

Acupunctura: Um Opiáceo no Tratamento da Dor

Maria Salomé Martins Ferreira¹ e Maria Graça Pereira²

Resumo

O texto que se apresenta aborda aspectos teóricos importantes no paciente com dor e apresenta dois paradigmas de tratamento que estão hoje ao dispor dos pacientes, nomeadamente os tratamentos convencionais e não convencionais. Dos tratamentos não convencionais, destaca-se a acupunctura, que tem demonstrado a sua eficácia no controlo da dor, principalmente na dor crónica.

O presente artigo explora a problemática da dor crónica com a descrição da fisiologia da acupunctura no tratamento da dor, apresentando uma revisão da literatura sobre investigação na área particularmente ao nível da eficácia e, finalmente, tecendo algumas considerações sobre o tratamento da dor crónica.

Palavras-chave: Dor crónica. Acupunctura. Tratamento.

Abstract

This paper focuses on the important theoretical aspects in the patient with pain, presenting two treatment paradigms that are now available to patients: specifically, conventional and unconventional treatments. Acupuncture is one of the most well known unconventional treatments that has shown its effectiveness in controlling pain, particularly chronic pain.

This paper explores chronic pain, including the physiology of acupuncture in treating pain, presents a literature review of the research on acupuncture's effectiveness, and, finally, presents some thoughts on the treatment of chronic pain. (Dor. 2010; 18(1):15-20)

Corresponding author: Maria Salomé Martins Ferreira, salomeferreira@esenfvc.pt

Key words: Chronic pain. Acupuncture. Treatment.

Introdução

O fenómeno sensitivo-doloroso é a transformação dos estímulos ambientais em potenciais de acção que são transmitidas para o sistema nervoso central (SNC) através das fibras nervosas periféricas. Os receptores nociceptivos são representados por terminações nervosas livres presentes nas fibras miélinicas finas A- δ e amiélinicas C das estruturas superficiais e profundas do tegumento, da parede das vísceras e dos vasos sanguíneos e nas fibras correspondentes III e IV

do sistema musculoesquelético. Os nociceptores relacionados com as fibras C têm uma taxa de transmissão lenta, respondem a estímulos térmicos, mecânicos e químicos, induzem uma dor surda ou dor mais prolongada, sensação de queimadura ou de prurido intenso, enquanto que as fibras A- δ têm uma taxa de transmissão rápida, respondem ao toque e a estímulos térmicos, transmitindo a sensação de dor aguda. As fibras do tipo A, em especial as fibras Ab, são responsáveis pela percepção mais fina como o tacto, e as fibras do tipo C de condução mais lenta (amiélinica) responsáveis pela condução da dor, em especial de características difusas, as quais levam os estímulos até ao corno posterior da medula e este estímulo ascende pelo tracto espinotalâmico até ao córtex¹ (Fig. 1)².

A dor é um fenómeno complexo que consiste na interacção das componentes biológicas, psicológicas, sociais e ambientais³.

A dor crónica, definida como a dor que não diminui, uma vez que não responde aos tratamentos,

¹Professora Adjunta
Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo – EsenfVc
Coimbra

