

Tratamento da dor no idoso

Treatment of pain in the elderly

Unitermos: dor, dor no idoso, tratamento.

Uniterms : Pain, elderly pain, treatment.

Fânia C. Santos

Médica geriatra pela SBGG e pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP.

Coordenadora do Serviço de Doenças Osteoarticulares e Dor da Disciplina de Geriatria e Gerontologia (DIGG) da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP.

Isabel Clasen Lorenzet

Médica assistente do Serviço de Doenças Osteoarticulares e Dor da Disciplina de Geriatria e Gerontologia (DIGG) da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP.

Polianna Mara Rodrigues de Souza

Regina Clara Gambaro

Médicas geriatras pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP.

Assistentes do Serviço de Doenças Osteoarticulares e Dor da Disciplina de Geriatria e Gerontologia (DIGG) da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP.

Tatiana A. de Andrade Dib

Médica geriatra pela SBGG e pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, assistente do Serviço de Doenças Osteoarticulares e Dor da Disciplina de Geriatria e Gerontologia (DIGG) da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP.

RESUMO

Dor é um sintoma bastante freqüente na população geral, correspondendo a uma das queixas mais assíduas na consulta médica, principalmente naquelas acima de 60 anos. Sabe-se que a prevalência de dor crônica chega até a 30% da população de um país.

Muitos pacientes acreditam que a dor é um sintoma natural do envelhecimento e, freqüentemente, ela não recebe a devida atenção e, tampouco, o tratamento adequado. Infelizmente, alguns médicos ainda não abordam a dor corretamente e inúmeros pacientes ainda convivem com este sintoma desnecessariamente.

Este artigo aborda o tratamento da dor no idoso de forma clara e em seu sentido mais amplo, visando colaborar para um adequado manejo deste problema tão comum e que tanto debilita a população idosa.

INTRODUÇÃO

A dor é sintoma freqüentemente presente na prática diária do geriatra e, por isso, sua abordagem na população idosa é de fundamental importância. É, atualmente, considerada como sendo o quinto sinal vital e, portanto, deve ser abordada em toda avaliação clínica.

Segundo a IASP (Associação Internacional para

o Estudo da Dor), a dor é definida como sensação ou experiência emocional desagradável, associada com dano tecidual real ou potencial, ou descrita nos termos de tal dano; devendo-se sempre considerar que aspectos culturais, emocionais e sensitivos são indissociáveis da dor e a severidade da dor não é proporcional à quantidade de tecido lesado, mas sim dependente de todos esses fatores.

Entre os idosos, a dor crônica é extremamente comum e suas conseqüências são inúmeras: depressão, ansiedade, prejuízo na socialização, distúrbio do sono, deambulação prejudicada, aumento da necessidade de cuidados de saúde e, conseqüentemente, de custos.

Estima-se que 20% a 50% dos idosos sofram de importantes problemas referentes à dor, sendo que entre os idosos institucionalizados a prevalência da dor crônica pode chegar a 80%; mais de 50% destes não recebem o controle adequado da dor e mais de 25% morrem sem obter o seu controle. Em idosos com demência, a dor é, freqüentemente, subdiagnosticada e subtratada, o que, em parte, justifica-se pela maior dificuldade em sua avaliação.

As principais causas de dor no idoso, especialmente a dor crônica, são: doenças osteoarticulares (principalmente as degenerativas), osteoporose, fraturas, doença vascular periférica, neuropatia diabética, neuralgia pós-herpética, síndromes dolorosas pós-acidente vascular encefálico (AVE), neuropatias periféricas, polimialgia reumática e doenças neoplásicas.

A lesão tecidual desencadeia a síntese e a liberação de mediadores químicos que ativarão os nociceptores (receptores de dor). Entre esses mediadores se encontram o leucotrieno, a substância P, a prostaglandina, a bradicinina e a histamina. O impulso nervoso originado seguirá por fibras nervosas específicas, que, na maioria das vezes, são fibras não mielinizadas (fibras C), até o corno posterior da medula e daí para o cérebro com a interpretação final do impulso doloroso ocorrendo no córtex. Principalmente no sistema nervoso central, o impulso doloroso poderá ser alterado ("teoria da modulação da dor") em um processo envolvendo al-

gumas substâncias, como os opióides endógenos.

A compreensão dos mecanismos envolvidos na percepção da dor é importante para entender como agem as drogas e as diversas modalidades disponíveis para o tratamento da dor.

TRATAMENTO

Para um tratamento apropriado, é fundamental a realização de uma avaliação detalhada da dor, que deverá ser a mais ampla possível, compreendendo a identificação de seu tipo (nociceptiva, visceral, neuropática ou psicogênica), sua etiologia provável e a análise de seus seguintes componentes: sensorial (intensidade, qualidade, localização e tempo de dor), afetivo (sensação da dor), cognitivo (interpretação do sintoma pelo paciente) e comportamental (comportamento do paciente diante da dor).

