

USO DE PSICOFÁRMACOS NA GESTÃO DA DOR

(2009)

Celina Agostinho

Marta Camacho

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - Universidade de Coimbra (Portugal)

Email:

glimpsi@gmail.com

RESUMO

Desde tempos imemoriais, o Homem procura aliviar as suas dores, e foram vários os psicofármacos que atentaram nesse propósito. No presente trabalho, procuramos abarcar a importância e uso dos antidepressivos, benzodiazepinas, anticonvulsivantes, opióides e neurolépticos na gestão da dor, referindo o seu impacto em algumas perturbações com forte acção algica. Contudo, devido à reduzida especificidade de acção dos fármacos e à falta de conhecimento dos seus mecanismos de acção, permanece-nos incógnito se o efeito dos psicofármacos se deve exclusivamente à redução da ansiedade que acompanha a dor ou, em parte, a qualidades analgésicas adicionais. Não obstante, a concomitância da sua acção com terapias psicológicas tem-se revelado como a terapêutica mais eficaz.

Palavras-chave: Psicofármacos, dor, gestão da dor

INTRODUÇÃO

Conforme sugerem alguns registos históricos, o homem sempre procurou aliviar a dor. As primeiras referências escritas datam os tempos egípcios e referem o ópio como analgésico (Duarte, 2005). A partir do séc. XIX, os progressos da luta contra a dor avançam rapidamente: o láudano por Sertürner (1803), do clorofórmio por Soubeiran (1831), do éter por Morton (1896), paracetamol (1887), aspirina (1894) e do veronal, o mais importante dos barbitúricos, revolucionaram a anestesia (Schwob, 1994; Lovheim, 2008). Contudo, apraz referir que esta

evolução foi acompanhada por uma forte oposição dos cirurgiões e médicos para os quais a dor era um dos principais sintomas de diagnósticos e parte integrante e inevitável das operações, considerando a perda de consciência como um acto de covardia e falta de integridade (Schwob, 1994; Melzack & Wall, 1982).

A dor é, actualmente, considerada o quinto sinal vital, sendo definida como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão potencial ou real” (IASP, 1994). E são várias as perturbações e doenças pautadas pela dor, que recorrem ao uso de psicofármacos como adjuvantes da terapia analgésica. De entre elas pode referir-se a fibromialgia, disfunção da articulação temporomandibular, a dor do membro fantasma, as doenças neuropáticas como a neuropatia diabética e a nevralgia do trigémeo, as doenças crónicas como a artrite reumatóide, a doença de Parkinson, a esclerose múltipla e as cefaleias crónicas (op.cit.; Grazzi, Usai & Bussone, 2006).

São as questões concernentes à acção e uso dos psicofármacos envolvidos na gestão da dor que caracteriza todas estas perturbações, o alvo do presente artigo, envolvendo um breve e diferenciado sobrevoou pelo recurso a antidepressivos, benzodiazepinas, anticonvulsivantes, opióides e neurolépticos para o alívio da dor.

TRATAMENTOS PSICOFARMACOLÓGICOS PARA A GESTÃO DA DOR

Antidepressivos

O uso de antidepressivos desempenha dois papéis distintos na gestão da dor. O seu primeiro papel reporta-se a situações em que o alívio da dor, obtido com analgésicos comuns (e.g. ácido acetilsalicílico, paracetamol, morfina), é inadequado ou quando esse alívio se associa a reacções adversas inoportáveis. Um segundo papel dos antidepressivos no tratamento da dor crónica consiste no seu uso coadjuvante a analgésicos convencionais, o que se revela particularmente eficaz em doentes com dor neoplásica multi-localizada, na medida em que o melhora o seu sono (McQuay & Moore, 1997). Antidepressivos como a amitriptilina, a nortriptilina, imipramina, doxepina, trimipramina e trazodona têm sido usados para o tratamento da neuropatia diabética, da nevralgia pós-herpética (situações clínicas para as quais existem poucas opções/alternativas terapêuticas), cefaleias, artrites, dor facial e dor do membro fantasma (Rani et. al, 1996; Fields & Martin, 2008). O primeiro antidepressivo registado para o tratamento da dor, a imipramina, data de 1960 e é prescrito para a nevralgia do trigémeo. Desde então que estes psicofármacos, em particular os antidepressivos tricíclicos (TCA's) têm sido comumente prescritos para vários síndromes de dor crónica (Clark, 2000). Os TCA's, nomeadamente a amitriptilina, são habitualmente utilizados para o tratamento da dor neuropática, insónias ou ambas, atendendo às

