

Tratamento da dor em toxicodependentes

Introdução

As drogas de abuso, como opióides, cocaína, nicotina e álcool, apesar de parecerem muito diferentes, têm em comum a activação de circuitos cerebrais específicos, designados como via ou sistema de recompensa. A activação desta via produz relaxamento e uma sensação de bem-estar e por isso o seu uso é reforçante – o seu efeito agradável leva ao seu uso contínuo. As drogas quando administradas de modo a produzir um aumento rápido da sua concentração cerebral, como por injeção em bólus ou inalação, produzem uma estimulação máxima e são mais reforçantes do que as drogas absorvidas lentamente [1].

O uso de drogas começa pela procura dos efeitos eufóricos e reforçantes, mas com o uso repetido ocorrem alterações adaptativas no cérebro, levando ao desenvolvimento de tolerância e, se a droga deixar de ser tomada, a sintomas de privação. Isto representa um grande passo na transição para a toxicodependência, a qual é em grande parte motivada pela evicção da abstinência [1].

A exposição crónica a drogas de abuso induz muitas alterações nas vias da recompensa e nos circuitos neuronais associados, as quais persistem muito depois dos efeitos da droga e da abstinência aguda se ter resolvido. Mesmo depois de muitos anos de abstinência de drogas, as alterações neuroplásticas não são completamente reversíveis, e há um risco contínuo de recaída. A abstinência prolongada do uso crónico de drogas caracteriza-se por baixo humor e um estado emocional negativo, com grande reactividade ao *stress* e anseio pela droga [1]. Estas alterações tornam os anteriormente toxicodependentes vulneráveis à recaída. As drogas de que um indivíduo é dependente podem ser substituídas por outras que produzem uma recompensa semelhante, isto é, a dependência é transferível de umas drogas para outras.

Os opióides são elementos fundamentais no tratamento da dor, indispensáveis em muitas circunstâncias. A circunstância de um toxicodependente, activo ou de momento inactivo, coloca questões particulares óbvias que podem não ser fáceis de resolver.

Tabela 1. Critérios de diagnóstico do transtorno por uso de opióides [2]

- A) Um padrão problemático de uso de opioides, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:
- 1) Os opioides são frequentemente consumidos em quantidades maiores ou por um período mais longo do que o pretendido.
 - 2) Existe um desejo persistente ou esforços falhados no sentido de reduzir ou controlar o uso de opióides.
 - 3) É gasto muito tempo em atividades necessárias para a obtenção do opióide, em sua utilização ou na recuperação dos seus efeitos.
 - 4) Ânsia ou um forte desejo ou necessidade de usar opioides.
 - 5) Uso recorrente de opióides resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa.
 - 6) Uso continuado de opióides apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos seus efeitos.
 - 7) São abandonadas ou reduzidas atividades importantes sociais, profissionais ou recreacionais em virtude do uso de opióides.
 - 8) Uso recorrente de opióides em situações em que isso representa perigo para a integridade física.
 - 9) O uso de opióides é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.
 - 10) Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
 - a) Necessidade de quantidades progressivamente maiores de opióides para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.
 - b) Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de opióide.Nota: Este critério é desconsiderado em indivíduos cujo uso de opioides se dá unicamente sob supervisão médica adequada.
 - 11) Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:
 - a) Síndrome de abstinência característica dos opióides
 - b) São consumidos opióides (ou uma substância estreitamente relacionada) para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.
-

Os critérios actuais do DSM-5 para o diagnóstico do transtorno pelo uso de opióides podem ver-se na tabela 1. Estes critérios têm evoluído nas várias versões do DSM no sentido do aumento da clareza dos termos usados e de alguns dos critérios.

A gravidade do transtorno pode-se ainda classificar em leve, moderada ou grave consoante estejam presentes 2 ou 3 sintomas, 4 ou 5 ou 6 ou mais, respectivamente [2].

Tratamento da dor aguda

O que se vai dizer a seguir pode parecer sensato e claro, mas na prática lidar com toxicodependentes pode ser muito difícil. Os indivíduos não são sempre abertos em relação à sua toxicod dependência.

