



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB

FACULDADE DE CEILÂNDIA – FCE

CURSO DE FARMÁCIA

SAMIA VIEIRA DA FONSÊCA PARENTE DE FREITAS

**AVALIAÇÃO FARMACOLÓGICA DO USO DE MEDICAMENTOS
PSICOTRÓPICOS EM PACIENTES ATENDIDOS NO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA
DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA**

Brasília

2016

Samia Vieira da Fonsêca Parente de Freitas

**AVALIAÇÃO FARMACOLÓGICA DO USO DE MEDICAMENTOS
PSICOTRÓPICOS EM PACIENTES ATENDIDOS NO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA
DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA**

Trabalho apresentado como requisito
parcial para a conclusão do curso de graduação
em Farmácia pela Universidade de Brasília.

Prof. Dr. José Eduardo Pandossio

Orientador

Brasília

2016

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB
FACULDADE DE CEILÂNDIA – FCE
CURSO DE FARMÁCIA

**Avaliação farmacológica do uso de medicamentos psicotrópicos em
pacientes atendidos no serviço de fisioterapia do Hospital Universitário de
Brasília**

Trabalho apresentado como
requisito parcial para a conclusão do
curso de graduação em Farmácia pela
Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. José Eduardo Pandossio

Co-orientadora: Profa. Dra. Corina Elizabeth Satler

Brasília

2016

Dedico este trabalho,

Aos meus pais Marleide e Osmar, e ao meu esposo Murilo. Vocês três foram, são e continuarão sendo fundamentais em tudo aquilo que faço e também são responsáveis por minha vitória.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que em tudo me sustenta e me fortalece a cada dia para que eu prossiga nos meus projetos e sonhos.

Aos meus amados pais, Marleide e Osmar, que com amor e em meio a muitas dificuldades, sempre fizeram o possível para me proporcionar uma educação boa e sempre me incentivaram a ser a melhor naquilo que eu fizesse.

Ao meu lindo esposo e melhor amigo, Murilo, que me acompanha desde o ensino médio, que comemorou comigo a entrada na UnB e durante todos esses anos lutou ao meu lado por essa conquista, com muita paciência e compreensão, e por todas as outras que nós já tivemos.

À toda minha família, avós, sogros, cunhados, tios e primos, que me encheram sempre de amor, carinho e incentivo, acreditando e torcendo por mim.

A todos os docentes, dos quais tive a honra de ser aluna, que contribuíram para a profissional que estou me tornando, com conhecimentos teóricos e práticos, e também com exemplos de vida dentro e fora de sala. Em especial, ao meu querido orientador e professor José Eduardo Pandossio, que me acompanhou por mais da metade do tempo que passei na UnB, me ensinando, me ajudando e confiando no meu potencial como aluna, monitora, tutora e orientanda.

A professora e minha co-orientadora, Corina Elizabeth Satler, que me ajudou e apoiou durante o período de preparo do trabalho juntamente com sua equipe de pesquisa.

A todos os amigos da graduação, que estiveram ao meu lado nas várias disciplinas, compartilhando conhecimentos, experiências, frustrações e muitas alegrias. Em especial à minha amiga, madrinha de casamento e farmacêutica Gabriela e aos demais amigos da Farmácia – 1º/2011.

Aos companheiros da II e III Jornada Acadêmica de Farmácia, com quem caminhei por dois longos e maravilhosos anos, que me mostraram realmente a dimensão e a proporção que um trabalho e esforço em equipe podem ter.

E por fim, ao meu amado filho Noah, que chegou para dividir esta caminhada comigo na reta final, deixando tudo mais emocionante e especial.

VF866a De Freitas, Samia Vieira da Fonsêca Parente.
Avaliação farmacológica do uso de medicamentos
psicotrópicos em pacientes atendidos no serviço de fisioterapia do
Hospital Universitário de Brasília / Samia Vieira da Fonsêca Parente
de Freitas; orientador: José Eduardo Pandossio; co-orientadora:
Corina Elizabeth Satler. -- Brasília, 2016.
34 f. : il.

