

DOR E EFEITO PLACEBO

PAIN AND PLACEBO EFFECT

Recebido em 11/11/2003
Aprovado em 05/04/2004

Edwaldo DOURADO
Thaiz Carrera Arrabal FERNANDES
Jakeline Santino de Souza MEIRELES
Ive da Silva MONTEIRO

RESUMO

A idéia que a dor é simplesmente o resultado de uma condição física interna não é suficiente para explicá-la. Ela é um sintoma multifatorial e, portanto, é importante abordar os estudos dos aspectos psicodinâmicos envolvidos nesta questão, particularmente quando esta se caracteriza como psicogênica. Este estudo tem como objetivo fazer um levantamento de dados da literatura a fim de estudar conceitos de dor em seus vários aspectos, refletir sobre o funcionamento mental de pacientes portadores de dor e realizar também uma abordagem sobre o efeito placebo como um possível agente terapêutico, e sua discutível relação com o lado psicogênico da dor.

DESCRIPTORIOS: dor, placebo, efeito placebo.

ABSTRACT

The idea that pain is simply the result of an internal physical condition is not enough to explain it. It is an multifactorial symptom e, therefore, it is important to approach the studies of the involved psicodinâmicos aspects in this question, particularly when this if characterizes as psicogênica. This study it has as objective to make a data-collecting of literature in order to study concepts of pain in its some aspects, to reflect on the mental functioning of carrying patients of pain and to also carry through a boarding on the placebo effect as a possible therapeutical agent, and its arguable relation with the psicogênico side of pain.

DESCRIPTORS: pain, placebo, placebo effect.

REVISÃO DE LITERATURA

Historicamente, busca-se uma definição para a dor, que varia desde os primórdios da humanidade. Etimologicamente, dor origina-se do latim vulgar *dolere* e designa dor física, sofrimento, dor moral, pena, desgosto, tormento e aflição, tristeza (MACHADO, 1990). Em outro dicionário, dor também designa a oração feita, ao meio-dia, por povos antigos da Pérsia zoroastriana que, para escapar às

perseguições muçulmanas, emigraram e se estabeleceram na Índia (FERREIRA, 1986).

Há referências a dores de cabeça que podem ser encontradas desde 3000 anos a.C.; o papiro de Ebens, do Egito antigo, uma prescrição para aliviar enxaqueca, nevralgias e cefaléias pós-trauma, data de 1200 a.C. Os egípcios acreditavam que os deuses poderiam curar a dor de cabeça e a

Edwaldo DOURADO Professor adjunto da disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco.

Thaiz Carrera Arrabal FERNANDES Especialista em Estomatologia pela UFRJ e aluna do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da FOP/UPE.

Jakeline Santino de Souza MEIRELES Aluna do Curso de Graduação da Faculdade de Odontologia de Pernambuco – FOP/UPE.

Ive da Silva MONTEIRO Aluna do Curso de Graduação da Faculdade de Odontologia de Pernambuco – FOP/UPE.

orientação do papiro incluía relaxamento, massagem e compressas quentes ou frias. As dores de cabeça também são explicitadas na literatura de Platão, Timothy Bright, Shakespeare, Hildegarde. Na literatura médica, são encontradas descrições desde os tempos de Hipócrates (400 a.C.), Celsus e Galeno (200 a.C.), Thomas Willis (1683), Tissot (1783), Gowers (1888), até o século passado, com Deyl e Spitzer e, no atual, com Stephen King (SILBERSTEIN; LIPTON; GOADSBY, 1998). E, ainda hoje, como no Egito antigo, o relaxamento, massagens e compressas podem ser utilizadas para obtenção de alívio do sintoma (DRUMMOND; HOLROYD; MARTIN, 2000).