Alguns instrumentos são utilizados nessa avaliação e são de linguagem universal, apesar de não serem objetivos. São úteis, não somente na avaliação inicial, mas, principalmente, para avaliar a resposta ao tratamento. Podem ser unidimensionais ou multidimensionais.

Instrumentos unidimensionais são aqueles que mensuram a intensidade da dor somente. Alguns exemplos são: *escala de descrição verbal* (a mais indicada para o idoso); *escala numérica verbal*; *escala numérica visual*; *escala de descrição facial*; *escala dos círculos de cores* e *escala visual analógica (EVA)*.

Instrumentos multidimensionais são os que avaliam a qualidade e a intensidade da dor, além de outros dados, como a capacidade funcional e o estado psicológico e cognitivo do paciente. Dentre eles citamos: *questionário de Avaliação de Dor em Geriatria (GPM)*, que se encontra em processo de validação para o Brasil; *questionário de McGill*, que não é específico para idosos e não teve a sua completa validação para o Brasil; *inventário breve da dor e diário da dor*, que possibilita avaliar a relação da dor com as atividades de vida diária do paciente.

Escalas para avaliação de dor são mais confiáveis

em pacientes capazes de se comunicar verbalmente. Naqueles com demência ou outras dificuldades de comunicação, as observações clínicas e comportamentais como expressão facial, linguagem corporal e vocalizações são mais confiáveis para a detecção da dor. A queixa de dor nesta população costuma ser pouco freqüente, o que não afasta a sua real presença.

A Sociedade Americana de Geriatria aconselha a investigação ativa da dor como parte rotineira da avaliação de idosos com déficit cognitivo; devendo-se sempre questionar familiares e cuidadores quanto a alterações de humor, comportamento, apetite e capacidade funcional. Alguns instrumentos têm sido propostos para esse tipo de abordagem, sendo que a maioria ainda está em desenvolvimento e apresenta qualidades psicométricas moderadas. Não existe uma escala mais indicada nesses casos, mas a PACSLAC e DOLOPLUS 2 são os instrumentos mais apropriados para a avaliação de dor em idosos com demência severa.

Os princípios básicos do tratamento da dor são: tratar a causa da dor, valorizar fatores psicológicos, valorizar limitações funcionais e abordagem multiprofissional da dor (farmacológica e não farmacológica).

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

São muitos os tratamentos que contribuem para aliviar a dor. Muitas vezes se elimina ou minimiza-se a dor ao tratar a doença subjacente.

Existem várias abordagens não farmacológicas da dor, dentre as quais destacamos: *terapias físicas domiciliares (compressas frias e quentes), terapias cognitivo-comportamentais (TCC), intervenções psicoeducativas ou educativas, acupuntura, TENS (estimulação elétrica nervosa transcutânea) e ultrasons.*

Embora hajam variações entre essas terapias, todas elas possuem um objetivo comum, que é aumentar a habilidade dos pacientes em autogerenciar suas dores. Isso inclui a educação sobre a dor e o treinamento nas seguintes áreas: *identificação e modificação de pensamentos negativos, esta-*

belecimento de metas, comunicação com pessoas da área de cuidados médicos, exercícios de relaxamento e terapias físicas.

O tratamento com ultra-sons transmite calor em profundidade e pode aliviar a dor provocada pela ruptura muscular e pelos ligamentos inflamados. Com a estimulação nervosa elétrica transcutânea (ENET) se estimula a superfície cutânea, aplicando sobre esta uma leve descarga elétrica, fazendo com que algumas pessoas experimentem alívio.

Com a acupuntura, inserem-se pequenas agulhas em zonas específicas do corpo, mas ainda não se sabe exatamente o seu mecanismo de ação e alguns especialistas têm dúvida sobre a eficácia desta técnica. Não obstante, são muitos os que experimentam um alívio significativo com a acupuntura.

Não deverá subestimar-se a importância do apoio psicológico às pessoas que sofrem dores. Dado que as pessoas com dor têm sofrimento, deverão ser submetidas a uma estreita vigilância para detectar sintomas de depressão ou de ansiedade que possam requerer tratamento específico.