Trabalho de conclusão do curso de graduação em Farmácia -
Universidade de Brasília / Faculdade de Ceilândia, 2016.

1. Avaliação farmacológica 2. Psicotrópicos 3. Dor 4.
Ansiedade 5. Depressão I. Pandossio, José Eduardo, orient. II.
Satler, Corina Elizabeth, co-orient. III. Título.

RESUMO

A dor está presente na vida de uma grande parte da população mundial e, conseqüentemente, leva muitos indivíduos a procurar os serviços de saúde, dentre eles os serviços médicos e de fisioterapia, de forma a garantir uma melhor qualidade de vida. A partir do projeto de pesquisa intitulado “Avaliação cognitiva breve em pacientes atendidos no Serviço de Fisioterapia do Hospital Universitário de Brasília”, foram coletadas informações de pacientes referentes à presença de dor, uso de fármacos dos grupos de antidepressivos, sedativo-hipnóticos e estabilizadores de humor, e avaliação dos sintomas de depressão e ansiedade por meio da aplicação de escalas. Este trabalho teve como objetivo relacionar esses parâmetros, de forma a avaliar o uso desses medicamentos, pois os mesmos são utilizados amplamente pela população, muitas vezes de maneira inadequada e, às vezes, com o objetivo de tratar sintomas ou patologias distintas do seu uso principal. Exemplos disso são os antidepressivos, sedativo-hipnóticos e estabilizadores de humor, que podem ser utilizados para tratar vários sintomas, como a dor, a qual pode estar associada à depressão e/ou à ansiedade. A partir dos resultados obtidos, verifica-se uma relação direta entre a dor relatada pelos pacientes e a presença de sintomas para a depressão e ansiedade, corroborando com a literatura encontrada. Porém, boa parte dos tratamentos farmacológicos precisam de um melhor acompanhamento clínico, para que os pacientes tenham êxito em suas terapias.

Palavras-chave: avaliação farmacológica, psicotrpicos, dor, ansiedade e depressão.

ABSTRACT

Pain is present in a large amount of the world's population and consequently leads many individuals to seek health services, including medical and physiotherapy, in order to ensure a better quality of life. Based on the project entitled "Brief cognitive evaluation of patients attended at the Physiotherapy Service of the University of Brasília Hospital", information was collected in order to detect the presence of pain, use of medicines like antidepressants, sedative-hypnotics and mood stabilizers, and symptoms of depression and anxiety detected through specific scales. The aim of this study was to relate these parameters in order to evaluate the use of these medicines, which many of them can be used to treat symptoms or conditions distinct from their main use. Examples are antidepressants, sedative-hypnotics and mood stabilizers, which can be used to treat various symptoms, like pain, which could be associated with depression and/or anxiety. The results showed that there is a direct relationship between the pain reported by the patients and the presence of symptoms of depression and anxiety, in agreement with the literature. However, most pharmacological treatments require better clinical follow-up for patients to be succeed in their therapies.

Keywords: pharmacological evaluation, psychotropic drugs, pain, anxiety and depression.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Sistema endógeno de controle da dor, com destaque para MCP (matéria cinzenta periaquedutal), NRM (núcleo magno da rafe, produtor de 5-HT) e LC (locus coeruleus, produtor de N-Adr – noradrenalina) (BRANDÃO, 2001).....4

Figura 2 – Porcentagem de pacientes distribuídos em grupos.....25

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Valores de referência para o Inventário de Ansiedade de Beck (IAB).....13

Quadro 2 – Valores de referência para o Inventário de Depressão de Beck (IAB).....14

Quadro 3 – Valores de referência para a Escala de Depressão Geriátrica de Yasavage (EDG-15).....14