No modelo mecânico de uma doença, a dor é um sinal de alarme, resultado de uma doença somática ou lesão estrutural do organismo, e para eliminá-la, basta reparar a parte que a está provocando. Já para o modelo biopsicossocial, mente e corpo não podem ser interpretados de modo isolado quando se experimenta a nocicepção; o paciente deve ser analisado do ponto de vista médico-físico, psicossocial, comportamental e funcional (CAMPARIS; CARDOSO JÚNIOR, 2002).

As doenças orgânicas afetam o real do corpo, pois se colocam fora do simbólico, na interseção entre o real e o imaginário. Sendo assim, a dor conjuga duas facetas do gozo, a do fálico, pois é uma experiência sensorial e emocional desagradável que é associada a lesões teciduais, e a do outro, quando descrita em termos de lesões teciduais (MERSKEY, 1979). Diante disto, pode-se considerar definição mais completa para a dor, a proposta pela Associação Internacional para o Estudo da Dor: "uma experiência desagradável a qual nós primariamente associamos como dano tecidual ou descrevemos como dano tecidual ou ambos" (CAMPARIS; CARDOSO JÚNIOR, 2002).

A dor física resulta da irrupção violenta de grandes quantidades de energia que atinge o centro do Eu, onde se situam os neurônios da lembrança, ou

seja, em estado inconsciente (NASIO, 1997). As pessoas apreendem as "coisas" do mundo externo e /ou interno de modo diverso, em momentos diferentes. A ameaça à integração é percebida como desintegração do Eu e da realidade psíquica (SILBERSTEIN ; LIPTON ; GOADSBY, 1999). A dor pode ser entendida como uma categoria da experiência privada, portanto, subjetiva, que não pode ser compartilhada com outrem; os observadores apreendem somente os efeitos que decorrem de sua vivência e da sua expressão (UNIKOWSK, 2003), que é uma vivência de angústia de aniquilamento (HOLROYD; MARTIN, 2000).

Então, a dor envolve a reação do indivíduo diante dos agentes nóxios, e também o sofrimento e os modos de enfrentamento para se lidar com a angústia que ela impõe. Pode-se ver que o estado emocional do indivíduo pode afetar profundamente sua percepção da dor. O efeito das tensões emocionais sobre a dor, o sofrimento e o comportamento devem ser considerados quando se avalia a experiência dolorosa (PERISSINOTTI, 2003).

A teoria da comporta afirma que os processos psicológicos, assim como as experiências passadas, da atenção e emoção influem na percepção e resposta à dor, "agindo" no mecanismo de comporta espinal. Algumas dessas atividades psicológicas devem abrir a comporta e outras fecham. Esse modelo sugere que a ocorrência de dor é modificada por processos psicológicos que agem no sistema de comporta, modulando a dor. Sabidamente, sofrimento e comportamento doloroso podem manter-se na ausência da nocicepção (TEIXEIRA, 1997).

Essencialmente, o psíquico é orgânico. Ao longo do tempo, fatores estressantes moldam, dando forma particular a cada individualidade, e desenvolvem-se pelas representações mentais, significações idiossincrásicas, através do arcabouço histórico e sociocultural (FREUD, 1972). Na literatura especializada, o termo dor psicogênica aparece na

classificação de 1962 para definir a cefaléia de pacientes em que aspectos psicológicos anormais eram proeminentes. Essa classificação foi substituída, em 1988, por uma classificação e critérios diagnósticos das cefaléias neuralgias cranianas e dor facial, tendo como base a clínica, a etiopatogenia e a fisiopatologia das dores do segmento cefálico (AD HOC COMMITTEE ON CLASSIFICATION OF HEADACHE, 1962). O conceito de psicogênese pode-se referir, assim, à psicogenia, psicogenético, à origem psíquica. Etimologicamente, a dor psicogênica seria aquela em que, na sua origem, o estímulo psíquico estaria responsável por seu eliciar. Porém, teórica e praticamente, o conceito de dor psicogênica não deve ser traduzido segundo somente a esse princípio. Há necessidade da distinção conceitual objetiva para sua melhor compreensão (FREUD, 1972). O conceito de dor psicogênica não é universalmente aceito, mas tem sido objeto de inúmeras pesquisas e é largamente utilizado em textos sobre dor. Quando se escuta a expressão "dor psicogênica", quase imediatamente, vem a associação com sintomas fictícios ou simulatórios. (MERSKEY, 1980).