Muitas vezes usam múltiplas drogas. As doses das drogas que usam é difícil de determinar, porque as drogas de rua têm graus variáveis de pureza. Mesmo quando internados podem automedicar-se, colocando-se em risco de toxicidade, de interações de drogas e complicações das injeções.

O *stress* da dor aguda é um desencadeador potencial de recaída em indivíduos anteriormente toxicod dependentes. O alívio inadequado de dor intensa pode fazer com que indivíduos não toxicod dependentes manifestem um comportamento típico da adicção, designado “pseudoadicção”. Este conceito não é universalmente aceite [1].

Nos toxicod dependentes abstinentes, os opióides de acção rápida, provocando uma recompensa imediata, têm uma probabilidade maior de provocar uma recaída do que os opióides de acção longa.

No entanto, no tratamento da dor aguda os opióides de acção lenta não são os mais adequados porque não são suficientemente flexíveis. Então, logo que possível os opióides injectáveis devem ser substituídos por formas orais, as quais, porém, não são isentas de risco. Deve considerar-se também o tratamento multimodal, tentando evitar os opióides como a morfina e tentar os AINE, paracetamol, cetamina e tramadol. No caso da cirurgia, se os doentes estiverem a tomar naltrexona para a prevenção da recaída da dependência de opióides ou do álcool, esta deve suspender-se temporariamente e a analgesia regional deve ser considerada.

Nos toxicod dependentes agudos internados para resolver uma situação dolorosa, como a resultante de um traumatismo, não raro nestes doentes, há a considerar a possível abstinência que pode ocorrer se os opióides não forem administrados (o mesmo pode ocorrer com outro tipo de fármaco). Esta situação

causa *distress* físico e emocional, frequentemente com comportamento disruptivo. Há activação do sistema nervoso simpático e do sistema NMDA o que intensifica a dor. É, por isso, fundamental prevenir a síndrome de abstinência (Tabela 2) para evitar esses problemas e tornar o controlo da dor mais fácil. Nestes doentes, há uma tolerância estabelecida aos opióides, pelo que necessitam de doses mais altas do que os não tolerantes. Para evitar a privação, pode-se usar a metadona, na dose de 20 mg e, se não houver sinais de toxicidade, pode repetir-se 12 horas depois ou quando os sinais de privação se voltarem a manifestar. Se não houver sedação excessiva ou outros sinais de toxicidade opióide (Tabela 3), no dia seguinte pode administrar-se 50% da dose do dia anterior, mas o essencial é titular a dose pelos sinais de privação e de toxicidade [1]. Além disso, deve-se administrar outra analgesia (ex., morfina oral ou SC), dependendo da intensidade da dor, titulando-a de acordo com a resposta. A metadona deve passar a uma vez por dia logo que possível e a dose de outro opióide para a dor aguda deve ser reduzida progressivamente. Após a alta o indivíduo deve ser encaminhado para continuação do tratamento para a toxicodependência.

Os doentes em tratamento de manutenção com metadona, geralmente em doses mais altas do que as usadas para o controlo da dor, devem mantê-la e a dor deve ser tratada com outro opióide, como a morfina, que deve ser titulada. É de ter em atenção que pode ocorrer desvio de parte da dose de metadona prescrita, eventualmente para a vender. Neste caso, a administração da dose que o doente diz estar a tomar pode provocar-lhe toxicidade grave, quanto internado. É importante, manter vigilância destes doentes, porque nem sempre o que dizem sobre o que tomam é verdadeiro. Se houver dúvidas pode começar-se como dito atrás com 20 mg de metadona e eventualmente monitorizar o doente com oximetria de pulso nas primeiras 48 horas [1].