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Grupos amostrais dos pacientes conforme critérios de análises.....	12
Tabela 2 – Gênero e idade dos pacientes avaliados.....	16
Tabela 3 – Subclassificação do diagnóstico dos pacientes avaliados (n=66).....	17
Tabela 4 – Escores obtidos pelos pacientes (n=66) no Inventário de Ansiedade de Beck (IAB).....	18
Tabela 5 – Escores obtidos pelos pacientes (n= 39) no Inventário de Depressão de Beck (IDB).....	19
Tabela 6 – Escores obtidos pelos pacientes (n= 25) na Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (EDG-15).....	19
Tabela 7 – Relação dos medicamentos psicotrópicos utilizados pelos pacientes (n= 21).....	20
Tabela 8 – Pacientes com relato de dor.....	22
Tabela 9 – Pacientes com score (s) positivo (s) nas escalas IAB e/ou IBD ou EDG-15.....	22
Tabela 10 – Pacientes que utilizam antidepressivos, sedativo-hipnóticos e estabilizadores de humor.....	23
Tabela 11 – Divisão da amostra (n = 66) de acordo com os grupos (relato de dor, uso de antidepressivo e/ou sedativo-hipnótico e/ou estabilizador de humor e resultado das escalas).....	24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADT – Antidepressivo tricíclico

BZD – Benzodiazepínico

EDG-15 – Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage

GABA - Ácido gama-aminobutírico

IAB – Inventário de Ansiedade de Beck

IASP – Associação Internacional para o Estudo da Dor

IDB – Inventário de Depressão de Beck

IMAO – Inibidor da monoaminoxidase

IRSN – Inibidor da recaptação de serotonina e noradrenalina

ISRN - Inibidor seletivo da recaptação de noradrenalina

ISRS – Inibidor seletivo da recaptação de serotonina

LC – Locus coeruleus

MCPV – Matéria Cinzenta Periaquedutal Ventral

N-Adr – Noradrenalina

SNC – Sistema nervoso central

SNP – Sistema nervoso periférico

THB – Transtorno de humor bipolar

5-HT – Serotonina

SUMÁRIO

1. Introdução	1
2. Justificativa	10
3. Objetivos	11
3.1. Objetivo geral	11
3.2. Objetivos específicos	11
4. Metodologia	12
4.1. Participantes	12
4.2. Instrumentos	13
4.3. Procedimento	15
4.4. Análise de dados	15
5. Resultados	16
5.1. Características da população amostral	16
5.2. Motivos que levaram os participantes a procurarem o serviço de Fisioterapia	16
5.3. Aplicação das escalas	18
5.4. Medicamentos psicotrópicos utilizados pelos participantes	20
5.5. Relação entre os parâmetros avaliados	22
6. Discussão	26
7. Considerações finais	30
7.1. Limitações do trabalho	30
7.2. Perspectivas futuras	30
8. Referências bibliográficas	31

1. INTRODUÇÃO

O conceito de dor foi estabelecido pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, que resulta de um dano real ou potencial ao tecido”. Busca-se uma terapia ideal para o seu tratamento, entretanto, os medicamentos amplamente utilizados possuem, além de eficácia limitada, diversos efeitos colaterais, necessitando ainda de melhorias na sua aplicação. O fator principal que limita esses medicamentos é o mecanismo de modulação da nocicepção no sistema nervoso central (SNC), que ainda não é totalmente entendido (WANG et al., 2014).

Considerada um componente essencial para a defesa do organismo, a dor pode ser compreendida como uma sensação desagradável que fornece recursos para que o sistema nervoso promova uma resposta motora e glandular que minimize o dano causado (FEIN, 2011). A dor pode envolver diversas regiões do SNC, tendo relação com estímulos físicos e químicos captados por receptores nociceptivos (BRANDÃO, 2001).

Dentre os vários neurotransmissores relacionados aos neurônios nociceptivos aferentes primários, um dos mais relevantes é a substância P que, ao ligar-se a receptores no corno dorsal da medula, produz um aumento gradual na frequência de disparo. Esse mecanismo leva vários autores a considerarem esse neurotransmissor como modulador de longa duração de processos sensoriais. Além da substância P, o glutamato é considerado o neurotransmissor da dor por ser encontrado em altas concentrações nas raízes dorsais da medula espinhal (BRANDÃO, 2001).

