

Tratamento da dor crónica não oncológica

Introdução

Neste artigo são abordados os problemas mais específicos da dor crónica não oncológica. Muitos aspectos do tratamento da dor abordados em múltiplos artigos deste blog aplicam-se a estas situações e não serão repetidos aqui, a não ser que seja necessário para uma melhor compreensão, mas de modo mais superficial.

Muitos doentes, se não a maioria, pode ter alguma dor para o resto das suas vidas, de modo persistente ou recorrente, podendo a dor tornar-se o problema em si mesmo. Muitas das doenças que causam a dor são essencialmente intratáveis, como por exemplo as doenças reumáticas.

A dor crónica pode ser um grande desafio para os médicos, mas também para os doentes. Durante o desenvolvimento da dor crónica ocorrem alterações centrais no processamento da dor. Entre essas alterações incluem-se a hiperalgesia, alodinia, aumento temporal anormal de dor secundária (wind-up), alterações neuro-endócrinas e activação anormal de regiões do cérebro relacionadas com a dor [1].

Factores psicológicos, como estilo atribucional depressivo pré-mórbido, sofrimento emocional e comportamento de evitamento, estão também associados ao desenvolvimento da dor crónica.

Dada a complexidade da dor crónica, o modelo biomédico, focado apenas nas anormalidades estruturais e biomédicas, pode não ser suficiente para responder eficazmente ao problema da dor crónica. O modelo biopsicossocial pode ser mais adequado já que integra os factores psicológicos e sociais, cujo papel é geralmente importante no desenvolvimento e na manutenção dos sintomas. A dor e a incapacidade não devem ser interpretadas meramente como sintomas e limitações funcionais, mas devem ser interpretados também como factores importantes de *stress* na vida das pessoas, que podem levar a perturbações emocionais como medo, ansiedade, depressão ou insegurança [1].

A dor crónica é muito frequente. É sobretudo frequente nas populações com estado socioeconómico baixo [1]. Cerca de 80% das consultas médicas envolvem queixas de dor [1].

A prevalência da dor crónica em Portugal é de cerca de 36,7% nos cuidados de saúde primários [2].

Avaliação

A avaliação da dor deve focar-se nas características da dor e na identificação dos aspectos não somáticos como o humor, o impacto da dor nas actividades diárias, no trabalho, no sono, nas actividades lúdicas e na nutrição [3].

A dor crónica não maligna pode dividir-se em:

- Dor crónica primária – não resulta de uma patologia subjacente clara ou tem um impacto desproporcionado relativamente a uma lesão ou doença observável; ex., fibromialgia, cefaleias crónicas primárias.
- Dor crónica secundária – é sintoma de uma doença subjacente, como artrite reumatoide, espondiloartrite, etc.

A dor crónica primária e a secundária podem coexistir e o diagnóstico inicial pode mudar com o tempo

Antes de o diagnóstico de dor crónica não maligna possa ser feito, devem ser excluídas patologias graves.

Tratamento

O tratamento farmacológico deve inserir-se num plano multimodal em que os contributos do fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo e eventualmente outros, podem ser úteis.

O objectivo do tratamento médico deverá ser:

- Reduzir o *distress* para um nível tolerável
- Ajudar a pessoa a funcionar na medida do possível

- Minimizar os aspectos adversos dos tratamentos

É importante manter a actividade a nível físico e mental, embora a actividade física possa ser difícil com a dor. Em alguns doentes a diminuição do peso pode ser benéfica melhorando o resultado do tratamento. A fisioterapia pode ser importante em muitas situações.

O medo da dor pode ser um factor importante na manutenção da dor, pelo que na interacção com os doentes esta questão deva ser abordada o mais precocemente possível.

A dor associa-se a ansiedade e *stress* pelo que as técnicas de relaxamento e o apoio psicológico podem ajudar a lidar com a dor. Há com frequência interferência com o sono, pelo que este aspecto é importante e deve ser corrigido.

Não devem ser usadas técnicas como o biofeedback, TENS ou ultrassons, dada a falta de provas do seu benefício [4].

Tratamento farmacológico

Os fármacos têm como finalidade o controlo da dor e reduzir o sofrimento. Se o mecanismo da dor puder ser identificado como inflamatório ou neuropático os anti-inflamatórios ou os adjuvantes para a dor neuropática podem ser úteis. Os opióides são por vezes usados pelos doentes de forma inapropriada, mas isso não significa necessariamente dependência física ou psicológica. Pode significar apenas um estilo de vida caótico causado por dor inadequadamente tratada, ansiedade ou depressão, preocupação com o sentir-se mal ou uma procura por ajuda ou compreensão. Nestes casos, é necessária uma reavaliação da situação, considerando a possibilidade de adicção.

As dores não oncológicas crónicas, persistem frequentemente durante muitos anos com períodos melhores e outros de exacerbação, relacionados ou não com períodos de maior actividade.