²Professora Associada
Escola de Psicologia
Universidade do Minho
Braga

E-mail: salomeferreira@esenfvc.pt
gracep@psi.uminho.pt

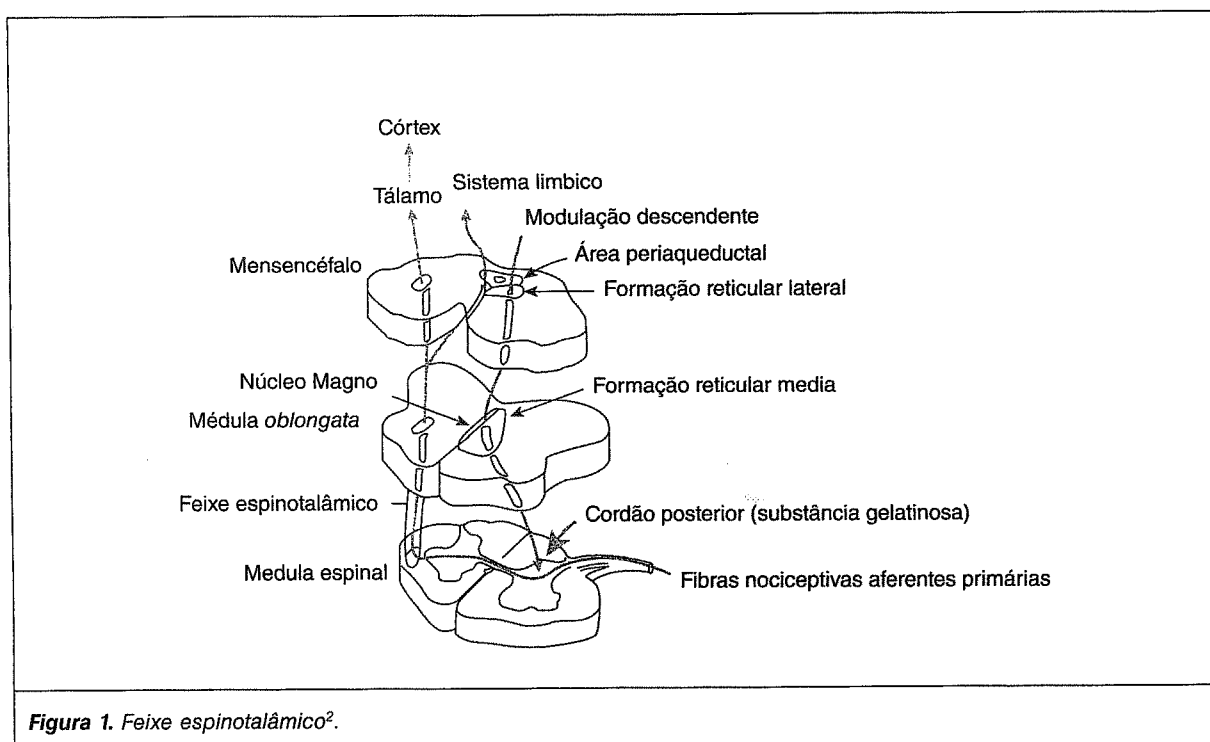


Figura 1. Feixe espinotalâmico².

que persiste por um longo período e desenvolve fenômenos de aprendizagem e condicionamento²⁶ provoca no paciente alterações ao nível da actividade física, sono, vida sexual, trabalho, lazer, alteração do humor e auto-estima, pensamentos negativos, desesperança e alterações nas relações familiares³. E na população feminina que existem mais sintomas relacionados com a dor, e a dor crónica afecta mais as mulheres que os homens⁴. No entanto, devido à multicausalidade da experiencição da dor, é difícil de determinar se essa diferença tem origem nos factores psicológicos ou nos biológicos⁵. Estas alterações são difíceis de avaliar, implicando uma valorização das percepções de cada paciente, relativamente à dor que sente. Torna-se por isso importante considerar todas as variáveis implicadas na dor e os factores psicossociais relevantes para a dor crónica. Neste sentido, importa avaliar o comportamento adoptado pelo paciente perante a dor; perceber a forma como o contexto social interfere no comportamento do doente, já que o comportamento não só é reforçado e moldado pelos outros, como também influencia e molda o comportamento dos outros, e avaliar o suporte social que está relacionado positivamente com a adaptação à dor, pois quanto maior for o suporte, menor é o uso da medicação e maior a actividade do doente⁶.

Na avaliação da pessoa que sofre de dor crónica, é ainda importante atender às crenças, já que estas constituem um preditor muito importante na adesão ao tratamento; o *locus* de controlo é igualmente importante considerar na

avaliação, pois existem diferenças na forma como os doentes percebem o controlo sobre a sua dor; a auto-eficácia que vai interferir na tolerância à dor e as estratégias de *coping* adoptadas pelo paciente, pois doentes que permanecem passivos têm menor controlo sobre a sua dor e apresentam níveis elevados de incapacidade física⁶.

Considerando que o medo, a ansiedade, a frustração, a desesperança e a depressão fazem parte do emocional da pessoa que sofre de dor crónica²⁵, é muito importante avaliar estas variáveis no sentido de perceber como interferem na vida da pessoa. De facto, existe uma relação muito forte entre a ansiedade e a dor, sendo que a ansiedade pode exacerbar a dor, aumentar o medo de ter dor, provocar comportamentos de evitamento à dor e desenvolver um processamento mal-adaptativo da sensibilização à dor. A baixa expectativa pode acompanhar sentimentos de frustração ou de depressão⁷. Ainda segundo estes autores, a prevalência de depressão é muito elevada em pacientes com dor crónica e é um preditor de maior incapacidade física, maior frequência na percepção de dor, mais perturbações do sono, piores resultados na actividade física, menor percepção do apoio social e diminuição dos benefícios de intervenção.

