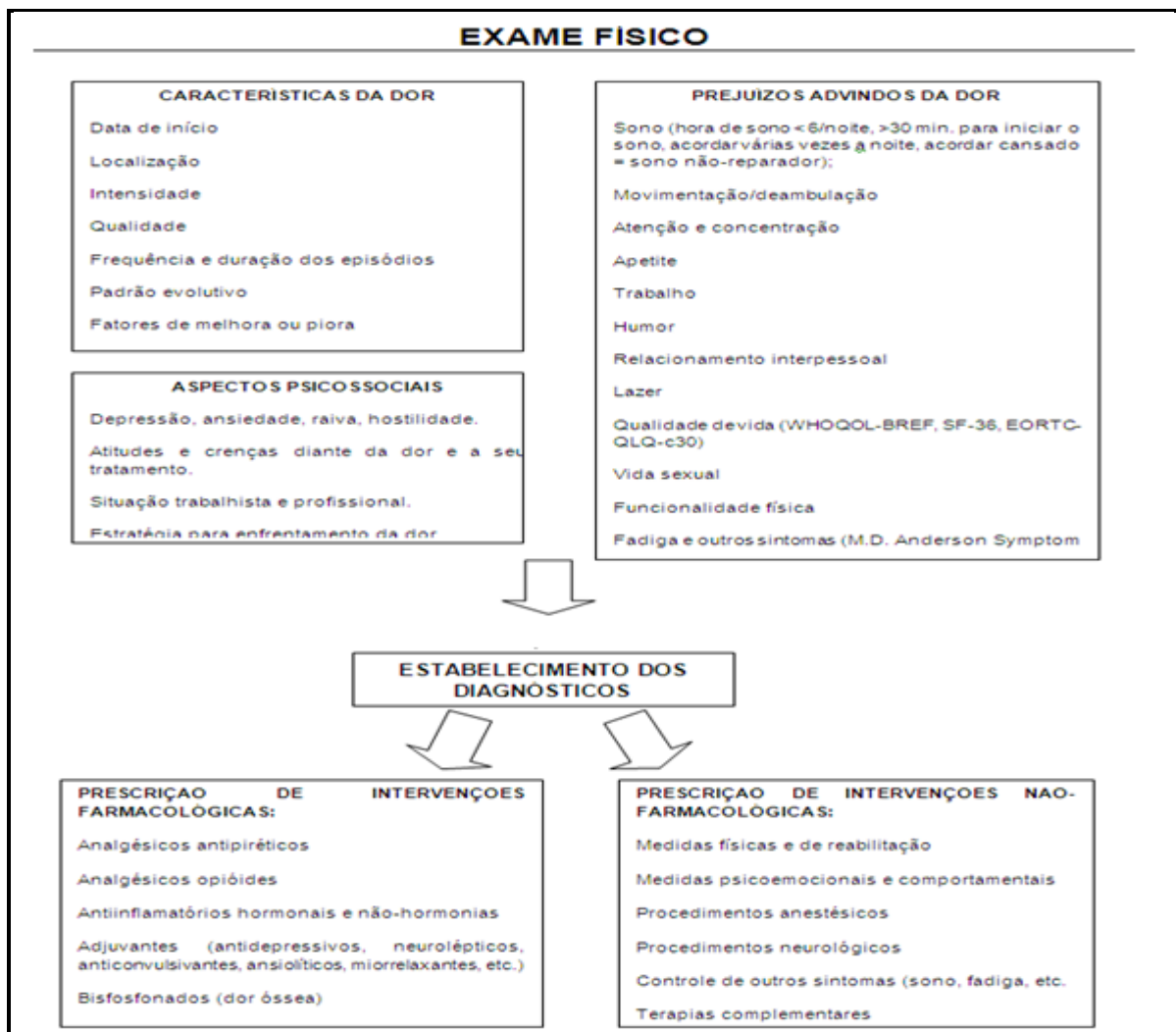


Figura 2. Esquema para avaliação, diagnóstico e tratamento da dor.

A dor pode ser classificada temporalmente como aguda ou crônica. Nas afecções crônicas, os comprometimentos emocional, social e espiritual e os sintomas concomitantes, como as alterações do sono e a fadiga, são bastante prevalentes e também devem ser avaliados e tratados. A dor não avaliada agrava tanto os transtornos do sono e a fadiga preexistente quanto o comprometimento da funcionalidade e da qualidade de vida, além de causar isolamento, depressão, ansiedade e frustração (*apud* MCCAFFERY; PASERO, 1999; FERREIRA et al.,2006; FISHBAIN et al.,2003).

A partir das características fisiopatológicas, a dor pode ser classificada como nociceptiva (aquela que serve de alerta ao paciente, é consequente a lesão de qualquer tecido do organismo), neuropática (dor iniciada ou causada por lesão primária ou disfunção do sistema nervoso) e ou psicogênica (sensação dolorosa que não tem base orgânica é de origem mental e raramente é identificada na prática clínica). A dor também pode ser mista, envolvendo mais um destes três mecanismos. (ALVES NETO, 2009).

O tratamento destes tipos fisiopatológicos de dor deve incluir medidas farmacológicas e não farmacológicas, incluindo-se as apresentadas a seguir e sumarizadas de acordo com os mecanismos de dor na Tabela 1. (ALVES NETO, 2009).

8.2 Modalidades de Tratamento da Dor

O manejo deve ser realizado não apenas com fármacos, mas também com a combinação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas de (Tab.1), visto que o tratamento multidisciplinar da dor é mais efetivo (*apud* PENG et al., 2006) e a dor é uma experiência multidimensional (*apud* MELZACK; WALL, 1965).