Paracetamol

É um fármaco muito importante para a dor ligeira a moderada, com baixa toxicidade nas doses recomendadas e com poucas interacções medicamentosas (ver “Paracetamol”, neste blog). Se tiver algum efeito analgésico, mas não suficiente, pode associar-se a fármacos mais potentes.

Anti-inflamatórios não esteroides

Os AINE são também analgésicos para dor ligeira que também podem ser associados a analgésicos mais potentes, se for necessário. Podem ser particularmente úteis quando há um componente inflamatório. Mas ao contrário do paracetamol os AINE têm maior toxicidade, sobretudo a nível gastrointestinal, cardiovascular e renal, pelo que não são recomendados em doentes com patologias a estes níveis (Ver “anti-inflamatórios não esteróides”, neste blog). Os doentes idosos são mais sensíveis à toxicidade dos AINE. Os coxibs podem produzir menos toxicidade, sobretudo quando usados por curtos períodos.

Opióides

O uso dos opióides na dor oncológica está bem estabelecido e não é objecto de grandes controvérsias. No entanto, no que diz respeito à dor nos doentes não oncológicos a situação é diferente.

A eficácia do uso dos opióides nos doentes não oncológicos não se pode afirmar em termos gerais. A eficácia do tratamento com opióides resulta do balanço entre o efeito analgésico e os efeitos adversos e esta varia de doente para doente que toma o mesmo opióide e de opióide para opióide no mesmo indivíduo. Portanto a eficácia é o alívio satisfatório da dor sem efeitos adversos intoleráveis ou intratáveis. Este efeito positivo ocorre em doentes com dor não oncológica, mas não em todos. A duração do efeito é outra questão importante, porque estes doentes podem ter sobrevivências muito longas. A tolerância aos efeitos analgésicos e não analgésicos, de facto, ocorre, mas muitos doentes permanecem a tomar doses estáveis durante muito tempo e, se houver aumento da dor, deve-se

considerar se a doença a nível físico ou o estado emocional doente se alteraram, e não aceitar a tolerância como explicação. Esta raramente compromete a eficácia a longo prazo dos opióides [5].

Os efeitos adversos dos opióides são os habituais (ver “Efeitos indesejáveis dos opióides”, neste blog), mas o seu uso muito prolongado torna certos efeitos mais relevantes do que quando usados por períodos relativamente curtos, como os seus efeitos imunitários, cuja relevância clínica é incerta (ver “Opióides e o sistema imunitário”, neste blog), e os efeitos a nível endócrino, nomeadamente o hipogonadismo (ver “Endocrinopatia induzida pelos opióides”, neste blog).

O potencial impacto a nível cognitivo pode ter relevância se comprometer a reabilitação e interferir no trabalho ou na condução de veículos [5]. Estas alterações são, no entanto, mais prováveis no início do tratamento, no período de titulação da dose. Geralmente, quando se atinge um período de estabilidade de doses esses problemas não se põem. Os doentes devem ser advertidos de que são responsáveis por assegurar a sua própria capacidade de conduzir [6]. Devem também ser informados de que o uso concomitante de álcool diminui mais a capacidade de conduzir, pelo que o não devem fazer nessas circunstâncias.

As mulheres que tomam opióides e que planeiam engravidar devem procurar informar-se acerca de problemas potenciais junto dos profissionais de saúde apropriados. Durante a gravidez meios alternativos aos opióides podem ser necessários. As doentes e os seus parceiros devem ser avisados do efeito do consumo de opióides durante a gravidez no recém-nascido. Os recém-nascidos de mulheres que tomam opióides têm cerca de 50% de probabilidades de terem sintomas de privação. Com fármacos de acção longa como a metadona, os sintomas neonatais de privação podem não se manifestar antes dos cinco dias após o nascimento, o que deve ser tido em conta quando se planeia o quanto tempo a mãe deve estar internada após o parto [6]. No entanto, a possibilidade de ter de tratar uma síndrome de abstinência não deve, por si só, excluir o uso de opióides na gravidez, se conferirem um benefício significativo à mãe.

A dependência física é um fenómeno que ocorre ao fim de algum tempo do uso regular dos opióides e que se manifesta pelo desenvolvimento de uma síndrome de privação após a suspensão abrupta do opióide. A dependência física não é um problema por si só e, ao lidar com um doente a tomar opióides, deve-se sempre presumir que se desenvolveu tolerância física e, se for necessário suspender o opióide, deve-se fazê-lo progressivamente, embora possa ser rápido. Ao contrário do que habitualmente acontece com os doentes oncológicos em que é muito raro desenvolver-se toxicodependência em doentes que nunca o foram, nos doentes não-oncológicos esse risco ocorre durante a o tratamento da dor com opióides e há também um risco grande de recidiva nos toxicodependentes desintoxicados [5]. Para mais informação sobre os opióides e a toxicodependência ver “Tratamento da dor em toxicodependentes, neste blog.