Tabela 2. Critérios de diagnóstico da abstinência de opióides [2]

-
- A) Presença de qualquer um dos seguintes:
 - 1) Cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de opióides (i.e., algumas semanas ou mais).
 - 2) Administração de um antagonista de opioides após um período de uso de opióides.
 - B) Três (ou mais) dos seguintes sintomas, desenvolvidos no prazo de alguns minutos a alguns dias após o Critério A:
 - 1) Humor disfórico.
 - 2) Náusea ou v mito.
 - 3) Dores musculares.
 - 4) Lacrimejo ou rinorreia.
 - 5) Midriase, piloereção ou sudorese
 - 6) Diarreia.
 - 7) Bocejos.
 - 8) Febre.
 - 9) Ins nia.
 - C) Os sinais ou sintomas do Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
 - D) Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por ou abstinência de outra substância.
-

Os doentes em tratamento de manutenção com buprenorfina devem ser tratados como os doentes tratados com metadona, mantendo a buprenorfina. Há, no entanto, aqui uma diferenç a. A buprenorfina pode bloquear a acção da morfina devido à sua elevada potência. Nesse caso devem considerar-se alternativas como não opióides ou anestesia regional. Em alternativa poderia substituir-se a buprenorfina por metadona.

Tabela 3. Critérios de diagnóstico da intoxicação por opióides [2]

-
- A) Uso recente de um opióide.
 - B) Alterações comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas e problemáticas (ex., euforia inicial seguida por apatia, disforia, agitação ou lentificação psicomotora, julgamento prejudicado) desenvolvidas durante ou logo após o uso de opióides.
 - C) Miose (ou midriase devido à anoxia decorrente de overdose grave) e pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas, desenvolvidos durante ou logo após o uso de opioides.
 - 1) Sonolência ou coma.
 - 2) Fala arrastada.
 - 3) Prejuízo na atenção ou na memória
 - 4) Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por outra substância.
-

Tratamento da dor crónica oncológica

O tratamento da dor crónica segue os princípios gerais habituais (Ver Dor e outros artigos sobre dor neste blog).

Nos cuidados paliativos e nas clínicas de dor assume-se que “a dor é a que o doente diz que é”. No entanto, nos doentes toxicod dependentes é fundamental o controlo do risco. Estes doentes têm um comportamento manipulador e aberrante (Tabela 4), procurando obter os opióides através do sistema de saúde usando várias estratégias para isso. Podem usar os opióides, para vender uma parte, não os tomando como prescrito ou não primariamente para controlar a dor, recreativamente ou para evitar a privação [1].

Tabela 4. Comportamento aberrante sugestivo de adicção activa [1,3]

- Vender drogas
 - Falsificação da prescrição
 - Roubar ou pedir fármacos emprestadas de outros
 - Pedir medicamentos específicas
 - Acumular fármacos nos períodos de menos sintomas
 - Perder a medicação ou as prescrições repetidamente e pedir reforço precocemente
 - Procurar medicação para a dor na primeira consulta
 - Tentar consultas não marcadas
 - Obter prescrições de vários médicos
 - Usar diversas farmácias
 - Obter medicação ilegalmente
 - Aumentar a dose sem conselho médico
 - Injectar (ver se há marcas) ou inalar medicação oral
 - Sinais frequentes de intoxicação
-

A presença de toxicod dependência activa, quer de álcool, opióides ou de outras substâncias torna improvável o tratamento eficaz da dor crónica [1]. Doentes com dor crónica em programas de manutenção com metadona uma vez por dia, provavelmente não terão a sua dor controlada deste modo. A escalada da dose nestes doentes, que ocorre com alguma frequência pode levar a

hiperalgesia, agravando assim a dor. Neste caso a redução da dose pode melhorar a analgesia. Por outro lado, estes doentes são tolerantes aos opióides, o que se pode melhorar com o aumento da dose.

Há uma tendência para dicotomizar o problema dividindo-o em dor e adicção. Embora em muitos casos se possa fazer uma distinção clara entre prescrever para a dor ou prescrever para a dependência, em muitos outros também essa distinção se esbate [1]. Muitos indivíduos dependentes de opióides têm dor, e pode ser difícil até para eles determinar se tomam os opióides para alívio da dor, para satisfazer a afeição ou para aliviar a privação. Um risco de tentar fazer uma distinção clara entre dor e adicção é rejeitar-se que os toxicodependentes tenham queixas válidas de dor, quando os toxicodependentes podem ter dor. Os opióides não estão contraindicados em toxicodependentes, mas a eficácia dos opióides na dor crónica não oncológica a longo prazo é fraca, enquanto há dados substanciais que apoiam a prescrição a longo prazo como modo eficaz de controlar a dependência. Esta prescrição, porém, requer estruturação e revisão regular.

