

Atualizações da sedoanalgesia para um melhor controle da dor



Anestesiologista Leopoldo Muniz fala sobre as melhores práticas no uso de opioides para o tratamento da dor

O estudo “Prevalência de dor crônica no Brasil”: revisão sistemática¹, publicado em 2021 no *Brazilian Journal of Pain*, indica uma prevalência de dor crônica de 45,59% na população brasileira. No mundo, a dor crônica afeta entre 30% e 50% da população mundial. Trata-se de um fenômeno que acomete grande parte dos pacientes - muitas vezes de forma subclínica - somando-se a um viés cultural de que a dor não necessariamente precisa ser tratada, contribuindo para sua “cronificação”.

Para aprofundar o assunto e trazer uma abordagem sobre a evolução dos fármacos utilizados no cuidado da dor e as melhores práticas no uso de opioides, conversamos com o médico Leopoldo Muniz, Anestesiologista pela Faculdade de Medicina da Unesp, com MBA em Gestão da Qualidade e certificação internacional em Serviços de Saúde. Atua como coordenador do programa de Residência Médica em Anestesiologia do Hospital São Luiz Jabaquara e é gestor de Práticas Médicas do Hospital São Luiz Itaim, em São Paulo.

Dentro de um modelo assistencial, qual o impacto da dor no cuidado do paciente?

Dr. Leopoldo Muniz - Com impacto significativo na qualidade de vida das pessoas e no desenvolvimento de atividades laborais, **a dor crônica deve ser avaliada em um contexto amplo da vida do paciente e das suas atividades**, para que a gente possa proporcionar a melhor assistência, tanto no intra-operatório, quanto no pós-operatório.

As equipes que estão inseridas no cuidado, devem considerar a dor em pacientes internados como um sintoma mais amplo no desfecho clínico. Por exemplo, na cirurgia bariátrica, o paciente obeso requer cuidados especiais no manejo de fármacos. Se esse paciente não tiver no seu período pós-operatório um controle adequado da dor, ele não vai conseguir deambular, não terá uma boa mobilidade, tampouco conseguirá ter incursões e movimentos respiratórios adequados, justamente porque esse paciente estará com dor na região abdominal. Conclui-se, portanto, que neste caso **o controle inefetivo da dor dificulta diversas esferas do processo de recuperação do paciente.**

Quais esferas seriam essas?

Dr. Leopoldo Muniz - Nesse exemplo da cirurgia bariátrica, a dor pode refletir em impactos na respiração; predisposição a atelectasias; mobilidade prejudicada; maior tempo de permanência no leito (aumento dos riscos para o desenvolvimento de eventos tromboembólicos); e tempo de internação prolongado.²

Como o tratamento e o controle da dor evoluíram nos últimos anos?

Dr. Leopoldo Muniz - Atualmente, a Anestesiologia, no que diz respeito a tratamentos, passa por um momento de transição. Há cerca de 15 ou 10 anos atrás, havia uma premissa de que, quanto mais o médico prescrevesse opioide, menos dor o paciente teria. Na época, essa parecia uma verdade absoluta. Mas o que essa técnica ocasionava? Uma sobredose de utilização de um único fármaco, cujo mecanismo de ação era a atuação sobre os receptores opioides. Isso levava a efeitos adversos indesejados, tais como depressão respiratória, náusea e vômito. Como o tratamento era baseado em um único mecanismo de controle da dor, a equipe não conseguia tratar a dor de maneira adequada.

E isso mudou?

Dr. Leopoldo Muniz - Sim. Ao longo dos últimos 10 anos, tem sido muito discutida a questão da analgesia multimodal, ou seja, outros analgésicos associados aos opioides, mas em menor dose e no tempo devido, são mais efetivos e benéficos no manejo da dor, de modo que a gente consiga reduzir a utilização de opioides mais potentes. O objetivo é utilizar mecanismos alternativos de controle da dor e outros receptores e, conseqüentemente, aprimorando o controle e reduzindo efeitos adversos.

Pode dar um exemplo prático de tratamento da dor nos moldes atuais?

Dr. Leopoldo Muniz - É bom deixar claro que o opioide é uma medicação anestésica que deve ser utilizada. Não podemos ter "opioidefobia". Tudo é uma

questão de equilíbrio. Temos que utilizar doses corretas e não cair no erro de querer atingir o máximo de efeito com a medicação. Se você tentar implementar o medicamento em dose máxima para atingir um efeito esperado, você termina sobrepondo a ocorrência de efeitos adversos dessas drogas.