Uma avaliação adequada da dor deve identificar áreas problemáticas múltiplas cuja intervenção pode ser fundamental para o sucesso no tratamento da dor. Alguns dos alvos mais comuns são: *comportamento de risco (tabagismo, etilismo, alimentação ruim, excesso de peso); pouca ou nenhuma obediência a recomendações médicas (falta de exercícios físicos, uso irregular das medicações); falta de condicionamento físico e inatividade; medo da dor; estresse, depressão e ansiedade; dificuldade em expressar emoções negativas; distúrbio do sono; déficit cognitivo; problemas conjugais ou familiares.*

AGD: autogerenciamento no tratamento da dor crônica

O AGD é uma modalidade de tratamento da dor ainda pouco estudada em pacientes idosos, apesar da sua eficácia comprovada em estudos com pacientes jovens e de meia-idade. O objetivo do AGD é reduzir a dor física, melhorar o humor e o funcionamento psicossocial. Esse objetivo é atingido quando ajudamos as pessoas com dor a reco-

nhecerem e mudarem suas crenças a respeito da sua dor, ensinando estratégias de como lidar com ela e como aumentar o uso dessas estratégias.

Encontramos, na literatura, apenas três experiências aleatórias publicadas sobre estratégias de autogerenciamento da dor crônica em idosos e, nesses estudos, evidenciou-se eficácia.

Sua combinação com o tratamento farmacológico permitiu maior sucesso no tratamento e, ainda, reduziu o número de medicamentos utilizados para controle adequado das dores e, conseqüentemente, suas reações adversas.

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

A abordagem farmacológica da dor inclui principalmente três grupos de drogas: analgésicos opióides, analgésicos não opióides e drogas coadjuvantes.

A utilização dos analgésicos deve sempre seguir uma escala de três etapas ou escada de três degraus (recomendação da OMS): 1ª etapa, recomendada para dores leves, envolvendo analgésicos não opióides e/ou antiinflamatórios; 2ª etapa, recomendada para dores moderadas, envolvendo analgésicos opióides fracos; e 3ª etapa, para dores fortes, envolvendo opióides fortes. As drogas coadjuvantes poderão ser acrescentadas em todas as etapas.

Alguns autores sugerem a supressão do segundo degrau da escada, pois estudos realizados recentemente não evidenciaram superioridade dos opióides fracos em relação aos antiinflamatórios.

A farmacocinética e a farmacodinâmica das drogas a serem empregadas devem ser bastante valorizadas, pois os idosos apresentam menor reserva funcional dos órgãos e sistemas. Frequentemente, encontramos nos idosos maior sensibilidade aos analgésicos, maior meia-vida destes e, também, maiores eventos de interação farmacológica.

Analgésicos não opióides

Possuem efeito teto, ou seja, acima de determinada dose, não possuem maior efeito analgésico. Quando usados em adição a um opióide, a

analgesia obtida pode ter um efeito dose-excedente (*dose-sparing-effect*), permitindo menores doses do opióide.

Podem ser usados nos três degraus da escada, em esquema de associação com outras drogas.

Analgésico não antiinflamatório

Destacam-se nesse grupo a dipirona e o acetaminofeno.

A dipirona pode ser administrada por via oral, retal, intramuscular e endovenosa (500 mg, 4 a 6 vezes/dia) e os efeitos colaterais mais freqüentes são alergia e discrasia sangüínea. Possui a característica de agir na dessensibilização da dor.

O acetaminofeno pode ser administrado por via oral (500 a 750 mg, 3 a 4 vezes/dia) com dosagem máxima de 4 g/dia. Para muitos pacientes, o alívio da dor na osteoartrose (OA), quando se utiliza um analgésico simples, como o acetaminofeno, é comparável ao alívio obtido com a utilização de um antiinflamatório.

Ainda existem outras drogas bastante efetivas nesse grupo e que podem ser utilizadas nos idosos, como o viminol (analgésico de ação ainda não bem esclarecida) e a flupirtina (analgésico com ação central e efeito miorelaxante).

Analgésico antiinflamatório

Abordaremos aqui, também, alguns aspectos relacionados a dor inflamatória.

O processo inflamatório pode levar a sensibilização de neurônios sensoriais centrais, desencadeando, assim, a chamada hiperalgesia. Baseado neste evento, o dr. Sérgio H. Ferreira propôs uma classificação bastante interessante dos fármacos que atuam no controle da dor inflamatória¹, classificação esta, de acordo com os efeitos periféricos destes fármacos; ou seja, efeitos de ativação e regulação de nociceptores periféricos (Quadro 1). Alguns dos fármacos citados não têm aplicabilidade clínica nos idosos em decorrência de uma maior sensibilidade deles a efeitos adversos destas drogas, efeitos estes por demais deletérios. Comentaremos os recursos farmacológicos mais utilizados em geriatria.

