

<https://doi.org/10.24245/mim.v38iS1.7987>

Movimento e Dor no Idoso: uma abordagem eficiente

Dr. Julian Rodrigues Machado

INTRODUÇÃO

As pessoas são consideradas idosas no Brasil a partir dos 60 anos¹. Essa população vem crescendo em valores absolutos e também proporcionalmente, em percentual, no Brasil¹. Com esse crescimento, uma série de cuidados têm sido implementados, tanto em ações públicas como nas empresas privadas, com intuito de incluir e preservar tais indivíduos, considerando as numerosas mudanças na legislação em favor desse grupo². Na área da saúde, muitos protocolos aparecem para beneficiar essa população cada vez mais ativa e exposta a lesões como politraumatismo³, lesões laborais, fraturas, entre outras.

O aumento da expectativa de vida no país também contribuiu para o crescimento de doenças crônicas articulares relacionadas à idade avançada, como a osteoartrite primária. Isso é fator importante na saúde pública e previdenciária⁴, impactando a qualidade de vida e a produtividade social desses indivíduos⁵. Com isso, faz-se necessária uma abordagem eficaz no tratamento específico do idoso, buscando-se alternativas seguras e satisfatórias, haja vista a fragilidade que encontramos após uma certa idade.

Quando falamos em traumatismos e lesões articulares, estamos falando diretamente em alteração da qualidade de vida⁶, isso em qualquer faixa etária, mas em especial nos idosos. A melhora desse aspecto passa também pela melhora da dor, o que acaba por trazer de volta a função articular e a mobilidade. Dessa maneira, proporciona-se grande impacto na recuperação desses pacientes, contribuindo para a retomada de suas

Médico ortopedista do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF).

Membro Titular da SBOT (Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia).

Membro Titular da SBRATE (Sociedade Brasileira de Artroscopia e Traumatologia Esportiva).

Membro titular da SBTO (Sociedade Brasileira de Trauma Ortopédico).

Membro Internacional da AAOS (American Academy for Orthopedic Surgeons).

Membro da Harvard Trauma Initiative.

Ex-presidente da SBOT-DF 2013/14.

Diretor científico da SBOT-DF 2015/17.

Recebido: 20 de Junho de 2022

Aceito: 20 de Julho de 2022

Correspondência

equipemedica@mpgrupo.com.br

Este artigo deve ser citado como:

Rodrigues Machado J. Movimento e Dor no Idoso: uma abordagem eficiente. Med Int Méx. 2022; 38 (Supl. 1): S77-S80.

atividades habituais. **Existem várias formas de implementar analgesia. Em nosso país, é comum que a classe médica pense primeiramente nos anti-inflamatórios não hormonais. Estes, porém, devem ser usados com cautela em populações idosas devido aos efeitos adversos que podem provocar⁷. Nesse cenário, os opioides se tornam uma opção, sobretudo quando otimizados com o uso de analgésicos comuns, transformando-se em uma alternativa segura e eficiente¹⁴ para a analgesia em diversas situações.**

Dor no idoso

Analgesia no idoso A dor tem sido vista como uma das principais causas de perda de qualidade de vida no idoso⁶. Os pacientes nessa faixa etária muitas vezes não relatam a dor de forma precisa e acabam não recebendo tratamento adequado, podendo inclusive não receber tratamento algum. **Esses indivíduos simplesmente deixam de lado certas atividades por acreditarem que aquela dor é algo normal.** Isso leva a uma diminuição da movimentação que, além de piorar a dor, é fator determinante para a perda da qualidade de vida, gerando um círculo vicioso. Outras complicações graves, tanto físicas quanto emocionais, podem se originar a partir de então. Uma condição comum aos estados álgicos atuais é o surgimento de depressão e isolamento. A investigação da dor, nesses casos, deve ser minuciosa, buscando melhora funcional e retorno a todas as atividades que esse indivíduo tem ou tinha o hábito de praticar^{3,7}.