suas qualidades neuropáticas e indutoras de sono (Keene, Galasko & Land, 2003). Este psicofármaco numa dose de 25mg/dia produz reduções significativas no alívio da intensidade da dor, comparativamente ao placebo, para doenças como a fibromialgia e estados de dor reumática (Rani et.al, 1996). Apesar de prescritos para o tratamento da depressão, os antidepressivos, nomeadamente os tricíclicos (TCA's), têm um espectro de dosagem relacionado com actividades biológicas que incluem a produção de analgesia em certos estados clínicos. Apesar de o mecanismo subjacente a esta observação permanecer ainda por desvendar, o efeito analgésico dos TCA's ocorre de forma mais célere e em doses mais baixas que as requeridas para a depressão (Fields & Martin, 2008). Segundo Clark (2000), investigações mais recentes têm sugerido que o efeito de analgesia dos antidepressivos é mediado pelo bloqueio da norepinefrina e recaptação da serotonina que aumenta os níveis deste neurotransmissor e aumenta a activação dos neurónios inibitórios descendentes.

Os TCA's, apesar de eficazes no alívio da dor, têm uma marcada actividade anticolinérgica, que pode causar diversas reacções adversas, como boca seca, perturbações visuais, obstipação, dificuldade em urinar e alterações no ritmo cardíaco (Rani et. al., 1996). ISRS's como a fluoxetina aparentam, segundo Fiels e Martin (2008), menos efeitos adversos e de menor seriedade, contudo revelam-se menos eficazes no alívio da dor. A venlafaxina um antidepressivo não-tricíclico, que bloqueia tanto a recaptação da serotonina como da norepinefrina, aparenta ter o efeito de alívio da dor típico dos TCA's, com um perfil de efeitos secundários próximo do dos ISRS's. Este parece um fármaco particularmente importante para indivíduos que manifestam reacções adversas significativas com os tricíclicos (Fields & Martin, 2008).

Benzodiazepinas

As benzodiazepinas são habitualmente prescritas para os problemas de insónias e ansiedade que assolam indivíduos com dor crónica (Clark, 2000). Segundo os estudos de Cox e Collins (2001), agonistas benzodiazepínicos, como midazolam, diazepam e clordiazepóxido, podem acoplar-se aos receptores opióides-k, podendo ainda um deles (o diazepam) activar de forma modesta os receptores GABA, permitindo aos autores concluir que alguma da analgesia verificada com a benzodiazepinas administradas por via intratecal poderá, em parte, explicar-se pela estimulação directa de receptores opióides. Não obstante, Delleijn e Fields (1994 cit in Clark, 2000) apresentam um número limitado de estados de dor crónica que manifestam melhorias quando administradas benzodiazepinas, dos quais salientam a nevralgia do trigémeo, cefaleias de tensão e perturbações temporomandibulares, referindo de forma mais específica o clonazepam, aplicável e suscitador de alívio em episódios de dor lancinante na doença do membro fantasma. Por seu turno, os estudos de France e Kirshman (1988 cit in Clark, 2000) revelam que por vezes as benzodiazepinas estão associadas à exacerbação da dor e a interferências na analgesia opióide. Estes efeitos parecem resultar da activação supraespinal dos receptores GABA_A, conhecidos por antagonizar a analgesia opióide. Estes psicofármacos são,

como vimos, usados apenas em circunstâncias muito peculiares, nomeadamente no alívio da dor como forma de proporcionar alguma desintoxicação a doentes com dor crónica tratada com utilização excessiva de medicação barbitúrica (Clark, 2000).

Anticonvulsivantes

Este grupo de fármacos, utilizado nas perturbações epiléptiformes, tem um papel importante no controlo de dores lancinantes e que se crê resultarem de lesão ou disfunção nervosa (Diamond & Coniam, 1999; Infarmed, s.d.). As drogas anticonvulsivantes podem ser categorizadas como de 1ª (carbamazepina, fenitoina) e 2ª geração (gabapentina, pregabalina), ambos eficazes no tratamento da dor neuropática. Os agentes de 2ª geração são melhor tolerados, causam menor sedação e têm menores efeitos secundários (Maizels & Mccarberg, 2005). Apesar do seu mecanismo de acção ainda não ser conhecido (Maizels & Mccarberg, 2005; Diamond & Coniam, 1999), crê-se que pode aumentar os níveis do ácido gama-aminobutírico (Diamond & Coniam, 1999). Os anticonvulsivantes são muitas vezes necessários em conjunto com outro “co-analgésicos” como os antidepressivos ou com opiáceos (Diamond & Coniam, 1999).