Dentre as citações no controle da dor do tipo

Quadro 1 - Controle periférico da dor inflamatória

TIPO 1: inibição da ação de nociceptores

- A. anti-histamínicos
- B. alfa-simpatolíticos
- C. eliminação de estimulação térmica ou mecânica
- D. anestésicos locais

TIPO 2: prevenção da hiperalgesia

- A. inibidores da cicloxigenase (p.ex.: AINEs)
- B. simpatolíticos
- C. inibidores da ativação ou liberação de citocinas (p.ex.: AINEs, antagonistas de interleucina-1)

TIPO 3: bloqueio direto da hiperalgesia

- A. analgésicos que regulam diretamente a dessensibilização de nociceptores (p.ex.: dipirona)
- B. analgésicos que regulam indiretamente a dessensibilização de nociceptores, através da liberação de opióides endógenos de ação periférica (p.ex.: clonidina)

I, a eliminação de estímulos mecânico ou térmico merece destaque na dor inflamatória.

No controle tipo II se encontram os fármacos mais utilizados na inflamação: os analgésicos não opióides. Estes podem ter ação analgésica somente (dipirona e paracetamol) ou ação analgésica e antiinflamatória (antiinflamatórios em geral).

O controle do tipo III acaba sendo bastante difícil, pois carecemos de fármacos que atuem bloqueando a hiperalgesia já estabelecida. Além da dipirona, poderíamos utilizar os analgésicos opióides.

O antiinflamatório deve ser usado com muito critério no idoso, dada a maior incidência de efeitos deletérios (lesão no trato digestivo e no rim, retenção hídrica, discrasia sangüínea, anormalidades neurológicas e outros).

Nos idosos usuários crônicos de antiinflamatórios, observa-se maior prevalência de efeitos colaterais. Estudos endoscópicos realizados em indivíduos que faziam uso regular de antiinflamatórios não esteroidais (AINEs) tradicionais mostram uma prevalência de úlcera gastroduodenal que varia de 15% a 30%.

O seu sítio da ação é inteiramente no tecido lesado, não possui ação central. É bastante efetivo quando a dor tem origem inflamatória ou é devido à lesão em partes moles, fraturas, lesão músculo-

esquelética, por osteoartrite, artrite reumatóide, e dor por metástases ósseas.

Quando necessário o uso de AINEs, dá-se preferência àqueles seletivos no bloqueio da cicloxigenase-2. Eles intervêm seletivamente na síntese das prostaglandinas indutíveis e têm menor intervenção na síntese das prostaglandinas fisiológicas que estão relacionadas a maiores efeitos colaterais. Dentre esses, estão os coxibes, última geração de AINEs: celecoxibe, parecoxibe, etoricoxibe. Recentemente, três coxibes foram retirados do mercado, o rofecoxibe, valdecoxibe e o lumiracoxibe, por razões de segurança. O estudo APPROVe (Adenomatous Polyp Prevention on Vioxx), conduzido em pacientes com risco de desenvolver pólipos colônicos recorrentes, mostrou aumento no risco de eventos cardiovasculares (incluindo ataque cardíaco e AVC) naqueles pacientes em uso de rofecoxibe comparado ao placebo, após 18 meses de início do estudo. O valdecoxibe foi retirado em decorrência das severas lesões de farmacodermia associadas a ele. Recentemente, o lumiracoxibe também foi retirado do mercado nacional em decorrência de efeito colaterais, dentre outros, hepáticos e cardiovasculares.

A dose é padronizada para cada AINE, mas a resposta terapêutica e a tolerância variam de indivíduo para indivíduo. Recomenda-se uma avalia-

ção mensal do hemograma, eletrólitos e funções renal e hepática durante o uso de antiinflamatórios por período prolongado. Concomitantemente ao uso de antiinflamatórios, também é recomendada a utilização de inibidor da bomba de prótons, bloqueador H2 ou antiácido para a minimização dos efeitos deletérios dos primeiros no trato digestivo. As associações AINEs e diuréticos determinam maior incidência de efeitos deletérios renais nos idosos.

O antiinflamatório hormonal é muito eficaz no controle da dor por lesão tumoral óssea e de partes moles, como a invasão hepática, do plexo nervoso e da medula espinal. Os mais utilizados são a dexametasona (2 a 4 mg, a cada 6 horas), prednisona (0,5 a 1 mg/kg, 1 vez/dia) e o deflazacort (7,5 a 60 mg, 1 vez/dia). Algumas estratégias, além daquelas utilizadas para os AINEs, são adotadas quando se faz uso prolongado de corticosteróides: suplementação de cálcio e vitamina D, dieta hiperprotéica, se possível, e uso do corticosteróide em tomada única matinal e em dias alternados com o dobro da dose diária requerida (não ultrapassar o equivalente a 80 mg de prednisona em cada dose); assim, preservar-se-á o eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal e os efeitos do hipercortisonismo serão reduzidos.