Os programas de manutenção são, ou devem ser, altamente estruturados, porque a adicção caracteriza-se pela perda do controlo do seu uso de drogas e das suas vidas e beneficiam muitas vezes de controlo imposto externamente. Este controlo protege-os da tentação de vender ou usar mal a medicação prescrita e ajuda a proteger a comunidade do desvio de drogas [1]. Com o tempo, se se confirmar que as pessoas respondem bem ao tratamento, o nível de estruturação pode ser progressivamente reduzido.

Portanto, os doentes com dor crónica e possível dependência de opióides, necessitam de planos de tratamentos acordados, de objectivos definidos que permitam monitorizar os resultados e os riscos, e de revisão regular.

O estigma ligado à adicção é um dos principais obstáculos ao tratamento da dor. Os profissionais de saúde partilham com a comunidade o medo e a desaprovação da adicção e do estilo de vida dos toxicodependentes. Os médicos partilham também a assunção de que a adicção é uma questão de carácter e uma responsabilidade pessoal e, portanto, um assunto em que não se devem meter. Os toxicodependentes geralmente compartilham essas assunções com a comunidade, sentindo vergonha e culpa pelo uso das drogas e preferem não mencionar ou discutir o seu uso de drogas com o médico [1]. Muitos deles desenvolvem uma “identidade de toxicodependência”, a de um indivíduo que vive pela sua astúcia e tem dificuldade em confiar em alguém [1]. O medo da dor e da privação leva os toxicodependentes activos a tomar drogas mesmo quando hospitalizados, o que reforça a desconfiança mútua entre profissionais e toxicodependentes.

Os médicos receiam ser manipulados e não gostam de lidar com doentes que sentem não poder confiar e desencorajam-nos de abordar o assunto do uso de drogas.

Nos toxicodependentes com dor oncológica podem ocorrer pensamentos como “tenho cancro para que é que me vou esforçar por não consumir”. Esta atitude poder tornar ainda mais difícil o controlo da situação.

A dor deve ser bem caracterizada, determinando-se a sua origem como inflamatória, neuropática, óssea, etc., para melhor se seleccionar o tratamento. Devem usar-se fármacos não opióides quando adequado e outras técnicas, como radioterapia na dor óssea, mas não se deve sacrificar o controlo da dor por não usar opióides quando for necessário.

Como o grande problema dos toxicodependentes é o descontrolo, devem ser estabelecidas regras rígidas para o controlo da medicação. Devem ser tratados por um só médico (independentemente de ser necessário consultar outros médicos, nomeadamente os especialistas em tratamento da toxicodependência), para evitar a repetição de prescrições. Se possível, a administração da medicação deve ficar a cargo de outra pessoa que não o doente e o número máximo de doses extra deve ser

acordado. Qualquer mudança no tratamento deve fazer-se de acordo entre o médico e o doente, e não por iniciativa deste. As prescrições devem ser limitadas a alguns dias e devem basear-se sobretudo em medicação de libertação modificada, para evitar o pico de acção das formas de libertação normal. No entanto, as doses de resgate têm de ser de formas de libertação normal.

É de lembrar que o controlo inadequado da dor pode desencadear um comportamento em que há uma procura ávida pelo opióide, não significando isto que haja uma recaída da toxicod dependência. Também a tolerância pode fazer demorar o controlo da dor por ser necessário chegar a doses mais altas do que necessárias noutros doentes. Os sintomas de privação também podem levar à procura dos opióides para a controlar.

É necessário notar que a tolerância e os sintomas de privação, embora presentes nos toxicod dependentes não significam que um indivíduo seja toxicod dependente, porque o uso de um opióide durante algum tempo, mesmo para o tratamento da dor, os causa. É necessário apenas não suspender abruptamente o opióide, mas reduzir a dose progressivamente durante alguns dias.

Referências

1. National Addiction Centre, King's College London. The management of pain in people with a past or recurrent history of addiction. 2013.
2. American Psychiatric Association. Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli... et al. Porto Alegre: Artmed, 2014.
3. Prater CD, Zylstra RG, Miller KE. Successful pain management for the recovering addicted patient. *J Clin Psychiatry* 2002;4:125-131.