Opióides

Desde tempos imemoriais, o ópio e os seus derivados têm sido empregados como sedativo e analgésico (Duarte, 2005). Tendo sido chamados de narcóticos, o conceito e nomenclatura dos opióides tem evoluído (Gozzani, 1994), e, actualmente incluem todas as substâncias naturais, semi-sintéticas ou sintéticas que reagem com os receptores opióides, quer como agonista quer como antagonista (Duarte, 2005). São considerados os analgésicos mais potentes, largamente utilizados em cuidados paliativos, dor neuropática, crónica e oncológica (Teixeira, Figueiró, Yeng & Pimenta, 1999). Os opióides mais utilizados em anestesia são morfina, fentanil, alfentanil, sufentanil e meperidina, assumindo-se, contudo, que têm sérios efeitos secundários, podendo desenvolver tolerância a partir de 2 ou 3 dias de uso continuado (Gozzani, 1994). As drogas opiáceas têm o potencial para produzir profunda analgesia, alterações de humor, dependência física, tolerância e uma hedonia que podem levar a efeito compulsivo de drogas (Chahl, 1996).

Neurolépticos

As Fenotiazinas e as Butiferinonas são amplamente empregadas no tratamento analgésico, geralmente associados a antidepressivos. A clorpromazina, a levopromazina e a propericizina são os neurolépticos mais utilizados. Bloqueando aos receptores dopaminérgicos, apresentam uma actividade ansiolítica, anti-emética e sedativa, de que podem resultar efeitos secundários vários,

tais como hipotensão, retenção urinária, parkinsonismo. (Teixeira, Figueiró, Yeng & Pimenta, 1999; Morgan, Mikhail & Murray, 2005)

CONCLUSÃO

São vários os agentes farmacológicos prescritos como analgésicos ou co-adjuvantes, desde os clássicos opióides até aos antidepressivos¹, anfetaminas, betabloqueadores, corticoesteróides, (Teixeira, Figueiró, Yeng & Pimenta, 1999), antiepilépticos (Wall, 2007), antibióticos, anti-inflamatórios e vasodilatadores.

Esta panóplia virtualmente indiscriminada de psicofármacos prescrita na tentativa de gestão da dor, alerta para a pouca especificidade dos psicotrópicos e o parco conhecimento dos seus mecanismos de acção. É uma pergunta aberta se o efeito dos psicofármacos é devido exclusivamente à redução da ansiedade que acompanha a dor ou, em parte, a qualidades analgésicas adicionais. Contudo, os resultados mostram que estas substâncias podem ter uma acção analgésica independente dos seus efeitos psicotrópicos (Hester & Merskey, 1972). Avanços recentes na biologia molecular prometem significativos avanços na farmacologia e a descoberta de analgésicos com acção mais selectiva.

A leitura sistemática da literatura disponível permite-nos também concluir que a prescrição de psicofármacos é mais evidente em condições clínicas com dor crónica. A dor crónica acarreta alterações somáticas e psicossociais que incluem imobilização e consequente enfraquecimento muscular e articular, vulnerabilidade do sistema imunitário, falta de apetite, nutrição deficiente, dependência medicamentosa, dependência da família e profissionais de saúde, menor rendimento, tendência para a introversão, isolamento do meio social e familiar, ansiedade, medo, frustração, depressão ou até mesmo suicídio (Dias, 2007). A dor tem sido associada a distúrbios do sono, dificuldade de mobilidade, depressão, vulnerabilidade imunológica, dependência medicamentosa e dependência familiar (Huffman & Kunik, 2000; Jakobsson, Klevsgard, Westergren & Hallberg 2003).

Efectivamente, a dor é uma das fontes mais evidentes de sofrimento, existindo a tendência para reduzir o conceito de sofrimento à sensação de dor. Estes termos são muitas vezes utilizados como sinónimos, e de facto, embora se devam distinguir, são entidades psicológicas com alguma proximidade (Gameiro, 1999). A dor como sensação, activa os centros nervosos de comando gerando sofrimento ou, como afirma Serrão (1995, citado por Gameiro, 1999), “A dor neuronal é percebida na consciência cognitiva com um conteúdo psico-afectivo a que chamamos sofrimento” (p.31).