ANALGÉSICOS OPIÓIDES

No Brasil o seu uso é limitado, existindo ainda profissionais que permitem aos seus pacientes com dor ou, ainda, aos pacientes terminais sofrerem desnecessariamente. Deve-se evitar, durante o tratamento da dor contínua, a prescrição de opióide “se necessário”, este deve ser prescrito em doses fixas, podendo-se administrar doses de resgate nos intervalos.

Quanto à administração dos opióides, várias são as possibilidades: via oral, retal, sublingual, transdérmica, intramuscular, endovenosa, subcutânea, peridural, intratecal e intra-articular.

Dentre os opióides fracos, destacam-se a codeína, o propoxifeno e o tramadol. O propoxifeno deve ser evitado, pois apresenta metabólito de meia-vida muito longa. A codeína possui 1/10 da

ação da morfina, é administrada apenas por via oral e tem forte ação obstipante. A partir de 360 mg/dia não há mais vantagem, sendo melhor substituir por um opióide forte.

O tramadol tem sido o mais utilizado porque, além de sua ação analgésica mediada por receptores opióides, apresenta também ação analgésica mediada pela inibição da recaptção de serotonina (ação moduladora sobre o SNC). Tem ação também na dor neuropática. Atenção ao efeito de reduzir o limiar para convulsões. É mais nauseante e menos obstipante que a codeína.

O opióide forte deve ser iniciado principalmente quando não se obtém analgesia com os anteriores. Além da morfina (agonista puro), destacam-se entre os opióides fortes a meperidina, a oxiconona, a metadona e o fentanil (agonistas puros); a buprenorfina (agonista parcial) e a nalbufina (agonista-antagonista).

A morfina é uma droga eficaz, barata e segura. Em média, a dose inicial para a morfina é de 5 a 10 mg, a cada 3 ou 4 horas, sendo a dose-limite aquela que proporcionará alívio completo da dor ou aquela que causará efeito colateral intolerável (é desprovida de efeito-teto). A suspensão e aumento das doses devem ser de forma gradual. Doses de morfina de ação curta devem progredir ou retroagir na proporção de 25% a 50% da dose anterior.

Para a morfina de ação prolongada, deve-se estabelecer primeiramente a dose analgésica diária com a morfina de ação curta. As cápsulas de liberação cronometrada são para uso de 12/12 horas e não devem ser usadas por sonda enteral.

A oxiconona tem a vantagem da apresentação de liberação prolongada, podendo ser administrada a cada 12 horas. Possui ação 1,5 a 2 vezes maior que da morfina via oral. A buprenorfina, a nalbufina e a meperidina devem ser evitadas nos idosos (metabólitos “tóxicos”).

A metadona é uma alternativa em caso de tolerância ou anafilaxia com outros opióides; contudo, por ter uma meia-vida longa (tempo de ação de mais de 25 horas), poderá provocar sérios efeitos colaterais quando usada por tempo prolongado, sem os devidos cuidados posológicos.

Tratamento da dor no idoso

Tabela 1 - Avaliação para titulação e ajustes de doses

Grupo	Fármaco	Apresentação e dose	Dose terapêutica/ intervalo	Ação: início/pico/fim	Potência
Opióide fraco	Codeína	Cps 30 mg e 60 mg Sol oral 3 mg/ml	7,5 a 120 mg / 4 a 6h	30m/2h/8h	1/10
	Tramadol	Cps 50 mg e 100 mg Sol oral 100 mg/ml Amp 2 ml- 50 mg/ml	50 a 100 mg / 4 a 8h	30m/2h/8h	1/5
	Tramadol SR	Cps 50 mg e 100 mg	50 a 200 mg / 12h	30m/2h/12h	1/5
Opióide forte	Morfina	Cps 10 mg e 30 mg Sol oral 10 mg/ml Amp 1ml – 10 mg/ml e 2 ml – 2 mg/ml	5 a 200 mg / 4h (dose oral)	15m/2h/4h	VO 1 SC 1/2 IV 1/3
	Morfina LC	Caps 30 mg, 60 mg e 100mg	30 a 100 mg / 8 a 12h	1h/6h/14h	1
	Metadona	Cps 5 a 10 mg Amp 10 mg/ml	10 a 50 mg / 6 a 12h	1h/12h/25h	*
	Oxicodona	Cps 10 mg, 20 mg e 40 mg	10 a 40 mg / 12h	1h/8h/25h	1,5
	Fentanil	Adesivos 1,25 mg; 2,5 mg; 5,0 mg; 7,5 mg e 10 mg	12,5 a 100 mcg/h a cada 72h	-/24h/72h	100 a 150

*Conversão de morfina para metadona:

Dose prévia de morfina	Equivalência de metadona
50 a 100 mg/dia	5 mg de morfina – 1 mg de metadona
100 a 1.000 mg/dia	10 mg de morfina – 1 mg de metadona
>1.000 mg/dia	15 mg de morfina – 1 mg de metadona

O fentanil (100 vezes mais potente do que a morfina) pode ser administrado por via intramuscular, endovenosa ou, ainda, transdérmica, podendo, nesse último caso, ser usado a cada 72 horas.