O uso de intervenções para controlar a dor deve considerar alguns aspectos: adequar-se as necessidades de cada paciente (individualizado); respeitar a farmacodinâmica e a farmacocinética de cada fármaco; considerar as contra indicações de cada indivíduo; selecionar a via mais adequada para a administração do fármaco; conhecer, avaliar e tratar eventos adversos; e considerar o nível de

evidência dos estudos sobre a efetividade de cada uma das intervenções prescritas. (ALVES NETO, 2009).

Tabela 1. Modalidades de tratamento de acordo com a fisiopatologia da dor

NOCICEPÇÃO	DESAFERENTAÇÃO	PSICOGENIA
Analgésicos antipiréticos /Antiinflamatórios não-Hormonias (AINHs) e esteroidais	Psicotrópicos	Psicoterapia
Opióides	Anticonvulsivantes	Psicotrópicos
Psicotrópicos	Opióides	Psicocirurgia
Interrupções de vias Nervosas	Estimulação do SNP ou do SNC	
Infusão de fármacos No sistema nervoso central (SNC)	Lesão de núcleos	
Estimulação do sistema Nervoso periférico (SNP) ou do SNC	Infusão de fármacos no SNC	

Fonte: **Teixeira, M.J.**, 2009.

8.2.1 Tratamento Não-Farmacológico

Os tratamentos não-farmacológicos podem ser utilizados para controlar a dor aguda e crônica resultantes de diversos mecanismos fisiopatológicos. Dentre as intervenções não-farmacológicas, incluem-se as medidas físicas e reabilitadoras, como atividade física, massagem, fisioterapia, calor e frio local, estimulação elétrica transcutânea, etc., os procedimentos anestésicos (bloqueio de troncos nervosos), os procedimentos neurocirúrgicos, como a cordotomia, cingulotomia, tratotomia trigeminal, etc.; as medidas educativas, psicoemocionais e comportamentais

(programas educativos, terapias cognitivo-comportamentais, psicoterapia, psicanálise, etc). e as terapias complementares como, por exemplo, musicoterapia, acupuntura, toque terapêutico, pilates, etc. (ALVES NETO, 2009).

8.2.2 Tratamento Farmacológico

Um dos protocolos utilizados é o da Organização Mundial da Saúde (OMS), denominado Escala Analgésica da OMS (WHO* *analgesic ladder*).

De acordo com a OMS, a Escala Analgésica propõe que a intensidade da dor e a potência do analgésico devem ser as principais considerações na seleção dos analgésicos. Além disso, é recomendada a utilização de outros tratamentos, como técnicas anestésicas, neurocirúrgicas, psiquiátricas e psicológicas, além de outros recursos como a neuroestimulação, os tratamentos não-farmacológicos (massagem, calor, frio, etc.) e o tratamento primário da causa da dor, tanto do câncer quanto dos processos infecciosos, do diabetes, etc. (ALVES NETO, 2009). Os tratamentos mais invasivos devem ser utilizados quando as drogas da Escala não promoverem o alívio adequado da dor (OMS, 1987).

A escolha dos fármacos deve ser realizada considerando-se os três degraus da Escala Analgésica relacionada com a intensidade da dor, mensurada com a escala numérica visual (ENV) ou analógica visual (EAV). O tratamento deve incluir o uso de analgésicos e de fármacos adjuvantes, de diferentes grupos farmacológicos em cada degrau da escala (OMS, 1987).

- ✓ Primeiro degrau: pacientes com dor fraca a moderada (ENV 1 a 3 ou 1 a 4) devem ser tratados com analgésicos não-opioides/antipiréticos e AINHS combinados com analgésicos adjuvantes, caso haja indicação.
- ✓ Segundo degrau: pacientes com dor moderada (ENV 4 a 7 ou 5 a 7), não aliviadas com as medidas do primeiro degrau, devem ser tratados combinando-se analgésicos opioides fracos (codeína, oxicodona, propocifeno, tramadol) e não-opioides (dipirona, paracetamol, naproxeno, ibuprofeno, celecoxibe, etc), associados os adjuvantes (antidepressivos,

neurolépticos, anticonvulsivantes, corticóides, laxantes e/ ou antieméticos, se indicados).

- ✓ Terceiro degrau: pacientes com dor intensa (ENV 8 a 10) ou sem alívio com as medidas do degrau anterior devem ser tratados com opióides fortes (p.ex. morfina, metadona, fentanil, etc.), associados aos fármacos dos degraus anteriores e adjuvantes se indicados.

Os analgésicos devem ser administrados preferencialmente por via oral, em horários padronizados, de acordo com a escala da OMS (Tabela 2.) em doses e prescrições individualizadas e associadas aos adjuvantes, quando indicados (*apud* WHO, 1996).

A prevenção da dor é proporcionada pela administração das drogas em horários fixados e baseados na meia vida plasmática do fármaco (*apud* VENTAFRIDDA et al., 1987).