Apesar dos dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) não sugerirem a dor crónica como causa da mortalidade global, é considerada um grande problema de morbilidade, causando alterações no doente, família e comunidade, para além dos altos custos para a sociedade³.

Assim, as variáveis referidas anteriormente, no seu conjunto, bem como todas as opções de tratamento possíveis para minimizar e/ou erradicar a dor daquele que sofre, fazem da dor crónica uma das maiores preocupações para todos os que se interessam em proporcionar uma vida digna às pessoas que vivem suportando a sua dor, cabendo no entanto ao indivíduo a decisão de escolher o que lhe parece mais eficaz²⁷.

Tratamento da dor crónica

As dores crónicas, de uma forma geral, não são susceptíveis a um só tipo de tratamento e temos hoje ao nosso alcance, além da intervenção farmacológica, outras formas de tratamento que vão desde a cirurgia, procedimentos comportamentais, psicoterapia, treino de relaxamento que reduzem a tensão e a ansiedade, e ainda as intervenções ditas «alternativas» que são consideradas intervenções complementares⁸.

Relativamente à intervenção farmacológica, que inclui a medicação narcótica e a psicotrópica⁹, as investigações nesta área revelam que a medicação tem maiores benefícios quando tomada em intervalos de tempo fixos do que quando é tomada em SOS, ou seja, sempre que o paciente não suporta a dor. Num estudo desenvolvido por Berntzen, et al.¹⁰ com o objetivo de verificar este facto, os autores concluíram que os pacientes que recebiam os analgésicos em intervalos de tempo fixos apresentavam níveis de dor mais baixos associados a mais altos níveis de humor, quando comparados com os pacientes que recebiam analgésicos em SOS.

No que diz respeito à medicação psicotrópica, o maior índice de alívio da dor crónica tem sido obtido com a toma dos antidepressivos tricíclicos e estes parecem dar cada vez mais provas no controlo da dor. Ao verificar os efeitos analgésicos dos antidepressivos, nomeadamente os que inibem a recaptção da serotonina, Goodking, et al.¹¹ desenvolveram um estudo cujos resultados indicaram que estes, em relação ao placebo, não faziam efeito no que diz respeito à intensidade da dor, à actividade física e à depressão, quando comparados com a toma dos antidepressivos.

No entanto, um grande número de pacientes não consegue controlar a sua dor apenas com a forma de tratamento farmacológico⁸ e há então a necessidade de se associar outras formas de tratamento com vista à resolução do problema. No passado foram utilizados, com base num conceito específico de dor, bloqueios anestésicos de nervos e processos cirúrgicos ablativos¹². Esta forma de tratamento partia do princípio que as vias do sistema eram bloqueadas por estas técnicas, os impulsos não alcançavam o centro da dor e conseqüentemente não eram

processados no cérebro. Kurita, et al.²⁸ referem que alguns pacientes, após um período de 6 a 18 meses da execução desta técnica, desenvolveram uma sensação relatada como pior do que a dor sentida anteriormente. As células na região lesada do nervo perderam os seus impulsos sensoriais normais, mas passaram a gerar impulsos anormais causando sensações muito desagradáveis e muitas vezes insuportáveis.