Recomenda-se que a dose analgésica seja estabelecida primeiramente para um opióide de ação imediata e que, posteriormente, haja a substituição por um opióide de liberação prolongada, facilitando, assim, a posologia. Caso haja necessidade, doses de reforço com opióide de ação imediata poderão ser utilizadas. A dose noturna para o opióide de ação imediata deverá ser duplicada, evitando-se que o idoso acorde com a dor ou que

seja despertado para tomar a medicação, evitando assim o ciclo: dor- insônia-exaustão-dor.

Entre os efeitos colaterais comuns aos opióides estão náusea, vômito, prurido, tontura, xerostomia, obstipação, sonolência, euforia, dependência física e psíquica, tolerância e depressão respiratória. É importante observar a presença desses efeitos, pois alguns podem significar a ocorrência de overdose (hipoventilação, apnéia, miose) e, nesse caso, o tratamento é feito com suporte ventilatório e naloxona.

Em caso de síndrome de abstinência, utiliza-se a clonidina (0,1 a 0,2 mg, 3 vezes/dia, uso oral) e retorna com o opióide (25% da dose prévia).

Síndrome de dependência de opióides

Embora os opióides não sejam as únicas medicações indicadas para o tratamento de dor crônica, o seu uso deve ser iniciado sempre que o quadro clínico exigir. Para que isso ocorra, o conhecimento da síndrome de abstinência, pseudo-dependência e dependência fisiológica facilitará o manejo dessas medicações com maior tranquilidade.

Dependência fisiológica: fenômeno neurofarmacológico esperado em grande parte dos pacientes usuários crônicos de opióides. Há evidências de *tolerância*, com manifestações que indicam necessidade de doses cada vez maiores para manter os efeitos desejados, e de *síndrome de abstinência*, em que sintomas físicos e/ou psicológicos como o aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, sudorese, câibras, inquietação e midríase, entre outros, são decorrentes de parada ou redução abrupta da medicação. Evita-se a abstinência diminuindo a dose do opióide de 15% a 20% ao dia quando o paciente está em uso de grandes doses por períodos prolongados.

Pseudodependência: paciente em tratamento com prescrição de doses baixas de opióide, levando-o a manter queixas de dor e solicitação por doses adicionais, apesar do uso da medicação nos horários recomendados. Deve-se, neste caso, reavaliar a patologia, analisar seu processo fisiológico com seus sintomas e ajustar doses das medicações analgésicas.

Síndrome da dependência: doença crônica decorrente do uso patológico de opióides. Caracterizada por um consumo compulsivo da medicação. Algumas manifestações podem ajudar no diagnóstico da síndrome da dependência: comportamentos de busca de droga, visitas frequentes a diversos serviços médicos para adquirir receitas, aumento de doses sem orientação médica, uso dessas drogas para o alívio de outros sintomas, história pessoal ou familiar de síndrome de dependência de substâncias, prejuízos sociais ou familiares decorrentes

ao uso abusivo dos opióides. Esse tipo de dependência ocorre em apenas cerca de 3% a 16% dos pacientes com dor crônica em tratamento com agentes opióides.

Medicamentos coadjuvantes

São medicamentos que maximizam a eficácia terapêutica na dor neoplásica ou não neoplásica, sendo usados para aumentar a analgesia (anticonvulsivantes e antidepressivos); controlar os efeitos adversos dos analgésicos (laxativos e antieméticos) e controlar os sintomas que contribuem para a dor do paciente (antidepressivos, ansiolíticos, indutores do sono).

Antidepressivo (AD)

Atuam através do bloqueio da recaptação da noradrenalina e/ou serotonina. O efeito analgésico independe da melhora do humor. Dentre os mais utilizados estão os clássicos amitriptilina, imipramina e nortriptilina (essa última causando menos efeitos colaterais nos idosos) e também a sertralina, fluoxetina, paroxetina, duloxetina e venlafaxina. O tratamento deverá ser iniciado com doses baixas, aumentando-se, posteriormente, dependendo da necessidade. Seus efeitos colaterais estão relacionados à sua ação anticolinérgica e adrenérgica e a sua ação no sistema nervoso central. Tricíclicos são contraindicados em cardiopatas com bloqueio de condução e naqueles com glaucoma de ângulo fechado.