Tabela 2. Fármacos utilizados em cada degrau da escala analgésica da OMS

Degraus da escada analgésica	Fármacos prescritos	Indicação
Degrau 1	<ul style="list-style-type: none"> • Acetaminofeno (Di Maio et al., 2004; Grond et al., 1991; Grond et al., 1993; Mercadante, 1999; Talmi et al., 1997; Ventafridda et al., 1987; Walker et al., 1988; Wenk et al., 1991; Zech et al., 1995) • Aspirina (Schneider; Eichner, 1994; Talmi et al., 1997; Ventafridda et al., 1987; Zech et al., 1995) • Diclofenaco (Schneider; Eichner, 1994; Grond et al., 1991; Grond et al., 1993; Mercadante, 1999; Zech et al., 1995) • Dipirona (metamizol) (Schneider; Eichner, 1994; Grond et al., 1991; Grond et al., 1993; Grond et al., 1999; Meuser et al., 2001; Schug; Zech; Dorr, 1990; Stute et al., 2003; Zech et al., 1995) • Flurbiprofeno (Grond et al., 1991; Grond et al., 1993; Grond et al., 1999; Meuser et al., 2001; Stute et al., 2003; Zech et al., 1995) • Ibuprofeno (Mercadante, 1999) • Cetarolac (Mercadante, 1999) • Naproxeno (Grond et al., 1999; Mercadante, 1999; Meuser et al., 2001; Stute et al., 2003; Wenk et al., 1991; Zech et al., 1995) 	Se houver dor devido a inflamação (Meuser et al., 2001)
Degrau 2	<ul style="list-style-type: none"> • Codeína (Di Maio et al., 2004; Grond et al., 1991; Grond et al., 1993; Mercadante, 1999; Talmi et al., 1997; Ventafridda et al., 1987; Zech et al., 1995) • Dextropropoxifeno (Mercadante, 1999; Ventafridda et al., 1987; Walker et al., 1988) • Deidrocodeína (Schneider; Eichner, 1994; Zech et al., 1995) • Oxycodona (Talmi et al., 1997; Ventafridda et al., 1987) • Propoxifeno + dipirona (Wenk et al., 1991) • Tilidina (Grond et al., 1991; Grond et al., 1993; Zech et al., 1995) • Tramadol (Di Maio et al., 2004; Grond et al., 1991; Grond et al., 1993; Grond et al., 1999; Mercadante, 1999; Meuser et al., 2001; Schneider; Eichner, 1994; Schug; Zech; Dorr, 1990; Stute et al., 2003; Zech et al., 1995) 	
Degrau 3	<ul style="list-style-type: none"> • Buprenorfina (Grond et al., 1991; Mercadante, 1999; Schneider; Eichner, 1994; Zech et al., 1995) • Fentanila (Di Maio et al., 2004; Mercadante, 1999; Strömrgren et al., 2004; Zech et al., 1995) • Cetobemidona (Strömrgren et al., 2004) • Metadona (Mercadante, 1999; Strömrgren et al., 2004; Ventafridda et al., 1987) • Morfina (Di Maio et al., 2004; Grond et al., 1991; Grond et al., 1993; Grond et al., 1999; Mercadante et al., 1992; Mercadante, 1999; Meuser et al., 2001; Schneider; Eichner, 1994; Schug; Zech; Dorr, 1990; Strömrgren et al., 2004; Stute et al., 2003; Talmi et al., 1997; Walker et al., 1988; Wenk et al., 1991; Zech et al., 1995) • Oxycodona (Mercadante, 1999; Strömrgren et al., 2004) • Piritramida (Grond et al., 1991) • Sufentanil (Strömrgren et al., 2004) 	
Antidepressivos	<ul style="list-style-type: none"> • Amitriptilina (Grond et al., 1993; Grond et al., 1999; Mercadante, 1999; Meuser et al., 2001; Strömrgren et al., 2004; Stute et al., 2003; Talmi et al., 1997; Ventafridda et al., 1987; Wenk et al., 1991) • Citalopram (Strömrgren et al., 2004) • Nortriptilina (Strömrgren et al., 2004) 	Dor neuropática em queimor (Grond et al., 1999; Stute et al., 2003; Talmi et al., 1997)

Fonte: Ferreira, 2006.

Tabela 2. Continuação. Fármacos utilizados em cada degrau da escala analgésica da OMS

Degraus da escada analgésica	Fármacos prescritos	Indicação
Anticonvulsivantes	<ul style="list-style-type: none"> • Carbamazepina (Grond et al., 1999; Grond et al., 1993; Mercadante, Meuser et al., 2001; 1999; Stute et al., 2003; Ventafridda et al., 1987) • Clonazepam (Grond et al., 1999; Grond et al., 1993; Meuser et al., 2001; Stute et al., 2003) • Fenitoína (Ventafridda et al., 1987; Wenk et al., 1991) • Valproato (ácido valpróico) (Strömngren et al., 2004) 	Dor em pontada e choque (Grond et al., 1999; Stute et al., 2003)
Corticosteróide.	<ul style="list-style-type: none"> • Dexametazona (Grond et al., 1993; Grond et al., 1999; Meuser et al., 2001; Stute et al., 2003; Talmi et al., 1997; Ventafridda et al., 1987) • Prednisolona (Ventafridda et al., 1987; Wenk et al., 1991) • Medroxiprogesterona (Ventafridda et al., 1987) 	Dor neuropática devido a edema, tumor ou inflamação (Grond et al., 1999; Stute et al., 2003)
Psicotrópicos/ Ansiolíticos	<ul style="list-style-type: none"> • Clorpromazina (Ventafridda et al., 1987) • Diazepam (Meuser et al., 2001; Talmi et al., 1997; Ventafridda et al., 1987) • Haloperidol (Mercadante, 1999; Meuser et al., 2001; Talmi et al., 1997; Ventafridda et al., 1987; Wenk et al., 1991) • Proclorperazina (Ventafridda et al., 1987) 	Naúsea e vômito (Meuser et al., 2001; Mercadante, 1999; Wenk et al., 1991; Talmi et al., 1997)
Anti-histamínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Hidroxizina (Ventafridda et al., 1987) 	
Antiespasmódicos	<ul style="list-style-type: none"> • Butilescopolamina (Meuser et al., 2001) 	Dor em espasmos, cólicas (dor visceral) (Meuser et al., 2001)
Antagonistas NMDA	<ul style="list-style-type: none"> • Cetamina (Strömngren et al., 2004) 	

Fonte: **Ferreira**, 2006.