Existem duas vias que são responsáveis pela condução dos estímulos neuroquímicos que serão convertidos na percepção da dor, a via neoespino-talâmica e a via paleoespino-talâmica. Essas vias se diferenciam no tipo de condução e sensação de dor gerada ao final. Evidências levam a concluir que a via neoespino-talâmica é responsável pela sensação de dor aguda, bem localizada na superfície do corpo. Já a

via paleoespino-talâmica é responsável pela dor pouco localizada, profunda e do tipo crônica. Além dessa diferenciação, a via neoespino-talâmica tem como característica distinta a liberação de substância P como resultado da sinapse entre seus neurônios (MACHADO, 1998).

As dores aguda e crônica podem ser diferenciadas pelas características dos estímulos. Na primeira, o tempo é delimitado, a causa é bem específica e, com a cura do agravo, a dor desaparece. Já na dor crônica, potenciais de ação despolarizantes locais, que produzem atividade neural tônica, justificam a permanência da dor mesmo após a cura do agravo. Nesse caso, as influências centrais inibitórias são reduzidas, propiciando que essa atividade seja causada, inclusive, por estímulos não nocivos (BRANDÃO, 2001). Além disso, a dor pode ser considerada aguda, quando dura menos do que 30 dias, ou pode ser considerada crônica, quando dura mais que 30 dias (PCDT – Dor crônica /MS, 2012).

O organismo está exposto diariamente a processos dolorosos, como stress e esforço físico intenso. Eles são tolerados devido à existência de um controle fisiológico endógeno supressor da dor. Sabe-se que há uma grande quantidade de neurotransmissores envolvidos no processo de neuromodulação da dor, incluindo serotonina (5-HT), noradrenalina (N-Adr), opióides, ácido gama-aminobutírico (GABA) e glicina (JANAKIRAMAN et al., 2016). O controle supra-espinhal da dor envolve determinadas estruturas do SNC. A matéria cinzenta periaquedutal ventral (MCPV), no mesencéfalo, está conectada com núcleos bulbares, mais especificamente o núcleo magno da rafe e núcleos gigantocelular e paragigantocelular, formando uma alça antinociceptiva. Quando o núcleo magno da rafe é estimulado há analgesia. Entretanto, quando o mesmo é lesionado, esse sistema analgésico endógeno é inibido (BRANDÃO, 2001). Há evidências morfológicas, comportamentais e eletrofisiológicas de que neurotransmissores como GABA e 5-HT estão presentes nessa via, proporcionando uma analgesia fisiológica (CHINN et al., 2016).

Deve-se destacar a importância da 5-HT no processo de produção de analgesia, relacionada principalmente com o núcleo magno da rafe. A hipótese mais aceita é de que as fibras serotoninérgicas descendentes controlem, de forma inibitória, a