Por muitas vezes se faz necessária a abordagem multidisciplinar do paciente por médicos, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, enfermeiros e cuidadores. Da mesma maneira, é importante proporcionar uma analgesia multimodal, buscando conforto e segurança aos nossos pacientes. A reabilitação com métodos modernos para trabalhar o equilíbrio e melhorar a força muscular, quando associada a uma anal-

gesia segura, tem demonstrado ótimos resultados em pacientes idosos nas diversas situações às quais são expostos, como fraturas de coluna, colo do fêmur, entre outras⁸.

Analgesia no idoso

Nossos pacientes precisam e merecem a melhor analgesia. Sabendo que a analgesia multimodal é a melhor opção na atualidade, devemos proporcioná-la a eles. A técnica de analgesia multimodal tenta somar efeitos benéficos de analgésicos que atuam em diferentes locais tentando, ao mesmo tempo, diminuir os efeitos adversos⁹. **É exatamente o que buscamos: uma dosagem menor, com menos efeitos adversos e máxima analgesia.** A associação clássica de analgésicos comuns com opioides demonstra bons resultados, com baixo nível de efeitos adversos^{9,15,16}.

A codeína é um agonista seletivo do receptor opioide μ , porém com afinidade menor do que a da morfina. Esses receptores estão envolvidos na transmissão da dor entre o corpo e o sistema nervoso central (SNC). Ao se ligar aos receptores opioides, a codeína provoca uma série de eventos intracelulares, resultando na redução do AMP-cíclico intracelular, na hiperpolarização das células e dos e neurônios e, finalmente, na diminuição da liberação de neurotransmissores^{10,11}.

No SNC, a ativação desses receptores no mesencéfalo representa o mecanismo principal da analgesia induzida por opioides¹¹. A codeína possui meia-vida de 2,5 a 4 horas, que pode ser aumentada em pacientes geriátricos devido à diminuição do clearance. Cerca de 10% da dose é desmetilada para morfina no fígado, o que pode contribuir para a ação terapêutica¹².

Já o paracetamol ou acetaminofeno tem ações analgésica e antitérmica clinicamente comprovadas, promovendo efeito terapêutico pela

elevação do limiar da dor e ainda pela atividade no centro hipotalâmico que regula a temperatura. Seu efeito tem início de 15 a 30 minutos após a administração oral e perdura por 4 a 6 horas¹³.

A associação de ambos provoca uma potencialização do efeito analgésico, característica da analgesia chamada multimodal¹⁴. Essa combinação está muito bem indicada, com eficácia analgésica demonstrada em diversas condições associadas à dor, na população geral e em idosos, incluindo dor causada por osteoartrose e dor oncológica, entre outras^{15,16}. **No pós-operatório a codeína/paracetamol pode ser utilizada com segurança, já que não há relato de aumento do risco de sangramento** e também não foram observados eventos adversos graves em metanálise com mais de 2 mil pacientes^{11,17}.

A codeína + paracetamol apresenta um perfil de pouca interação medicamentosa, lembrando que, na maioria das vezes, o idoso é polimedicado, aumentando o risco de interação¹³. **Em comparação à codeína, o tramadol se associa a maiores riscos de mortalidade, eventos cardiovasculares e fraturas¹⁸,** o que pode ser particularmente preocupante na população idosa. Por sua vez, o uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) está relacionado a eventos adversos importantes, incluindo sangramento gastrointestinal e toxicidade renal e/ou hepática, além de potenciais efeitos adversos cardiovasculares^{19,20}. Particularmente, sabe-se que o envelhecimento aumenta o risco de eventos adversos associados aos AINEs^{19,20}.

CONCLUSÃO

Temos, no Brasil e no mundo, cada vez mais idosos que têm se mostrado ativos e, por isso, expostos a traumas e contusões¹⁻³, além de apresentarem patologias articulares comuns a essa faixa etária⁴. Conforto e qualidade de vida são aspectos que buscamos ao envelhecer⁶,

quando pensamos no conceito de “envelhecimento com qualidade”. A dor limita muito o alcance desse objetivo, seja ela aguda, no caso dos traumas, ou crônica, como na artrite primária⁷. A analgesia multimodal é um tratamento adequado para esse tipo de paciente, de acordo com a literatura médica⁸.