A escala analgésica da OMS é utilizada em diversos países desde a sua divulgação a mais de 20 anos, embora tenha sido elaborada baseando-se apenas na opinião e na experiência clínica de especialistas (Comitê de *experts*) (*apud* VENTAFRIDDA et al., 1987). Entretanto, atualmente vários clínicos e pesquisadores questionam as evidências de sua validade. No momento, sugere-se que as recomendações e práticas sejam baseadas não apenas na opinião de especialistas, mas principalmente nas evidências providas por estudos científicos, especialmente por ensaios clínicos (*apud* JADAD; BROWMAN, 1995).

O tratamento farmacológico da dor compreende não apenas drogas analgésicas, mas também medicamentos que alteram a sensibilidade central ao estímulo nociceptivo, o comportamento afetivo emocional e as respostas reflexas a estimulação nociceptiva, como descrito na Tabela 3. (ALVES NETO, 2009).

O uso criterioso de vários recursos farmacológicos à nossa disposição é um fator fundamental para o sucesso do tratamento da dor aguda ou crônica.

Tabela 3. Farmacologia da dor.

Farmacologia da dor – drogas	
1.	Analgésicos
a.	Analgésicos antiinflamatórios (antiinflamatórios não-hormonais – <u>AINHs</u>)
b.	Opióides
2.	Relaxantes musculares
3.	Ansiolíticos
4.	Anticonvulsivantes
5.	Antidepressivos
6.	Anti-reumáticos
7.	Corticóides
8.	<u>Antipsicóticos</u>
9.	Anti-serotoninérgicos
10.	Anestésicos locais
11.	Outros

Fonte: **Teixeira, M.J.**, 2009.

8.2.2.1 Classes Farmacológicas

I. ANALGÉSICOS

Essa categoria é classicamente dividida em dois grupos: os antiinflamatórios não-hormonais (AINHs) e os opióides (ou hipnoanalgésicos). Os AINHs são erroneamente considerados analgésicos fracos ou de ação periférica, e os opióides são considerados analgésicos fortes e de ação central, com elevado risco de depressão respiratória e dependência. Sendo que, nem sempre os analgésicos antiinflamatórios são fracos e tampouco os opióides atuam exclusivamente por via central ou necessariamente produzem depressão respiratória ou vício quando usados corretamente (ALVES NETO, 2009).

I.I ANALGÉSICOS ANTIINFLAMATÓRIOS

Esses fármacos são caracterizados pelas propriedades analgésica e antiinflamatória moderada, antipirética e antitrombótica, além da propriedade de irritação e erosão gástrica; a exceção é o *paracetamol* (p-acetoaminofenol), que não apresenta efeito

antiinflamatório, tampouco antitrombótico ou irritante gástrico nas doses habituais. (ALVES NETO, 2009).

Tais drogas possuem mecanismos de ação em comum caracterizados pela inibição da ciclooxigenase (COX), com inibição da síntese de endoperóxidos cíclicos e prostaglandinas e da reação inflamatória PG-dependente tanto nos tecidos periféricos quanto no sistema nervoso central. (ALVES NETO, 2009).

Os AINHS classificam-se segundo a seletividade pela COX em dois grupos (Tabela 4).

I.II OPIÓIDES

Essas substâncias são caracterizadas por apresentarem propriedades tranquilizantes (sedativo-hipnótica) e analgésica potente, além de terem tendência a produzir dependência psíquica e física, quando usados cronicamente (Tabela 5).

Tabela 4. Principais derivados analgésicos antiinflamatórios (AINHS)

Inibidores não-seletivos (COX-1 e COX-2)
Salicilatos: Ácido acetilsalicílico (Aspirina) Diflunisal
Pirazolônicos: Dipirona (metamizol)
Indóis: Indometacina
Ácido propiônico: Ibuprofeno Naproxeno Cetoprofeno Cetorolaco
Ácido fenilacético Diclofenaco
Ácido Antranílico Ácido mefenâmico
Oxicams Piroxicam Tenoxicam
Inibidores seletivos da COX-2 (coxibes)
Rofecoxibe Celecoxibe Etoricoxibe Valdecoxibe Lumiracoxibe

Medicamentos de ação primariamente central destacam-se pela intensa analgesia associada à depressão da consciência e das funções neurovegetativas. Os opióides são utilizados no controle da dor aguda de grande intensidade, refratária aos antiinflamatórios, e no controle da dor crônica de natureza neoplásica (ALVES NETO, 2009).

Tabela 5. Classificação dos derivados opióides

Pela potência	Pela origem
a) Baixa potência: Codeína Tramadol	a) Natural: Morfina Codeína
b) Alta potência: Morfina; metadona Oxicodona; petidina Fentanil; alfentanil Sufentanil; remifentanil	b) Sintético: Metadona; oxicodona Tramadol; petidina Fentanil; alfentanil Sufentanil; remifentanil

Fonte: **Teixeira, M.J.**, 2009.

II. MEDICAÇÃO COADJUVANTE

Outros medicamentos podem ser utilizados para auxiliar no controle da dor, como ansiolíticos, antidepressivos tricíclicos, antipsicóticos, relaxantes musculares, corticóides e anticonvulsivantes, assim como outros medicamentos com ação específica no processo doloroso. No entanto, tais substâncias devem ser utilizadas criteriosamente, visando à relação risco-benefício favorável ao paciente, evitando-se a sedação excessiva e procurando-se minimizar efeitos adversos que possam complicar o quadro. A medicação deve ser descontinuada quando não se consegue resultado clínico (melhora do quadro algico) adequado em cerca de 30 dias (ALVES NETO, 2009).