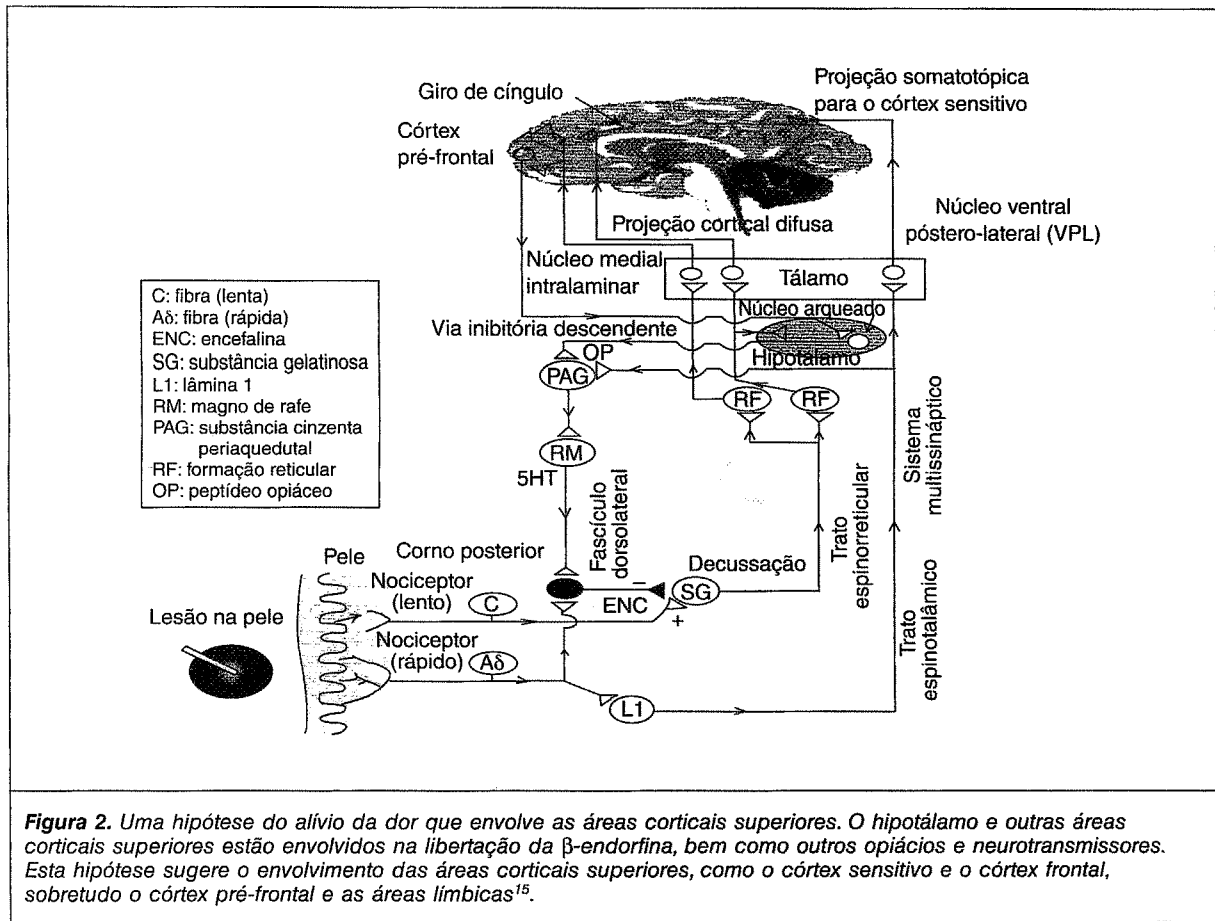
Alguns investigadores questionam-se e tentam procurar que tipo de intervenção é mais eficaz no controlo da dor e quer a compreensão dos mecanismos associados à dor como a forma como a dor é contextualizada e tratada tem evoluído ao longo dos tempos. De entre os tratamentos complementares para controlar a dor, destacamos a acupuntura, que tem demonstrado a sua eficácia, em especial na dor crónica e tem recebido grande destaque na média nas últimas décadas como uma modalidade terapêutica alternativa aos tratamentos convencionais¹³.

Esta técnica milenar já era utilizada para aliviar as pessoas das suas dores ou de outros problemas causadores de sofrimento pelos curandeiros chineses, muito antes de Hipócrates. No século XX, a acupuntura encontra espaço no Ocidente sendo actualmente amplamente aceite e procurada para controlar a dor¹⁴. Para a medicina tradicional chinesa, a energia vital do corpo (*Qi*) circula através de canais chamados meridianos, que têm as filiais conectadas aos órgãos e às funções corporais, sendo a doença atribuída ao desequilíbrio do *Qi* e a dor ao resultado do bloqueio do *Qi* e à sua conseqüente interrupção.

Fisiologia da acupuntura

Muitas teorias têm sido elaboradas sobre os mecanismos fisiológicos da acupuntura com o intuito de explicar os seus efeitos analgésicos. Filshie, et al.¹⁵ avançaram com a hipótese de que um estímulo de um ponto de acupuntura específico fornece informação para áreas corticais correspondentes, permitindo que os centros cerebrais superiores regulem as actividades controladas pelos sistemas endócrino e autónomo. O autor defende que, para que isto ocorra, é necessário que o hipotálamo e o corpo amigdalóide desempenhem um papel fundamental tanto na mediação dos impulsos sensoriais para o córtex pré-frontal, quanto na recuperação de informação no córtex pré frontal. Para explicar os fenómenos da acupuntura nestes mecanismos neurobiológicos é apresentada a teoria da β -endorfina¹⁶ (Fig. 2).