Neuroléptico

Modulam a dor através da modificação do aspecto afetivo da dor e através do bloqueio de receptores de dopamina. Além disso, aumentam a biodisponibilidade dos antidepressivos. Geralmente em associação com analgésico e AD formam o “esquema triplice da analgesia”. Os mais utilizados são a clorpromazina (25 mg/dia), tioridazida (10 a 25 mg/dia) e pimozida (1 a 2 mg/dia), sendo que o último é o menos utilizado em decorrência de efeitos extrapiramidais mais incidentes.

Miorrelaxantes

São indicados principalmente na dor de ori-

Tratamento da dor no idoso

gem músculo-esquelética. Destacam-se a ciclobenzaprina (5 e 10 mg, 1 a 2 vezes/dia) e o baclofeno (10 a 20 mg, 2 a 3 vezes/dia), que, além de ser um miorrelaxante de ação central, apresenta efeito antineurálgico. A flupirtina (10 a 20 mg, 3 a 4 vezes/dia), que também é um miorrelaxante, é uma boa opção. Ainda, presentes nesta classe o tiocolchicoside, a tizanidina e o carisoprodol.

Anticonvulsivantes

São utilizados principalmente na dor neuropática (periférica ou central), atuando através de supressão de circuito hiperativo da medula e do córtex cerebral e de bloqueio na condução nervosa periférica.

Destacam-se a carbamazepina (200 a 400 mg/dia), a oxycarbazepina (300 a 900 mg/dia) difenilidantoína (100 mg, 2 a 3 vezes/dia), o valproato de sódio (250 a 300 mg, 2 a 3 vezes/dia), topiramato (25 a 50 mg, 2 vezes/dia) e a gabapentina (300 a 400 mg, 1 a 3 vezes/dia). Estudo recente demonstrou que a pregabalina, nas doses de 300, 450 e 600 mg/dia, foi eficaz no tratamento da dor fibromiálgica (*Fibromyalgia Impact Questionnaire e Patient Global Impression of Change*). Também foi evidenciado neste uma melhora do humor, fadiga e sono. É droga eficaz, segura e com benefícios em monoterapia, mas é muito cara e ainda não está disponível no nosso meio.

Outros agentes

A cafeína (50 mg, 3 vezes/dia) tem mostrado ser uma boa opção quando associada ao paracetamol. A calcitonina (spray nasal ou uso subcutâneo) na dose de 100 U/dia e o bisfosfonato melhoram a dor decorrente da lesão óssea, sendo a primeira também muito utilizada em outros tipos de dor (aumenta a liberação de opióide endógeno). A anfetamina (metilfenidrato) potencializa o efeito do opióide e combate seu efeito sedativo. A bromocriptina (2,5 a 5 mg/dia) tem sido utilizada na dor decorrente de metástase óssea (neoplasia de mama e próstata).

Mexiletina (100 a 200 mg/dia) pode ser uma opção na dor neuropática, assim como a lidocaína

(uso tópico e também para o bloqueio venoso simpático). Nas dores consideradas “intratáveis” se pode, ainda, recorrer a um agonista alfa-2-adrenérgico (clonidina) ou à hidroxizina; contudo o uso desses agentes no idoso deve ser muito criterioso por causa dos seus efeitos colaterais.

A capsaicina (apresentações de 0,025% e 0,075%, 3 a 6 vezes/dia) é um analgésico tópico (depleta substância P nas terminações nervosas) muito utilizado na osteoartrite de joelho e mão e em neuropatias periféricas.

TRATAMENTOS INVASIVOS

Existe uma ampla variedade de procedimentos anestésicos e neurocirúrgicos para o tratamento da dor, quer seja tratamento exclusivo ou coadjuvante.

Os bloqueios nervosos analgésicos têm suas devidas indicações: causalgia, distrofia simpática reflexa e infiltração nervosa tumoral, dentre outras. A infiltração da zona “gatilho” (ponto capaz de originar impulso doloroso) é indicada com grande benefício em algumas situações, como na dor miofascial e dor pós-amputação.

Além desses, ainda existem outros que não serão abordados aqui.

A dor é um dos sintomas que mais induz o idoso a procurar um tratamento. Assim, cabe ao médico indicar-lhe a melhor terapêutica.

SUMMARY

Pain is one of the most frequent diagnoses in old age, over 60 age. The prevalence of chronic pain reaches to 30% of the population in Brazil.