Assim, os subsídios para a compreensão da dor psicogênica residem na influência dos processos psicológicos na percepção e resposta à dor; no fenômeno clínico da somação têmporo-espacial na expansão da área sensibilizada pela dor após a cura da lesão (MELZACK; WALL, 1976).

Têm-se ainda cinco traços de personalidade importantes para a compreensão da dor: tendência à ansiedade ou à depressão, traços obsessivos, histéricos ou hipocondríacos. Todos são elementos que podem potencializar a sensação de dor do indivíduo, diminuindo o seu limiar de tolerância a esse processo (MERSKEY, 1980).

O organismo estrutura o seu meio ambiente e até a percepção dos objetos em função dos seus interesses vitais, valorizando, no seu meio, determinados objetos, campos, diferenças

perceptivas. Para que haja preservação desses "interesses vitais" (inconscientes) é que, em alguns doentes, há ausência do acometimento físico que justifique a dor. Os auto-relatos contêm manifestações de dores reais da existência (MACHADO, 1990).

A dor psicogênica é a um só tempo: um mito necessário à reconstrução e elaboração do trauma decorrente do esgarçamento provocado pela angústia que o sintoma doloroso promove, e que se estende além da lesão tecidual; é uma realidade que decorre naturalmente dos mitos que os indivíduos constroem a partir de suas realidades psíquicas (TEIXEIRA, 1997). A dor é influenciada decisivamente por fatores sociais, psicológicos e situacionais. Esses fatores modificam a percepção da aversividade da dor, de maneira que a dor produzida por um estímulo constante, não é sempre percebida como constante. Ainda se ressalta que a percepção da dor está na dependência do medo, ansiedade, atenção concentrada no problema, na falsa interpretação da doença e na dor de origem desconhecida. A tensão é outro fator que influencia a percepção da dor. Um aumento nas atividades cerebrais tem reconhecida influência na experiência da dor (CAMPARIS; CARDOSO JÚNIOR, 2002).

Um outro ponto a ser considerado é a duração do quadro algico; o fato de uma dor ser um processo agudo ou crônico interfere de modo diferente no estado emocional do doente. Assim como a ansiedade seria o afeto mobilizado na dor aguda, a depressão pode surgir como fenômeno secundário na dor crônica (MERSKEY, 1980).

A dor aguda é tipicamente associada com condições clínicas de rápida instalação, com duração de seis meses ou menos, tem fácil diagnóstico e tratamento, e cessa quando removido o agente causal; geralmente não há componentes emocionais no quadro. A dor crônica pode ressurgir espontaneamente e permanecer por meses ou anos sem uma causa identificável. A dor parece ser

permanente. A terapia analgésica tradicional geralmente falha nesses casos, onde é necessária uma abordagem multidisciplinar para o tratamento. Esse tipo de dor não exerce nenhuma função biológica aparente, e quanto mais tempo ela persiste, mais fatores emocionais aparecem, como depressão, distúrbios do sono, perda de libido, etc (UNIKOWSKI, 2003). Com a cronicidade, todas as dores parecem assumir características de intensificação psicogênica, e a dor pode se intensificar mesmo quando o impulso somatosensitivo diminui. Os pacientes com dores crônicas geralmente apresentam altos níveis de stress, ansiedade e depressão, abuso de medicamentos e procedimentos cirúrgicos anteriores para aliviar a dor sem resultados; sua auto-estima é baixa e podem sofrer de frigidez e impotência, além do temperamento hostil e manipulativo (CAMPARIS; CARDOSO JÚNIOR, 2002). Deve-se, então, estar atento para a história de vida do doente, pois avaliar o impacto da dor no seu ciclo vital aproxima o profissional do significado que o doente atribui ao seu quadro algico, e compreender que a maneira como o doente se comporta ou se cuida depende de convenções sociais e culturais. Sendo que, observa-se na prática é que o doente mantém noção de que tratar da dor implica, sobretudo, a prescrição de drogas e a execução de intervenções cirúrgicas com o intuito de diagnosticá-la, aliviá-la e reparar o mau funcionamento do organismo (MERSKEY, 1980).