Estes autores defendem que a resposta fisiológica da acupuntura ocorre a três níveis: um efeito local que surge quando um ponto de acupuntura é estimulado através da inserção de uma agulha; o efeito sobre a medula espinal



que ocorre após a inserção da agulha com a libertação de neuropeptídeos para o líquido cefalorraquidiano; e finalmente o efeito ao nível cortical com a libertação de endorfinas e serotonina.

No tratamento por acupuntura, através da inserção de agulhas há estimulação das fibras sensitivas A, de condução mais rápida (mielínica) e das fibras C, de condução mais lenta (amielínica), responsáveis pela condução da dor, bem como pelo transporte dos estímulos até ao corno posterior da medula e deste até ao tálamo e córtex, respectivamente² (Fig. 2). Nas lâminas I, II, III e V do corno posterior da medula, são libertadas substâncias analgésicas como a substância P, somatostatina e encefalina e no tálamo, através de mecanismos neuro-humorais, são libertadas substâncias, como a endorfina, encefalina e neurotransmissores, originando, além do efeito analgésico, um relaxamento muscular através de reflexo víscero-somático¹. Por este mecanismo, ao estimularmos os pontos de acupuntura, estamos a agir como um apaziguador da dor estimulando os pontos de acupuntura que afectam as fibras nervosas.

De acordo com os autores referidos anteriormente, a acupuntura estimula as fibras nervosas nos músculos que enviam impulsos para a medula espinal e activam três centros (medula

espinal, mesencéfalo e hipotálamo/hipófise) para promover a analgesia. A medula espinal utiliza transmissores como encefalina e dinorfina para bloquear os estímulos aferentes de baixa frequência e outros, nomeadamente o ácido γ-aminobutírico (GABA), para bloquear os estímulos de alta frequência. O mesencéfalo utiliza a encefalina para activar o sistema de Rafe descendente, que inibe a transmissão da dor pela medula espinal, através de um efeito sinérgico das monoaminas, serotoninas e norepinefrinas. O mesencéfalo possui ainda um circuito que evita as ligações endorfinérgicas em estímulos de alta frequência. Por fim, no centro hipotálamo-hipofisário, a hipófise liberta β-endorfina, sendo este centro activado apenas por baixas frequências¹⁷.

Por conseguinte, quando as agulhas são inseridas próximo do local da dor ou ainda em pontos dolorosos (*Ashi*), maximizam os circuitos que estimulam os neurónios dentro da medula espinal e ainda os neurónios nos outros dois centros. Quando as agulhas se inserem em pontos distais da dor activam o centro hipotalâmico-hipofisário sem o benefício do efeito no local da dor. A inserção local de agulhas (segmentais) produz, normalmente, uma analgesia mais intensa que a inserção de agulhas distais, porque utiliza os três centros¹⁷. Ainda segundo este autor, na

electroacupunctura, além da agulha é feita uma estimulação eléctrica dos pontos de acupunctura e o uso da acupunctura por laser (estimulação dos pontos de acupunctura sem agulha) é uma opção bastante utilizada em crianças e em pacientes que não apreciam submeter-se às agulhas.

Avaliação da eficácia da acupunctura

Alguns estudos examinaram a eficácia do tratamento através da acupunctura em diversas queixas dolorosas. Mao, et al.¹⁸ desenvolveram um trabalho de investigação, em que os pacientes eram submetidos a tratamentos por acupunctura com estimulação eléctrica e concluíram que no tratamento específico das dores obtêm-se melhores resultados através de estimulação intensa dos pontos, do que com estimulação menos intensa, devido a maior estímulo e com isso, maior liberação serotoninérgica.

Patel, et al.¹⁹ e Ezzo, et al.¹² desenvolveram um estudo em que compararam o resultado do tratamento por acupunctura com tratamento convencional e com tratamento placebo, tendo concluído que a acupunctura foi mais eficaz quando comparada com o tratamento convencional; enquanto que, quando comparada ao placebo, o resultado foi inconclusivo.