9. AUTOMEDICAÇÃO

De modo geral, os medicamentos servem para aliviar a dor ou até mesmo evitá-la. No entanto, existe uma grande preocupação em relação ao uso inadequado, muitas vezes até abusivo, por parte daqueles, que não se preocupam em procurar uma assistência médica ou farmacêutica adequada, comprometendo sua saúde e bem estar, com a automedicação (ABIFARMA, 2010).

A automedicação é definida como o uso de medicamentos sem prescrição médica (MENDES, 2001), uma pratica que ocorre com frequência e tem aumentado com o decorrer dos anos. De acordo com a Associação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas (ABIFARMA) cerca de 80 milhões de pessoas são adeptas a automedicação (*apud* IVANNISSEVICH, 1994).

Na tentativa de explicar as causas da automedicação, alguns atribuem a prática ao baixo poder aquisitivo da maioria dos brasileiros, porém ela também acomete as classes mais privilegiadas, outros relacionam a automedicação com as propagandas dos laboratórios (RIO PHARMA, 2008)

Com as condições de saúde que encontramos hoje, o uso de medicamentos dispensados sem receita médica é geralmente aceito como parte integrante do sistema de saúde. Quando praticada corretamente, ou seja, com a orientação do profissional farmacêutico, a automedicação pode também contribuir para aliviar financeiramente os sistemas de saúde pública (LIMA e RODRIGUES, 2008).

Para Lima e Rodrigues (2008), com o incentivo da indústria da automedicação, o que ocorre é o uso indiscriminado dos medicamentos, esta visão também é defendida por Silva, Cabral e Paes (2007), que dizem que a propaganda massiva e a facilidade de acesso a medicamentos em farmácias e supermercados dão a impressão de que são produtos livres de riscos. E dessa forma podem surgir resultados indesejáveis, como: aumento da resistência bacteriana aos antibióticos pelo uso incorreto e até mesmo uma hemorragia cerebral devido à combinação de um anticoagulante com um simples analgésico. Além disso, a pessoa pode apresentar alergia a determinados ingredientes da fórmula medicamentosa e, como consequência pode resultar em uma intoxicação (LIMA e RODRIGUES, 2008).

A automedicação pode diminuir de forma significativa a carga dos trabalhos dos médicos e a diminuição de consultas para resolução de problemas de saúde de menor complexidade (VASCO, 2000).

De acordo com SANTOS (2005), a construção do SUS interpõe-se ao modelo excludente e seus princípios doutrinários delineiam a reformulação das práticas assistenciais e sanitárias em direção a um novo modelo assistencial, nele incluído um novo modelo de assistência farmacêutica. Esse modelo é capaz de contemplar as ações de promoção, de prevenção e também curativas, tão necessárias, principalmente por tratar-se de um país com tantos problemas como o nosso, onde a dor convive lado a lado com os indivíduos, subtraindo-lhes a qualidade de vida.

Além dos interesses econômicos, políticos e fatores estruturais, os padrões de uso de medicamentos numa sociedade são determinados também, pelos aspectos interpessoais presentes nas relações entre profissionais e usuários do sistema de saúde e pelas percepções, valores e crenças que determinam as atitudes individuais com relação à busca de solução para os problemas de saúde (CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA, 2010).

Segundo a Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde, o mercado brasileiro dispõe de mais de 32 mil medicamentos. Entre esses há vários medicamentos que deveriam ser utilizados apenas com prescrição médica, porém são comercializados de forma irracional pelo estabelecimento farmacêutico, isso porque, no Brasil, a farmácia não é reconhecida com uma unidade de saúde e, sim, um ponto comercial de vendas de medicamentos e produtos correlatos. (CERQUEIRA et al., 2005).

Em relação ao consumo de medicamentos no mundo, o Brasil ocupa a quinta posição, estando em primeiro lugar em consumo na América Latina e ocupando o nono lugar no mercado mundial em volume financeiro. Os medicamentos são responsáveis pela principal causa de intoxicações humanas ocorridas no Brasil, respondendo por cerca de 30% dos casos registrados pelo Sistema Nacional de Informações Toxicológicas SINITOX/FIOCRUZ, sendo os benzodiazepínicos, os antigrípicos e anti-inflamatórios as classes de medicamentos que mais intoxicam em

nosso país (SEZI E OGA, 2008). Tal fato pode está relacionado às 24 mil mortes anuais no Brasil por intoxicação medicamentosa (MORAIS, 2001).

A melhoria da fiscalização e a reorganização das normas para dispensação e propaganda de medicamentos é um trabalho financeiramente oneroso, só realizado em longo prazo. Logo, deve-se estar atento à possibilidade de utilizar a automedicação como um instrumento para a promoção da saúde, desde que devidamente direcionada através de programas institucionais que visam conferir um maior grau de autonomia ao paciente frente à sua medicação (VILARINO, 1998).

O consumo de medicamentos em nosso país tem aumentado em decorrer dos anos, e em muitos casos leva ao uso incorreto ou desnecessário, resultando em consequências sérias como efeitos colaterais indesejados, reações alérgicas, intoxicações, etc. Na maioria dos casos os pacientes não conhecem essas manifestações, e estes, quando não utilizam todo o medicamento adquirido, o armazena em “farmácias domésticas” para posterior utilização (DALQUANO et al., 2008).