As intervenções psicológicas, em especial as psicodinâmicas, devem se enquadrar entre as que auxiliam o sistema nervoso a modular a percepção do estímulo doloroso e ativar o sistema supressor de dor a habilitar o indivíduo para o seu enfrentamento.

É dentro desse contexto em que se situam os estudos sobre o efeito placebo de determinadas drogas. (TEIXEIRA, 1997).

Os cientistas definem como placebo uma substância sem atividade farmacológica, que pode ser administrada como controle em tratamentos clínicos

com medicamentos, ou pode ser dado ao paciente para efeitos benéficos. Achados científicos sobre placebos enfatizam os mecanismos responsáveis pelos seus efeitos, e sugerem que esta resposta pode ter função fundamental no processo de cicatrização do organismo (CINDY, 2000).

O placebo é uma intervenção projetada para simular a terapia médica, mas não acreditada para ter um efeito específico na doença ou na circunstância a que está sendo aplicado (BENSON; FRIEDMAN, 1996). Placebos parecem ser o mais eficaz tratamento para pacientes altamente ansiosos. Reduzindo a ansiedade e o stress, o efeito do placebo pode ter efeitos psicológicos e aumentá-los para funções imunes. Sugeriu-se que as endorfinas estão envolvidas nesse processo. Sob esse ponto de vista, a liberação dessas substâncias pode explicar as mudanças no comportamento, modulando o sistema imune que pode conduzir à saúde melhorada (SHER, 1997).

Os efeitos do placebo influenciam resultados de pacientes depois de todo o tratamento, incluindo procedimentos cirúrgicos, que o clínico ou paciente acreditam serem eficazes. Há muitas opiniões sobre o mesmo: aproximadamente um terço dos pacientes terá uma resposta do placebo em toda a experimentação clínica; os efeitos do placebo são necessariamente breves; determinados tipos de personalidade são mais prováveis de responder ao placebo; nos casos de resposta positiva do placebo não tiveram nada erradamente com eles; e dar um placebo é o mesmo que não fazer nada (TURNER; DEYO; LOESER et al., 1994).

DISCUSSÃO

A dor é um fenômeno complexo e variável que pode ser influenciada por vários fatores (CAMPARIS; CARDOSO JÚNIOR; UNIKOWSKI, et al., 2003).

Pode ser um sinal do organismo de que algo não está correndo bem, um pedido de socorro do

corpo que ocorre por um dano à integridade dos tecidos ou doença. Porém certas vezes o profissional da saúde se depara com casos de dor persistente, sem nenhum dano tecidual aparente, onde em vez de um sintoma, ela passa a ser a própria doença. Esse tipo de dor não tem nenhum significado biológico e, nesses casos, a dor compromete a atividade profissional, o sono, o lazer, o apetite e as relações sociais e familiares do paciente (MERSKEY, UNIKOWSKI, 2003).

Na prática e nos estudos sobre dor uma confusão se faz presente: o sofrimento costuma ser tratado como sinônimo de dor. Embora o sofrimento frequentemente ocorra em casos de dor aguda ou outros sintomas corporais, ele se estende para além do físico.