Pode-se experimentar o uso de opióides nestes doentes, desde que o doente esteja informado das consequências e monitorizando os resultados, incluindo o alívio da dor, os efeitos indesejáveis, a função física, a função psicossocial e o desenvolvimento de comportamento aberrante relacionado com o opióide [5].

Não há muitos dados que orientem o uso de opióides em circunstâncias específicas, pelo que o que se segue deve ser visto como regras gerais para quem tem de tratar doentes com dor não oncológica [5,6]:

- Os opióides só devem ser considerados após o uso de outras terapêuticas.
- Outros tratamentos parcialmente eficazes devem manter-se.
- É importante que em certas circunstâncias sejam consultados especialistas para avaliação e eventual intervenção. Por exemplo, um doente com dor na anca deve ser observado por um ortopedista.
- Circunstâncias anteriores ou actuais como história de problemas com drogas ou álcool, problemas psiquiátricos, como depressão, psicose ou risco de suicídio, não impedem o uso de opióides, mas

devem levar a uma avaliação cuidadosa da situação. Uma história de eventuais problemas deste tipo deve ser colhida e a referência para um serviço especializado deve ser considerada.

- Deve também avaliar-se da existência de pessoas que coabitem com o doente com problemas de uso de drogas ou álcool ou psiquiátricos.
- O alívio completo da dor sem efeitos adversos importantes, como alterações cognitivas, raramente é atingível. Por isso, é importante que se estabeleçam objectivos realistas para o tratamento, como o alívio parcial que permita melhoria do funcionamento físico e psicológico.
- A necessidade de aumentos repetidos de dose não é comum nos doentes com dor não oncológica que tiveram uma resposta favorável inicialmente. Por isso, a necessidade de doses relativamente altas deve levar à reavaliação do doente, focando-se na natureza da dor, em problemas médicos e psicossociais concorrente, no estado funcional e no comportamento relacionado com o fármaco. Pode ser avisada a referência para especialistas em tratamento da dor e/ou em adicção.
- Nos doentes com dor persistente devem usar-se opióides de libertação modificada, orais ou transdérmicos, a intervalos regulares. Os opióides de libertação normal podem predispor para tolerância e dependência e não devem ser usados na dor persistente não oncológica. No entanto, estes opióides podem ser necessários ocasionalmente: durante a titulação da dose; em casos de dor intensa intermitente ou transitória sem dor entre os episódios; em episódios de dor irruptiva, em que a dor está geralmente razoavelmente controlada.
- A escolha do opióide específico depende das circunstâncias clínicas e da experiência local.
- A titulação deve fazer-se lentamente a intervalos fixos até se atingir o efeito pretendido.
- É desejável a cooperação entre os serviços de dor e os cuidados primários, porque, em princípio, serão estes que verão mais vezes o doente.
- Quando não se atinge o objectivo depois de vários ajustamentos da dose por alívio ineficaz da dor ou por efeitos adversos intoleráveis, pode tentar-se a mudança para outro opióide.

- Durante a titulação os doentes devem ser observados com frequência. Após se atingir o objectivo do tratamento as observações podem ser mais espaçadas.

Conclusão

O tratamento da dor crónica não oncológica deve basear-se numa abordagem biopsicossocial em que o tratamento farmacológico é apenas uma parte. O foco deve ser a reabilitação e o suporte dos doentes num processo que é muitas vezes para toda a vida e que tem um grande impacto na qualidade de vida dos doentes. Os opióides podem ter também um papel, mas o seu uso prolongado pode acarretar consequências importantes, pelo que devem ser usados como último recurso e, se possível não continuamente.

Referências

1. Scascighini L, Sprott H. Chronic nonmalignant pain: a challenge for patients and clinicians. *Nat Clin Pract Rheumatol* 2008;4:74-81.
2. Azevedo LF, Costa-Pereira A, Mendonça L, Dias CC, Castro-Lopes JM. Epidemiology of Chronic Pain: A Population-Based Nationwide Study on Its Prevalence, Characteristics and Associated Disability in Portugal. *J Pain* 2012;13:773-783.
3. Cohen ML. Principles of prescribing for persistent non-cancer pain. *Aust Prescr* 2013;36:113–115.
4. Management of Non-Malignant Chronic Pain in Primary Care (Updated based on NICE NG193). http://www.derbyshiremedicinesmanagement.nhs.uk/assets/Clinical_Guidelines/Formulary_by_BNF_chapter_prescribing_guidelines/BNF_chapter_4/Non-malignant_chronic_pain.pdf (consultado em 29/10/2021)
5. Portenoy RK. Opioid Therapy for Chronic Nonmalignant Pain: A Review of the Critical Issues. *J Pain Symptom Manage* 1996;11:203-217.
6. A consensus statement prepared on behalf of the Pain Society, the Royal College of Anaesthetists, the Royal College of General Practitioners, and the Royal College of Psychiatrists.

Recommendations for the appropriate use of opioids for persistent non-cancer pain. London: the Pain Society, March, 2004: http://www.painsociety.org/pdf/opioids_doc_2004.pdf. (consultado em 29/10/2021)