De acordo com a OMS, em diversas situações a prática da automedicação, evita o colapso do sistema público de saúde, pelo atendimento a casos transitórios ou de menor urgência. Mas deve-se ressaltar que o uso de medicamentos por conta própria, conhecido como autoprescrição, quando se trata de fármacos contendo tarja vermelha ou preta na embalagem, só devem ser utilizados sob prescrição médica, é extremamente perigosa e inaceitável segundo a OMS (CASTRO et al., 2006).

Atualmente automedicação orientada pelo farmacêutico é vista como uma realidade que não tem como ser alterada e é considerada como parte integrante dos sistemas de saúde. Com ela se tem uma autonomia por parte da população nos cuidados com sua própria saúde e contribui com os governos na medida em que evita um número muito alto de consultas médicas (CIM, 2007).

É notável a inclusão do farmacêutico no processo de automedicação responsável. Normalmente, o modelo que conduz à automedicação inicia-se com a percepção do problema de saúde pelo usuário, onde se apresentam duas opções: a) não tratar; b) tratar com remédio caseiro ou automedicação com medicamentos. Na maioria das vezes, o usuário procura uma farmácia. Ela é uma instituição de saúde, de acesso

fácil e gratuito, onde o usuário, muitas vezes, procura, em primeiro lugar, o conselho amigo, desinteressado, mas seguro, do farmacêutico. Torna-se imprescindível para o farmacêutico ter a noção exata de sua competência e dos limites de sua intervenção no processo saúde-doença, para que assuma a atitude correta, no momento oportuno, avaliando a situação do doente, conduzindo-o, se necessário, a uma consulta médica ou ao hospital, em caso de urgência (ZUBIOLI, 2000).

Hoje são encontrados muitos medicamentos isentos de prescrição médica, mas mesmo nesses casos é importante informar às pessoas que elas não devem fazer uso indevido dos mesmos, como ingeri-los na dose e na hora que lhes for conveniente. Pois se sabe que nenhuma substância farmacologicamente ativa é inócua ao organismo, a automedicação pode vir a ser prejudicial à saúde individual e coletiva. Os analgésicos, por exemplo, normalmente subestimados pela população no tocante aos riscos inerentes à sua administração, podem gerar seleção de bactérias resistentes, reações de hipersensibilidade, dependência, sangramento digestivo, além de poder aumentar o risco para determinadas neoplasias e ainda mascarar a doença de base que, por sua vez, poderá progredir (NETO et al., 2006).

Tanto o médico como o farmacêutico devem orientar os pacientes sobre como e quando tomar os medicamentos, a duração do tratamento e o objetivo da medicação. E também, quando se tratar de fórmulas magistrais o nome do medicamento, sua indicação e a duração da terapia devem ser registradas em cada rótulo, de modo que o medicamento possa ser facilmente identificado em caso de superdosagem (KATZUNG, 2005).

Uma instrução para “uso conforme recomendado” pode economizar o tempo gasto para redigir as prescrições, mas quase sempre leva a uma falta de aderência, confusão para o paciente e erro de medicação (KATZUNG, 2005).

O farmacêutico tem um papel importante e pode contribuir com o médico de família na sua prática clínica, levando a uma redução significativa da carga de trabalho e favorecendo uma melhor utilização dos recursos disponíveis (Editorial, AUTOMEDICAÇÃO, CUSTOS e SAÚDE).

A este respeito, existe alguma evidência que as potencialidades da utilização de medicamentos sem prescrição médica não tenha sido aproveitada da melhor maneira por médicos e farmacêuticos. (EDITORIAL, ATOMEDICAÇÃO, CUSTOS e SAÚDE).

Dentro da farmácia comunitária o farmacêutico deve ter a capacidade de avaliar se os medicamentos dispensados em regime de automedicação vão aliviar os sintomas do doente ou se realmente este requer referenciação ao médico para avaliação e tratamento mais adequado. (Editorial, ATOMEDICAÇÃO, CUSTOS e SAÚDE).

É importante que os farmacêuticos entendam que a sua grande oportunidade de se mostrarem conhecedores, a par com seu dever profissional, é no momento de fornecer orientação seguras aos clientes, para contribuir na diminuição da automedicação, a par com toda a informação que lhes deve ser dada e todo processo educativo que deve ser feito aos utentes das farmácias, assim teremos clientes mais educados e conhecedores do ambiente do medicamento, aceitando melhor todas as instruções que lhes dermos relativas às necessidades terapêuticas (SOARES, 1995).

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dor constitui-se, provavelmente um dos mais primitivos sofrimentos do homem, e essa sensação desagradável está presente na vida da maioria das pessoas o qual pode afetar de forma direta ou indireta e prejudicar a saúde e o bem estar.

O uso indiscriminado de medicamentos ocorre devido ao elevado número de medicamentos de venda livre, onde os analgésicos e antipiréticos representam os produtos com grande giro nas farmácias.

Assim, as orientações referentes ao uso desses produtos devem fazer parte da rotina do farmacêutico, sendo de extrema importância instruir os pacientes quanto às possíveis contra-indicações de cada medicamento.

Quanto aos medicamentos AINHS, tanto os seletivos como os não seletivos, é importante que o farmacêutico informe os possíveis efeitos adversos que poderão advir, pois muitas vezes a falta de tais informações pode comprometer o tratamento e, inclusive, dificultar o sucesso terapêutico da prescrição realizada pelo médico.