Para compreender a dor humana é preciso que, além de identificar a natureza física do agente causador, sejam discriminados os fatores psicológicos situacionais que alteram a sua percepção, o que é um evento individual e pessoal. A contribuição emocional não deve ser subestimada ao tratar dor. Os cirurgiões-dentistas sabem que a dor e a ansiedade de um paciente diminui o seu limiar à dor. Além disso, deve-se ter maior cuidado em pacientes com dor crônica, pois neles as influências psicológicas e comportamentais se tornam mais importantes (CAMPARIS; CARDOSO JÚNIOR; UNIKOWSKI, 2003).

Pode-se compreender a dor física como uma das dimensões da dor psíquica porque o corpo é uma apreensão dos sentidos e, como tal, não é assimilado somente por sua biologia (LAGACHE; FREUD; UNIKOWSKI et al., 2003).

Diante do fato de ser bastante freqüente o uso de medicação no combate à dor, faz-se necessário registrar algumas considerações à cerca do tema placebo, no que se refere ao alívio da dor. Pois há exemplos de situações em que as drogas habitualmente utilizadas na verdade não podem ser consideradas como "procedimentos terapêuticos

comprovados", já que nesses casos, a melhora atribuída ao uso de determinadas drogas, corresponderia a um possível efeito placebo apresentado pela mesma. Os efeitos do placebo mais a história natural e a regressão da doença ao meio podem justificar as taxas elevadas de bons resultados, que podem ser atribuídos aos efeitos específicos do tratamento. Muitos estudos vêm sendo realizados com o propósito de verificar até que ponto é válido utilizar placebos e até mesmo qual o real efeito dos medicamentos usados no combate a dor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto atual do desenvolvimento da ciência, o funcionamento psicofísico não pode mais ser considerado através da dicotomia dualista da compreensão dos fenômenos do humano. O aparelho físico, de um lado, e psíquico, de outro, não sustenta nem justifica o conteúdo das manifestações do fenômeno do adoecer. Atualmente, o que pode ser investigado ou medido, não pode nem deve ser interpretado separadamente. O fenômeno do adoecer requer interpretação de suplência entre suas diferentes dimensões, pelo menos, nas psicofísicas. Conclui-se que em uma realidade, uma vez desprezada a dimensão mítica do humano, não haverá acesso à realidade psíquica do fenômeno doloroso.

A real importância, bem como as respostas obtidas do tratamento da dor com placebos estão ainda mal definidas. Além disso, parece que esses efeitos são mediados por possíveis alterações cerebrais que podem levar a melhoras da condição corpórea. No entanto, não podemos concluir que "o que importa é acreditar". Alguns, senão a maioria dos medicamentos, provém benefícios que os placebos não o fazem, e muitas doenças não regredem mesmo com tratamentos médicos mais agressivos. Diante das dúvidas que pairam sobre o efeito placebo, admite-se ser um erro bruto usá-lo para avaliar se a dor ou a doença de um paciente é "real" e negligenciar a queixa

na base de uma resposta do placebo. Os profissionais que usam tratamentos inativos nas esperanças de produzir efeitos positivos do placebo funcionam sob diversos riscos, onde o paciente pode se sentir iludido caso descubra que está sendo tratado com um placebo, e isso produza reações adversas.

A compreensão dos mecanismos de resposta dos placebos pode ajudar cientistas a desvendar a farmácia intrínseca do corpo humano. O entendimento da dor e de seus mecanismos é de suma importância para qualquer profissional que lida com saúde, já que a necessidade dos pacientes em obter alívio da dor é uma das principais causas que motiva a busca a atendimento médico e odontológico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AD HOC COMMITTEE ON CLASSIFICATION OF HEADACHE: Classification of headache. **JAMA**;178:717-8, 1962.

BENSON. H; FRIEDMAN, R - Harnessing the power of the placebo effect and renaming it "remembered wellness". **Annu Rev Med**; 47:193-199, 1996.

CAMPARIS, C. M.;CARDOSO JÚNIOR, C. - **A psicologia da dor - Aspectos de interesse do cirurgião dentista.** Disponível em: www.odontologia.com.br Acesso em: 22 de junho de 2002.