¹ Anti-depressivos tricíclicos são utilizados como anestésicos locais, embora à custa de miotoxicidade (Barnet, Louis & Kohane, 2005)

Apraz, ainda, notar que a prescrição de psicofármacos (considerando o tipo de dor, a doença, o paciente e os efeitos secundários da droga), assim como as terapias psicológicas, num enquadramento multidisciplinar, têm provado ser eficazes para diversas patologias da dor (Clark, 2000; Dahl, Wilson & Hayes, 2001).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barnet, C. Louis, D. Kohane, D. (2005). Tissue Injury from Tricyclic Antidepressants Used as
- Chahl, L. (1996). Experimental and clinical pharmacology: opioids - mechanisms of action. *Australian Prescriber*, 19, 63-65.
- Clark, M.R. (2000). Pharmacological treatments for chronic non-malignant pain. *International Review of Psychiatry*, 12, 148-156. Disponível a 25, Maio, 2009 em Proquest.
- Cox, R.F. & Collins, M.A. (2001). The effects of benzodiazepines on human opioid receptor binding and function. *Anesth Analg*, 93, 354-358. Disponível a 25, Maio, 2009 em Proquest.
- Dias, A. (2007). Dor Crónica – Um problema de Saúde Pública. Consultado em 05 de Maio de 2009 através de site http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0372
- Dahl, J. Wilson, K. Luciano, C. Hayes, S. (2005) *Acceptance and commitment therapy for chronic pain*. Reno: Context Press
- Diamond, A. Coniam, S. (1999). *Controlo da dor crónica*. Lisboa: Climepsi
- Duarte, D. (2005). Uma Breve História do Ópio e dos Opióides. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 55, 135-146.
- Fiels, H.L. & Martin, J.B. (2008). Pain: Pathophysiology and management. In Fauci, A.S., Braunwald, E., Kasper, D.L., Hauser, S.L., Longo, D.L., Jameson, J.L. & Loscalzo, J. *Harrison's Principles of Internal Medicine* (17ª Ed.) pp. 71-76. USA: McGrawHill
- Gameiro, M. (1999). *Sofrimento na Doença*. Coimbra: Quarteto
- Gozzani, J. (1994). Opióides e Antagonistas. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 44, 65-73.
- Grazzi, L, Usai, S. & Bussone, G (2006). Chronic headaches: pharmacological and non-pharmacological treatment. *Neurol Sci*, 27: S174-S178. Disponível a 25, Maio, 2009 em Proquest.
- Hester & Merskey (1972) *Postgraduate Medical Journal*, 48, 594-598.
- Infarmed (s.d.). *Prontuário Terapêutico*. Disponível a 9, Junho, 2009 em <http://www.infarmed.pt>

International Association for the Study of Pain (1994). *Pain terms, a current list with definitions and notes on usage: Classification of chronic pain*. Consultado no dia 01 de Novembro de 2008 através de: http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLHTMLDis.cfm&ContentID=1728#Pain

Jakobsson, U. Klevsgard, R. Westergren, A. Hallberg, I. (2003). Old people in Pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 26, 625-637

Keene, J.J., Galasko, G.T. & Land, M.F. (2003). Antidepressant use in psychiatry and Local Anesthetics, *Anesthesia & Analgesia*, 101, 1838-43

Maizels, M. Mccarberg, B. (2005). Antidepressants and Antiepileptic Drugs for Chronic Non-Cancer Pain, *American Family Physician*, 71, 483-490.

McQuay, H.J. & Moore, R.A. (1997). Antidepressants and chronic pain: Effective analgesia in neuropathic pain and other syndromes. *BMJ*, 314, 763-764. Disponível a 18, Maio, 2009 em Proquest.

Medicine: Importance for dental practice. *JADA*, 134, 71 – 79. Disponível a 19, Maio, 2009 em Proquest.

Melzack, R & Wall P. (1982). *O desafio da dor*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Morgan, E. Mikhail, M. & Murray, M. (2005). *Clinical Anesthesiology*. New York: McGraw-Hill

Rani, P.U., Naidu, M,U., Prasad, V.B., Rao, T.R. & Shobha, J.C. (1996). An evaluation of antidepressants in rheumatic pain conditions. *Anesth Analg*, 83, 371-375. Disponível a 18, Maio, 2009 em Proquest.

Schwob, M. (1994). *A dor*. Lisboa: Instituto Piaget

Teixeira, M. Figueiró, J. Yeng, L. Pimenta, C. (1999) *Tratamento Multidisciplinar do doente com dor*. In Carvalho, M. (Ed.) *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus

Wall, P. (2007). *Dor: a ciência do sofrimento*. Porto: Ambar