Os riscos de reações adversas e intoxicações pelo uso irracional dos AINHS vão do desconforto gástrico, náuseas, vômitos, aumento da secreção ácida gástrica; úlceras, gastrite medicamentosa e hemorragias gástricas por serem altamente irritantes para a mucosa do estômago, a discrasias sanguíneas, como anemia aplástica, trombocitopenia, e agranulocitose. Incluem-se também lesões hepáticas, causadas pela depleção dos substratos, por exemplo, ácido glicurônico, que seriam utilizados na conjugação dos intermediários metabólicos que, por sua vez irão reagir com compostos nucleofílicos presentes nas macromoléculas do fígado, lesando-o.

Diante do que foi visto, a automedicação está presente na vida de muitas pessoas, fator este preocupante devido aos riscos associados a esta prática. Quando feita de forma irracional a automedicação se torna perigosa, porém ela contribui na diminuição da demanda de consultas médicas, levando à redução da sobrecarga de trabalho das unidades de saúde, que geralmente são recorridas à procura de serviços de baixas complexidades.

É importante que os farmacêuticos tenham consciência e atitudes que valorizem sua profissão e que realmente desempenhem sua função dentro da farmácia, para contribuir com o uso racional de medicamentos, sendo necessárias orientações seguras e campanhas para esclarecimento da população.

Desta forma a população terá um atendimento responsável, ao invés de recorrer a pessoas leigas que podem passar informações duvidosas, e assim o estabelecimento farmacêutico mostrará que acima de tudo está preocupado com a condição de saúde de seus clientes.

REFERÊNCIAS

ALVES NETO, O., et al. **Dor Princípios e Prática**. Porto Alegre: Artmed.2009.

BOUCHE, P.; ARNÉ-BESS, M. C. Neuropathies Toxiques. In: **Encycl. Med. Chir. Neurologic**. Paris: Elsevier, 1997. 17-112-A-70

BOVIM G, SCHRADER H and SAND T. **Neck pain in the general population**, Spine, 1994.

CABRAL, B.A.J; SILVA, A. D; PAES, S. D.M. **A automedicação e os acadêmicos da área da saúde**. Recife 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pd>. Acesso em: 05 Março de 2011.

CASTRO et al. Automedicação: Entendemos o risco? **Infarma**, v.18, nº 9/10, 2006.

CERQUEIRA, G.S. et al. Perfil da automedicação em acadêmicos de Enfermagem na cidade de João Pessoa. **Revista da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor**: São Paulo, v.10, nº4, 2005. Disponível em: <http://www.dor.org.br>. Acesso em: 19 Ago. 2010.

CHIMELLO, J. T.; AZOUBEL NETO, D. **Revista da Sociedade Brasileira para Estudo da Dor**: São Paulo, vol.5, n.4, Out/Nov/Dez. 2004. Disponível em: <http://www.dor.org.br>. Acesso em: 19 Ago. 2010.

CIM. Centro de Informação sobre Medicamentos. Avaliação de problemas de saúde leves e autolimitados. **CIM formando** nº 2 – Mai/Jun/Jul/Ago de 2007.

DALQUANO, et al. **Aquisição, uso e estocagem de medicamentos em domicílios de pessoas intoxicadas**. Maringá (PR), 2002 – 2003. Disponível em: [http://www.pec.uem.br/dcu/VII_SAU/Trabalhos/3-aulas/DALQUANO, %20Raquel.pdf](http://www.pec.uem.br/dcu/VII_SAU/Trabalhos/3-aulas/DALQUANO,%20Raquel.pdf). Acesso em: 23 de março de 2011.

FERREIRA, S. **Enfrentamento da Dor**: Contribuições da Psicologia. São Paulo, ano 6, n.1, p.525-529, Jan/Fev/Mar. de 2005. Disponível em: <http://www.dor.org.br/revistador>. Acesso em: 10 de setembro 2010.

FROLUND F, FROLUND C. **Pain in general practice**. Scand J Prim Health Care 4:97-100, 1986.

GORDON, D.B. et al. American pain society recommendations for improving the quality of acute and cancer pain management: American Pain Society Quality of Care Task Force. **Arch. Intern. Med.**, v.165, n.14, 2005.

GUYTON, A. C.; HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

HERRERIAS, T; MARTINEZ, M; BARETA, G.M.S. Sobre Automedicação. **Farmácia Brasileira**. São Paulo, n 20, Mai/Jun 2000. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/educacao/busca/artigos/automedicacao>. Acesso em: 10 Set 2010.

IASP- International Association for Study of pain. Subcommittee on taxonomy. Classification of cronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. **Pain** (Suppl 3), 1986

IVANNISSEVICH, A. Os perigos da automedicação. **Jornal do Brasil**. 1994 Jan 23 apud Servidoni AB, Coelho L, Navarro ML, Ávila FG, Mezzalira R. Perfil da automedicação nos pacientes otorrinolaringológicos. **Rev Bras Otorrinolaringol**. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-72992006000100013&script=sci_arttext. Acesso em: 10 Jan. 2011.

JADAD, A.R.; BROWMAN, G.P. The WHO analgesic ladder for cancer pain management: stepping up the quality of its evaluation. **JAMA**, v.274, n.23, 1995.

JAMES F.R. Epidemiology of pain in New Zealand, Department of Psychiatry and Behavioural Science, Scholl of Medicine, Auckland, New Zeland, 1991. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=Retrieve&list_uids=2052397&dopt=abstractplus. Acesso em: 10 Set. 2010.

Katz J, Melzack R. Measurement of pain. *Surgical Clinics of North America*. 1999.

KATZUNG, B.G. **Farmacologia Básica e Clínica**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

Li Wan Po A. Su XY. Over the counter drugs. Both doctors and pharmacists should prescribe better, **British Medical Journal**, 1996. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2351474/>. Acesso em : 10 Set. 2010.