Em estudo³ publicado no *Brazilian Journal of Pain*, que a nossa equipe desenvolveu com um apanhado histórico da técnica anestésica em cirurgia bariátrica nos últimos 10 anos, comparou-se o uso do remifentanil com a dexmedetomidina. No caso do primeiro, trata-se de um fármaco mais potente, enquanto o segundo é um alfa agonista de ação central e mais seletivo para os receptores Alpha 2, ou seja, possui outro mecanismo de ação, além daquele que o opioide proporciona.

Portanto, quando a gente começou a comparar o uso da dexmedetomidina reduzindo a dose de opioide, evidenciamos que controlamos muito melhor a dor desse paciente e com menos efeito adverso.

A que conclusão se chegou com esse estudo?

Dr. Leopoldo Muniz - Comparamos toda a série histórica de 10 anos e, no final desse período, vimos que adicionando medicamentos de efeito mais rápido como remifentanil, reduzindo a dose de opioides potentes como fentanil e sufentanil, e acrescentando a dexmedetomidina na prática clínica, chegamos a uma analgesia multimodal com menos efeitos colaterais e melhor recuperação desse paciente.

Importante ressaltar que a dexmedetomidina é um fármaco com mínimo efeito, do ponto de vista de mecanismos de manutenção da respiração. Portanto, a chance do paciente ter uma deterioração clínica do sistema respiratório imediato, seja na sala de recuperação ou na unidade de internação, é reduzida.

Esse trabalho, publicado na Sociedade Brasileira de Anestesia, foi padronizado e, hoje, utilizamos essa analgesia nos hospitais que atuamos.

Pode citar outros avanços obtidos na sedoanalgesia?

Dr. Leopoldo Muniz - O remifentanil foi um grande marco da anestesia. É um fármaco com mais de 25 anos de utilização na prática anestésica com uma meia vida muito curta. Então, você consegue titular essa medicação de uma maneira muito mais rápida.

Além disso, há possibilidade de flutuar doses mais altas no intra-operatório, a depender do estágio de determinada cirurgia, entendendo que ela não é estática. Você terá momentos de maior e menor potencial alérgico e terão algumas etapas que serão mais desafiadoras para o anestesista, demandando uma analgesia maior naquele momento. Dessa forma, com o remifentanil, o anestesista consegue titular essas doses, equilibrar - aumentando e diminuindo

do - e entendendo que a medicação não terá efeito prolongado. Ou seja, o controle anestésico está sendo conduzido pelo anestesista, e não no efeito de um fármaco utilizado de maneira inadequada.

Qual o principal desafio no manejo da dor nas organizações de saúde?

Dr. Leopoldo Muniz - O grande desafio hoje é o desfecho. Na América Latina, poucos são os estudos que avaliaram a gestão de um protocolo de dor e o impacto do ponto de vista do sistema de saúde em termos de desfecho. O que a gente tem são estudos isolados, principalmente em países mais desenvolvidos, que mostram que **um controle analgésico adequado do paciente reduz a ocorrência de eventos adversos, melhorando o nível de satisfação e experiência do paciente, favorecendo todo o sistema de saúde.**

Do ponto de vista individual, existem muitos trabalhos que mostram a redução de eventos adversos no pós-operatório, quando há um controle adequado do uso dos fármacos. É fundamental avaliar a necessidade do paciente e o que ele precisa. **Não sentir dor é uma premissa de todos que entram em uma instituição de saúde.** Sendo assim, nada mais intuitivo que as organizações tenham um protocolo de dor para trazer o nível de conforto necessário para os pacientes, já que a dor é a principal queixa.

Referências

1. AGUIAR, D. P. et al. Prevalence of chronic pain in Brazil: systematic review. *Brazilian Journal Of Pain*, 2021.
2. SILVA, L. M. DA et al. Comparative analysis of remifentanil versus dexmedetomidine in the incidence of pain in a post-anesthesia care unit after bariatric surgery. *Brazilian Journal Of Pain*, v. 1, n. 3, 2018.
3. SILVA, L. M. DA et al. Comparison of three intraoperative analgesic strategies in laparoscopic bariatric surgery: a retrospective study of immediate postoperative outcomes. *Brazilian Journal of Anesthesiology (Elsevier)*, v. 72, n. 5, p. 560–566, 2022.