CINDY, S - **Trends in Pharmacological Sciences**, jul 22(7):342, 2000.

DRUMMOND, P.D; HOLROYD, K.A.- **Psychological modulation of pain.** In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, editors. The Headaches. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; p.217-21, 2000.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**, 2a. Ed. Revisada e Ampliada, Ed. Nova Fronteira, 1986.

FREUD, S. - **Mas Alla dei Princípio del Placer.** in: Obras Completas, trad. Luis Lopez-Ballesteros e Torres, Biblioteca Nueva, Barcelona, España, 2507-254, 1972.

FREUD, S. - **Ejemplos de cómo los neuróticos revelan sus fantasias patógenas**, 1910 . In: Obras Completas :trad. Luis Lopez-Ballesteros e Torres, Biblioteca Nueva, Barcelona, España, 1575-1576, 1972.

FREUD, S. - **Projeto de uma psicologia.** Trad. Gabbi OF, Rio de Janeiro, Imago, 1995.

FREUD, S. - **El sentido de los sintomas Leccion XVIII - Teoria General de las neuroses 1916-1917.** In: Obras Completas, trad. Luis Lopez-Ballesteros e Torres, Biblioteca Nueva, Barcelona, España, 2282-2292, 1972.

HOLROYD, K.A; MARTIN. P.R - **Psychological treatment of tension-type headache.** In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, editors. The Headaches. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, p. 643-50, 2000.

LAGACHE, D - **La Psychanalyse. Paris, Prées Universitaires de France**, 77- 83, 1978.

LEITE, M.P.S. **Novos limites para a clínica psicanalítica?** Texto apostilado distribuído para o Seminário Interno da Escola Brasileira de Psicanálise – Seção São Paulo, sobre "Le Sinthôme", 1998.

LODUCA, A; SAMUELIAN, C. Avaliação psicológica do doente com dor. **Jornal Multidisciplinar da dor craniofacial**, 3(11): 228-43 2003.

MACHADO JP: **Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa**, 1990.

MELZACK, R; WALL, P. - **The challenge of Pain. England: New York Basic Book**, 171-172, 1976.

MERSKEY H, ALBE-FESSARD DG, BONICA JJ, CARMON A, DUBNER R, KERR FWL et al: Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by IASP Subcommittee on Taxonomy. **Pain** 6: 249-52, 1979.

NASIO, J.D - **O livro da dor e do amor.** São Paulo, Jorge Zahar, 21-22; 47-52, 1997.

PERISSINOTTI, D.M.N; FORTES, S; FIGUEIRÓ, J.A.B: Dor: Abordagens Psicoterápicas. **Rev Bras Med.**, 2003.

SHER, L. "The placebo effect on mood and behavior: the role of the endogenous opioid system". **Med**

Hypotheses;48(4):347-349, 1997.

SILBERSTEIN, S.D ; LIPTON, R.B ; GOADSBY, P.J ; eds.

Headache in clinical practice. Oxford: Isis Medical Media; p. 219, 1998.

SZASZ, T: **Douleur et plaisir**. Paris, Payot, 1986.

TEIXEIRA, M.J. - Fisiopatologia da Dor. **Rev. Med.**, São Paulo, v.76 (1)), p-7-20, 1997.

TEIXEIRA, M.J: Tratamento da dor crônica. **Revista do Hospital das Clínicas X**: 1-68 1997.

TURNER, R.J.A; DEYO, R.A; LOESER, J.D; VONKORFF, M; FORDYCE, W.E. "The importance of placebo effects in pain treatment and research [see comments".

JAMA; 271(20): 1609-1614, 1994.

UNIKOWSKI, I. L.; et al. Neurofisiologia da dor orofacial. **Rev. Odonto Ciência – Fac. Odonto/ PUCRS**, v. 18, n.42, p.361-7, out. /dez. 2003.