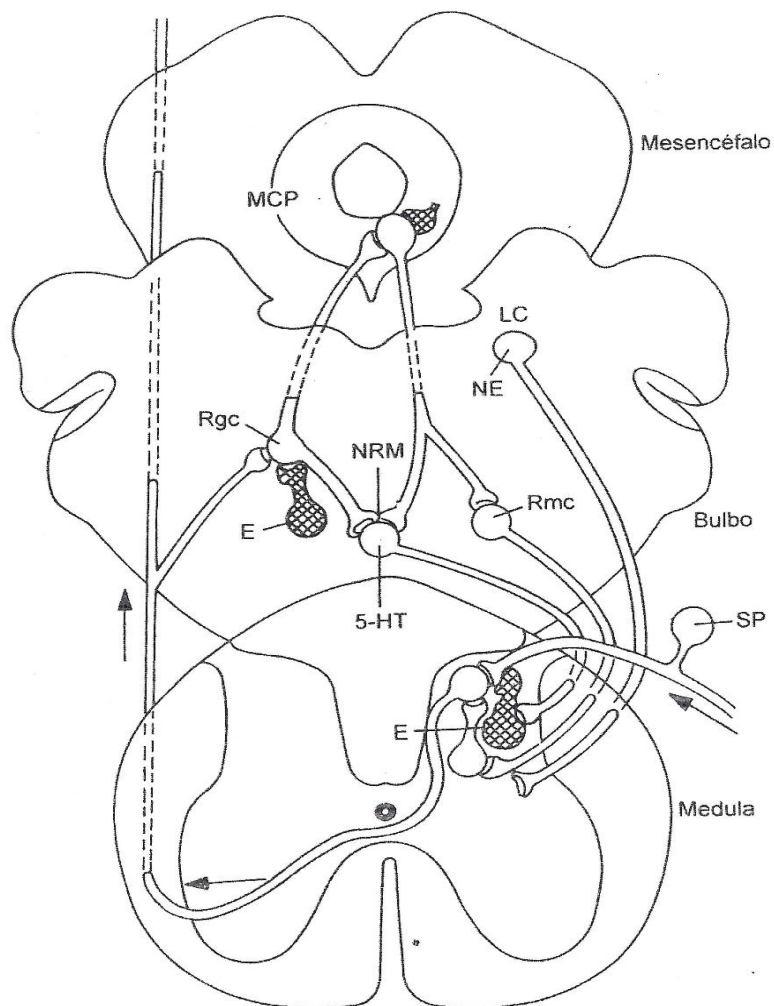
transmissão da dor no corno dorsal da medula espinhal e que, quando esse neurotransmissor é liberado observa-se, experimentalmente, analgesia. Corroborando com a hipótese, ao administrar um antagonista não-competitivo serotoninérgico, os efeitos analgésicos da estimulação do núcleo magno da rafe e da MCPV são reduzidos. Além disso, sabe-se que as drogas que inibem a recaptação de 5-HT promovem analgesia e podem ser utilizadas para tratar dor crônica em pacientes (BRANDÃO, 2001).

Além disso, há uma outra via inibitória relevante para o processo de dor, a via descendente espinhal da noradrenalina (N-Adr). Ela é originada no *locus coeruleus* (LC), localizado no quarto ventrículo, no tronco encefálico. O LC envia projeções noradrenérgicas a diversas regiões do SNC e atua diretamente no controle de fatores fisiológicos, como a atenção, sono-vigília e a dor (ISHIBASHI et al., 2009). Os neurônios noradrenérgicos espinhais descendentes são responsáveis por inibir a liberação de neurotransmissores aferentes primários que levam o estímulo doloroso, ocasionando na inibição da condução dessas substâncias até o córtex pré-frontal (STAHL, 2010).

Em conjunto, os neurotransmissores 5-HT e N-ADR estão diretamente relacionados ao processo de inibição da dor pois, logo após o envolvimento da MCPV, temos a participação dos núcleos magno da rafe e *locus coeruleus*, onde há concentração de neurônios serotoninérgicos e noradrenérgicos, respectivamente e, com isso, são capazes de aumentar os níveis de opióides endógenos (analgesia espinhal) (STAHL, 2010).

Abaixo, na figura 1, temos a ilustração anatômica do sistema de controle da dor, com a localização das respectivas estruturas e substâncias envolvidas.

Figura 1. Sistema endógeno de controle da dor, com destaque para MCP (matéria cinzenta periaquedutal), NRM (núcleo magno da rafe, produtor de 5-HT) e LC (*locus coeruleus*, produtor de N-Adr – noradrenalina).



Fonte: BRANDÃO, 2001.

Com o desenvolvimento de pesquisas para entender mais claramente a neuroanatomia das vias de condução, da neurofarmacologia e da fisiopatologia da dor, a cada dia são descobertas novas alternativas de tratamento, de forma a elucidar esse grande desafio, que é a analgesia efetiva (ROCHA et al, 2007).