He, et al.²⁰ estudaram doentes que sofriam de cancro da mama, envolvendo um total de 48 mulheres divididas em dois grupos e verificou que o grupo de mulheres que beneficiaram da acupunctura, apenas 27,1% experimentou dor ao 7.º dia do pós-operatório em comparação com 65,5% no grupo de controlo que recebera os cuidados habituais.

Um outro estudo sobre o tratamento por acupunctura na lombalgia, desenvolvido por Carlsson, et al.²¹ verificou que dum total de 50 doentes, divididos em dois grupos, em que 34 beneficiaram de acupunctura e 16 formavam o grupo de placebo, ao fim de seis meses, 14 dos 34 doentes apresentaram melhorias relativamente à intensidade da dor, enquanto que no grupo de controlo, apenas dois dos 16 doentes viram a dor diminuída.

Naslund, et al.¹⁶ desenvolveram um estudo com 58 doentes que sofriam de dor crónica devido a gonartrose e que tinham sido divididos aleatoriamente para receberem acupunctura profunda ou superficial, duas vezes por semana, num total de 15 tratamentos. Os resultados não só demonstraram o alívio da dor em ambos os grupos, como a manutenção do alívio durante os seis meses seguintes.

Vickers, et al.⁸ exploraram o efeito da acupunctura nas cefaleias crónicas em 401 doentes. Os indivíduos estudados foram distribuídos aleatoriamente em dois grupos. Um recebeu tratamentos de acupunctura e o outro recebeu os cuidados habituais por parte do seu médico de

família, durante três meses. O resultado mostrou que o grupo que beneficiou dos tratamentos de acupunctura tinha uma redução de 34% na dor relativamente ao início do estudo, enquanto que o grupo que beneficiou dos cuidados habituais teve uma redução de 16% na intensidade da dor. Verificaram ainda que o grupo que fez acupunctura necessitou de menos 15% de medicamentos para a dor, menos 25% de consultas médicas e menos 15% de dias de baixa, quando comparados com o grupo de controlo. Uma análise do custo-benefício com base neste estudo demonstrou vantagem na utilização da acupunctura em comparação com o tratamento habitual²².

Conclusão

Weinman²³ refere que nem a experiénciação de um sintoma nem a sua severidade explicam adequadamente as razões que determinam a procura de cuidados médicos. Há pois a necessidade de compreender de que forma é que os sintomas são percebidos, bem como o modo como influénciam os comportamentos designadamente a procura dos cuidados de saúde. De facto, os comportamentos de procura dos cuidados de saúde e os factores que os influénciam são complexos e ainda mal compreendidos²⁴.

Encontrar uma intervenção eficaz no controlo da dor crónica é para o profissional de saúde um dos mais importantes objectivos. Procurar um médico para tratar a dor que sente ou aderir a um determinado tratamento pressupõe a influência de determinados factores. O comportamento do indivíduo depende da forma como nele se repercutem as alterações das variáveis psicossociais cognitivas e demográficas, nomeadamente as suas expectativas, a ansiedade, a interpretação de sintomas, a sua percepção de controlo, o que pensa sobre os médicos, medicamentos, a relação com a equipa profissional, a sua profissão, o estado civil, o sexo e a idade que vão interferir na adesão a este ou àquele tratamento.

Não existem estudos científicos em Portugal que nos permitam identificar o que diferencia os pacientes que procuram a acupunctura para tratar a sua dor, dos que procuram o tratamento convencional. Face à inexisténcia de estudos, no contexto desta problemática, designadamente quais os factores subjacentes à procura do tratamento de acupunctura ou quais os factores preditores na resposta ao tratamento por parte de quem sofre de dor crónica, bem como as suas implicações quando comparado com o tratamento convencional, seria muito importante desenvolver investigação no sentido de melhorar as estratégias no controlo da dor crónica com vista a ajudar as pessoas que sofrem deste flagelo que é a dor crónica. Aqui fica lançado o repto.