LIMA, A.A.A. RODRIGUES, R.V. **Automedicação** – O uso indiscriminado de medicamentos pela população de porto velho. Disponível em: http://www.unir.br/html/pesquisa/Pibic_XIV/pibic2006. Acesso em 25 de Fev. 2011.

MANDIGAN, S.R.; RAJ, P.P. Historia y estado actual del tratamiento del dolor. In: RAJ, P.P. (Ed.). **Tratamiento práctico del dolor**. Madrid: Mosb y-Doyma, 2000.

MCCAFFERY, M.; PASERO, C. **Pain: clinical manual**. 2th. ed. Chicago: Mosby, 1999.

MELZACK, R.; WALL, P.D. Pain mechanisms: a new theory. **Science**, v. 150, n.699, 1965.

MENDES, L.N. Sociologia, Problemas e Práticas. **Automedicação: Algumas Reflexões Sociológicas**. Sociologia n.37 nov.2001. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mxtes.pt/pdf/spp>. Acesso em 28 de Maç. 2011.

MERSKEY H. Development of a universal language of pain syndromes, Adv. **Pain Res. Ther.**,1983.

MORAIS, J. A Medicina doente. **Revista Isto é**, São Paulo, ano 15, n.5, 2001.

NAKAMURA Y, CHAPMAN RC. Measurement of pain: An introspective look at introspection. Consciousness and Cognition The Clinical Journal of Pain, EUA, 2002. Disponível em: <http://academic.evergreen.edu/curricular/scc/ArticlesForFallProjects/CausalModelingSubjectiveReports.pdf> Acesso em: 10 Set. 2010.

NETO, J.A.C. Automedicação entre Estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. **HU rev**, Juiz de Fora, v.32, n.3, jul./set.2006.

OGA, S., **Fundamentos de Toxicologia** 3 ed. São Paulo : Atheneu , 2008

OGA, S., BASILE, A.C. **Medicamentos e suas Interações**. São Paulo: Atheneu, 2001

PENG, W.L. et al. Multidisciplinary management of cancer pain: a longitudinal retrospective study on a cohort of end-stage cancer patients. **J. Pain Symptom Manage.**, v.32, n.5, 2006.

Revista Associação Médica Brasileira. São Paulo, out./dez.2001 São Paulo, vol.47 nº. 4, Oct./Dec. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php.html>>. Acesso em: 07 Nov.2010.

REY, R. **History of pain**. Paris: La Découverte, 1993.

RIOPHARMA. Órgão Oficial do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio de Janeiro. Edição 82. Set/Out 2008.

SANTOS, A. M. Desafios e oportunidades do farmacêutico na promoção da saúde. **Infarma**, v.17, n.5/6, 2005.

SBED – Sociedade Brasileira para Estudo da Dor – Disponível em <http://www.dor.org.br>. Acesso em: 10 de out de 2010.

SCHECHTER NL. Common Pain Problems in the General Pediatric Setting. **Pediatric Annals**, 1995.

SINTOX (Sistema Nacional de Informações Toxicológicas). **Estatística anual de casos de intoxicação e envenenamento**. Brasil: 1992. Rio de Janeiro: fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); 1993.

SINTOX (Sistema Nacional de Informações Toxicológicas). **Estatística anual de casos de intoxicação e envenenamento**. Brasil: 1997. Rio de Janeiro: fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); 1998.

SOARES, M. A. (1995), **Medicamentos Não Prescritos**, Lisboa, ANF.

SOARES, J.C.R.S. **A automedicação do paciente e o processo terapêutico**, 2000. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, 2000.

SOUSA, F.A.E. F.; SILVA, J.A. **Mensurando Dor**. São Paulo, n 4, Out/Nov/Dez.2005. Disponível em: <[html://www.dor.org.br](http://www.dor.org.br)>. Acesso em: 19 Ago.2010.

SOUSA, H. W. O; SILVA, J. L. A Importância do Profissional Farmacêutico no Combate à Automedicação no Brasil. **Revista Eletrônica de Farmácia**. v.1, Jun. 2008. Disponível em: < <http://www.revistas.ufg.br/index.php>>. Acesso em: 05 Out.2010.

TEIXEIRA M.J, CORREIA C.F, PIMENTA C.A.M. **Dor: Conceitos Gerais**. São Paulo, Limay, 1999.

TEIXEIRA M.J; FIGUEIRÓ, J. A. BERTUOL. **Dor Epidemiologia e Evolução Histórica da Dor**. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Jr.,2001.

TEIXEIRA M.J, MARCON RM, ROCHA, RO, FIGUEIRÓ JB. **Epidemiologia clínica da dor**, São Paulo: Grupo Editorial Moreira Jr., 2009.

TEIXEIRA M.J, PIMENTA C.A.M. Epidemiologia da dor. In: _____. **Dor: Conceitos Gerais**, São Paulo, Limay, 1994.

TURK D.C, MELZACK R. The Measurement of pain and the assessment of people experiencing pain. **Handbook of pain assessment**. The Guilford Press New York London, 1992.

VENTAFRIDDA, V. et al. A validation study of the WHO method for cancer pain relief. **Cancer**, v.59, n.4, 1987.

VILARINO, Jorge F., Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 32 n.1, 1998.

VON KORFF, M.; DIUORKIN, S. F., RESCHE, L.; KRUGER, A. An epidemiologic comparison of pain complains **Pain**, v. 32, n. 2, 1988.

ZUBIOLI, A. O farmacêutico e a automedicação responsável. **Pharmacia Brasileira** Set/Out, Brasília, 2000.