A associação de paracetamol e codeína pode ser considerada uma forma de analgesia multimodal⁸ e apresenta eficácia e segurança comprovadas pela literatura médica atual, além de possuir décadas de observação na prática clínica, tornando-se uma ótima opção para a analgesia em pacientes idosos sob diversas situações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramos RL, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev Saúde Pública*. 1987;21(3):211-24.
2. Souza VMF de, Camacho ACLF, Menezes HF de, Silva MAP da, Thimóteo R da S, Silva RP. Public Policies for Elderly Health in Brazil: Integrative Review. *Res Soc Dev*. 2021;10(1):e20010110804.
3. Oliveira CP, Santos IMG, Rocca AR, Dobri GP, Nascimento GD. Epidemiological profile of elderly patients treated in the emergency room of a university hospital in Brazil. *Rev Med*. 2018 Jan/Fev;97(1):44-50.
4. Litwic A, Edwards MH, Dennison EM, Cooper C. Epidemiology and burden of osteoarthritis. *Br Med Bull*. 2013;105:185-99
5. Neogi T. The epidemiology and impact of pain in osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2013 Sep;21(9):1145-53.
6. Silva JAC, Souza LEA, Ganassoli C. Quality of life in the elderly: prevalence of intervening factors. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2017;15(3):146-9.
7. Abdulla A, Adams N, Bone M, Elliott AM, Gaffin J, Jones D, et al.; British Geriatric Society. Guidance on the management of pain in older people. *Age Ageing*. 2013 Mar;42 Suppl 1:i1-57.
8. Muthyala SK, Lohanathan A, Thampi SM, Singh K. Pain management in acute trauma. *Curr Med Issues*. 202018(3):222-8.
9. Kehlet H, Wilmore D. Multimodal strategies to improve surgical outcome. *Am J Surg*. 2002;6:630-41.
10. DrugBank. Codeine. [Database]. [s.l.]: DrugBank; 2022. Disponível em: <https://go.drugbank.com/drugs/DB00318>. Acesso em: abril de 2022.

11. Basil V. Peechakara; Mohit Gupta. Codeine. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan. 2021 Jun 25. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30252285/>. Acesso em: abril de 2022.
12. Tay EMY, Roberts DM. A spotlight on the role, use, and availability of codeine and the implications faced. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2018 Nov;11(11):1057-9.
13. Graham GG, Scott KF. Mechanism of action paracetamol. *Am J Ther*. 2005;1:46–55.
14. Mattia C, Coluzzi F. A look inside the association codeine-paracetamol: clinical pharmacology supports analgesic efficacy. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2015;19(3):507-16.
15. Franceschi F, Iacomini P, Marsiliani D, Cordischi C, Antonini EF, Alesi A, et al. Safety and efficacy of the combination Acetaminophen-Codeine in the treatment of pain of different origin. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2013;17(16):2129-35.
16. Corsinovi L, Martinelli E, Fonte G, Astengo M, Sona A, Gatti A, et al. Efficacy of oxycodone/acetaminophen and codeine/acetaminophen vs. conventional therapy in elderly women with persistent, moderate to severe osteoarthritis-related pain. *Arch Gerontol Geriatr* 2009;49(3): 378-82.
17. Toms L, Derry S, Moore RA, McQuay HJ. Single dose oral paracetamol (acetaminophen) with codeine for postoperative pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jan 21;2009(1):CD001547.
18. Xie J, Strauss VY, Martinez-Laguna D, Carbonell-Abella C, Diez-Perez A, Nogues X, et al. Association of Tramadol vs Codeine Prescription Dispensation With Mortality and Other Adverse Clinical Outcomes. *JAMA* 2021;326(15): 1504-15.
19. Johnson AG, Day RO. The problems and pitfalls of NSAID therapy in the elderly (Part I). *Drugs Aging* 1991;1(2):130-43.
20. Buchanan WW. Pharmacological and Pharmacodynamic implications of NSAID therapy in elderly patients. *J Rheumatol Suppl*. 1990;20:29-32.