Bibliografia

1. Lewith G, Kenyon J. Physiological and psychological explanation for the mechanism of acupuncture as a treatment for chronic pain. *Soc Sci Med*. 1984;19(12):1367-78.
2. Edzar E, Adrian W. *Acupuntura: Uma Avaliação Científica*. São Paulo: Manole; 2001.
3. Pimenta C, Teixeira M. *Pesquisa em dor - Algumas reflexões*. Revista Simbidor. 2000;1:8-16.
4. Smith B, Hopton J, Chambers W. Chronic pain in primary care. *Family practice*. 1999;16(5):475-82.
5. Hoffman D, Tarzian A. The girl who cried pain: a bias against women in the treatment of pain. *Journal of Law, Medicine & Ethics*. 2001;29:13-27.
6. Keef F, Dunsmore J, Burnett R. Behavioural and Cognitive-Behavioural Approaches to Chronic Pain: recent Advances and future Directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1992;60(4):528-36.
7. Araújo-Soares V, McIntyre T, Figueiredo M. Depressão e Dor crônica: Implicações para a intervenção. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*. 2002;7(2):375-98.
8. Victers A, Rees R, Zollman C, et al. Acupuncture for chronic headache in primary care: large, pragmatic, randomised trial. *British Medical Journal*. 2004;328(7442):747.
9. Wall R. Use of analgesics in the elderly. *Clinics in geriatric medicine*. 1990;6(2):345-64.
10. Berntzen D, Gøtestam KC. Effects of on-demand versus fixed-interval schedules in the treatment of chronic pain with analgesic compounds. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1987;5:999-1011.
11. Goodking K, Gullion C, Agras W. A randomised, double-blind, placebo-controlled trial of trazodone hydrochlorid in chronic low back pain syndrome. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 1990;10:269-78.
12. Ezzo J, Berman B, Hadhaz V, Jadad A, Lao L, Singh B. Is acupuncture effective for the treatment of chronic pain? A systematic review. *Pain*. 2000;86(3):217-25.
13. Levitt E, Walker F. Evaluation of acupuncture in the treatment of chronic pain. *Journal of Chronic Pain*. 2005;28(5-6):311-6.
14. Maciociá G. *Os fundamentos da medicina chinesa*. São Paulo: Editora Roca Ltda.; 1989.
15. Filshie J, White A. *Medical Acupuncture, a western scientific approach*. Edinburgo: Churchill Livingstone; 1998. p. 225-94.
16. Naslund J, Naslund U, Odenbring S. Sensory stimulation (acupuncture) for the treatment of idiopathic anterior knee pain. *Journal Rehabilitation Medicine*. 2002;34:231-8.
17. Hammerschlag G, Stux R. *Acupuntura Clínica: Bases Científicas*. São Paulo: Edições Manole; 2005.
18. Mao W, Ghia J, Scott D, Duncan G, Gregg J. High versus low intensity acupuncture analgesia for treatment of chronic pain: effects on platelet serotonin. *Pain*. 1990;8(3):331-42.
19. Patel M, Gutzwiller F, Paccaud F, Marazzi A. A meta-analysis of acupuncture for chronic pain. *Int Journal Epidemiology*. 1989;18(4):900-6.
20. He JP, Friedrich H, Ertan M. Pain-Relief and movement improvement by acupuncture after ablation and axillary lymphadenectomy in patients with mammary cancer. *Clinical Exp Obstet Gynecol*. 1999;26(2):81-4.
21. Carlsson C, Sjolung B. Acupuncture for Chronic Low Back Pain: a randomized placebo-controlled study with long term follow-up. *Clinical Journal of Pain*. 2001;17:296-305.
22. Wonge-ling D, Victers A, Grieve R, McCarney R. Cost effectiveness analysis of a randomized trial of acupuncture for chronic headache in primary care. *British Medical Journal*. 2004;328(7442):747.
23. Weinman J. *Health care*. Em: Johnston DW, Jonston M, eds. *Health psychology: comprehensive clinical psychology*. New York: Pergamon Press; 2001. p. 79-1129.
24. Smith B, Penny K, Elliot A, Chambers W, Smith W. The level of Expressed need - a measure of help-seeking behaviour for chronic pain in the community. *European Journal of Pain*. 2001;5(3):257-66.
25. Gatchel R, Turk D. *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives*. R Gatchel & E. Blanchard (Eds.), New York: Guilford Press; 1999.
26. Fordyce WE, Roberts AH, Sternbach RA. The behavioral management of chronic pain: A response to critics. *Pain*. 1985;22(2):113-25.
27. Dias MR, Brito JA. No cotidiano da dor: A procura dos cuidados de saúde. *Análise Psicológica*. 2002;1:91-105.
28. Kurita GP, Pimenta CAM. Adesão ao tratamento da dor crônica: estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. *Arquivo de Neuropsiquiatria*. 2003;61(2B):416-25.