This article discusses the treatment of pain in the elderly, and theses results clearly indicate that old patients continue to be undertreated and under diagnosed for their pain.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. "The management of persistent pain in older persons". *JAGS*. 50:1-20, 2002.
2. Bradley, D.G. et al. "Comparison of an anti-inflammatory dose of ibuprofen, an analgesic dose of ibuprofen and acetaminofen in treatment of patients with osteoarthritis of the knee". *N. Engl. J. Med.* 325:87-91, 1991.
3. Brater, D.G. "Renal effects of cyclooxygenase-2-selective inhibitors". *J. Pain Symptom Manage.* 23(4S):S15-20, 2002.
4. Ciconelli, R.M. "Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida 'Medical Outcomes Study 36 item short form health survey (SF-36)'" . São Paulo, 1997. Tese (Doutorado). Unifesp-EPM.
5. Ehrich, E.W.; Schnitzer, T.J. & McIlwain, H. "Effects of specific COX-2 in osteoarthritis of the knee: a 6-week double-blind, placebo-controlled pilot study of rofecoxib". *J. Rheumatol.* 26:2438-47, 1999.
6. Ferrel, B.A. "Pain management in elderly people". *JAGS*. 39:64-73, 1991.
7. Forman, M.R. "Opioid analgesic drugs in the elderly". *Clin. Geriatr. Med.* 12:489-500, 1996.
8. Fossaluzza, V. & Montagnari, G. "Efficacy and tolerability of nimesulide in elderly patients with osteoarthritis: double-blind trial versus naproxen". *The Journal of International Medical Research.* 17:295-303, 1989.
9. Freedman, G.M. "Chronic pain". *Geriatrics.* 57(5):36-41, 2002.
10. Gabriel, S.E.; Jaakkimainen, L. & Bombardier, R. "Risk for serious gastrointestinal complications related to use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. A meta-analysis". *Ann. Intern. Med.* 115(10):787-96, 1991.
11. Garcia, Rodrigues, L.A. "Nonsteroidal anti-inflammatory drugs, ulcers and risk: a collaborative meta-analysis". *Semin. Arthritis Rheum.* 26(Suppl.1):16-20, 1997.
12. Garcia-Rodriguez, L.A. & JICK, H. "Risk of upper gastrointestinal bleeding and perforation associated with individual nonsteroidal anti-inflammatory drugs". *Lancet.* 343:769-72, 1994.
13. Griffin, M.R. "Nonsteroidal anti-inflammatory drug use and increased risk peptic ulcer disease in elderly persons". *Ann. Intern. Med.* 114:257-63, 1991.
14. Hermann, E. & Scudds, R. "Dor" In: Pickles, B. et al. *Fisioterapia na terceira idade*. São Paulo, Ed. Santos, 1998. p.289-99.
15. Hopman-Rock, M. et al. "Coping with pain in the hip or knee in relation to disability in community - living elderly people". *Arthritis Care Res.* 11(4):243-52, 1998.
16. Hopman-Rock, M. et al. "Physical and psychosocial disability in elderly subjects in relation to pain in the hip and/or knee". *J. Rheumatol.* 23(6):1037-44, 1996.
17. Kaufmann, H.J. & Taubin, H.L. "Nonsteroidal anti-inflammatory drugs active quiescent inflammatory bowel disease". *Ann. Intern. Med.* 107(4):513, 1987.
18. Ling, S.M. & Bathon, J.M. "Osteoarthritis in older adults". *JAGS*. 46(2): 216-25, 1998.
19. Merskey, H. et al. "Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy". *Pain.* 6:249-52, 1979.
20. Portenoy, A. "Dor crônica". In: Abrams, W.B. & Berkow, R. *Manual Merck de geriatria*. São Paulo, Roca, 1994.
21. Price, D.D. et al. "The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain". *Pain.* 17:45-56, 1983.
22. Sheiman, J.M. "Gastrointestinal injury, and cytoprotection". *Gastroenterol. Clin. North Am.* 25:79-98, 1996.
23. Thomas, K.S. et al. "Home based exercise programme for knee pain and knee osteoarthritis: randomised controlled trial". *BMJ.* 325(7367): 752, 2002.
24. Towheed, T.E. & Hochberg, M.C. "A systematic review of randomized controlled trials of pharmacological therapy in patients with osteoarthritis of the knee". *Semin. Arthritis Rheum.* 27:755-70, 1997.
25. Ministério da saúde. Instituto nacional do Câncer. *Cuidados Paliativos Oncológicos: Controle da dor*. INCA 2001
26. Zwakhalen SMG, Hamers JPH, Abu-Saad HH, Berger, MPF 2 Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatrics* 2006; 6:3.
27. Mease PJ, Russell IJ, Arnold LM, Florian H, Young JP Jr, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled, phase III trial of pregabalin in the treatment of patients with fibromyalgia. *J Rheumatol.* 2008 Mar;35(3):502-
28. Hadjistavropoulos T, Herr K, Turk DC, Fine PG, Dworkin R, Helme RMBBS. An interdisciplinary expert consensus on assessment of pain in older persons. *Clin J. Pain* 2007; 23-1.