Fatores étnicos e sociais interferem diretamente na nocicepção, intensidade da dor e percepção de sofrimento. A liberação de opióides endógenos, principalmente

endorfinas e de outros neuromoduladores da dor ocorre mediante dor intensa ou estresse. Esse último, juntamente com o medo, a ansiedade e a duração da dor, estão associados à ativação do sistema opióide de modulação da analgesia. Além disso, os transtornos de depressão e ansiedade vão interferir também no processo da dor, de forma que a neurotransmissão de 5-HT e N-Adr, envolvidas nessas patologias, também associam-se à via da analgesia, como dito anteriormente. Principalmente quando se trata de dor do tipo crônica é comum a presença de sofrimento, considerado resposta emocional negativa para a dor (TEIXEIRA, 2006).

Nesse sentido, a ansiedade é definida como um estado subjetivo de tensão, muitas vezes acompanhado por sensações físicas, tais como o aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca, por exemplo. Essas sensações são induzidas pela expectativa do perigo, dor ou outra motivação (BRANDÃO, 2001). A ansiedade pode também ser classificada como uma emoção normal em situações de ameaça, sendo um elemento fundamental nas reações do tipo “luta-fuga” (STAHL, 2010). Quando considerada patológica, a ansiedade leva à confusão e distorção da percepção temporal, espacial, em relação a pessoas e ao significado dos acontecimentos (BRANDÃO, 2001). A ansiedade é caracterizada como transtorno psiquiátrico quando há presença de sintomas de medo e preocupação de forma excessiva (STAHL, 2010). Diversos estudos na área correlacionam o excesso de preocupação, tensão, nervosismo e apreensão com a presença de dor crônica, levando a um percentual de ansiedade superior ao considerado normal nesses pacientes (CASTRO et al., 2006; LIRA e CARVALHO, 2013).

Com relação à depressão, a proposta neuroquímica baseia-se primordialmente na hipótese monoaminérgica, que justifica a presença dos sintomas da depressão devido à deficiência das monoaminas 5-HT, N-Adr e dopamina. Dentre os sintomas associados à patologia e, levando-se em consideração o IV Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 1994 (DSM-IV, 1994), para fins de diagnóstico, deve haver a presença de humor deprimido e apatia - sendo necessária, obrigatoriamente, a presença de ao menos um dos dois - alterações de peso e/ou apetite, agitação ou retardo psicomotor, sentimento de culpa, disfunção executiva,

distúrbios do sono, fadiga e ideação suicida - sendo necessária obrigatoriamente a presença de ao menos quatro desses sintomas (STAHL, 2010).

Em casos de pacientes com dor crônica, os mesmos apresentam, com grande frequência, alguma comorbidade de caráter psiquiátrico, sendo que 30% a 54% desses podem ser diagnosticados com depressão (TENG et al., 2005). Os transtornos de humor e ansiedade são comorbidades comumente associadas a doenças como fibromialgia (CHINN et al., 2016). Além disso, relatos de dor grave estão associados à maior frequência de pensamentos suicidas, tentativas de suicídios e suicídio completo, mostrando que há necessidade de um melhor acompanhamento dos pacientes crônicos (TENG et al., 2005).

Dentre as principais medidas não-farmacológicas para o tratamento da dor temos a prática de exercícios físicos, terapia cognitiva comportamental, massagem, reabilitação e calor local como alternativas eficazes no tratamento de dores (PCDT – Dor crônica/MS, 2012). De acordo com a American Physical Therapy Association (2001), o tratamento fisioterapêutico é capaz de melhorar o controle da dor e contribuir para a retomada ou aperfeiçoamento das habilidades do paciente relacionadas à sua rotina (PAIVA et al., 2006).

Em termos farmacológicos, os antidepressivos são medicamentos que surgiram tendo, como foco, o tratamento da depressão maior. Apresentam, como mecanismo de ação, a inibição da recaptção de monoaminas (noradrenalina, serotonina e dopamina) levando, em consequência, ao aumento da oferta desses neurotransmissores podendo, por isso, ser utilizados em outras doenças. Esses fármacos são subdivididos conforme seus mecanismos de ação ou estruturas químicas, tais como: antidepressivos tricíclicos (ADT), inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS), inibidores da recaptção de serotonina e noradrenalina (IRSN), inibidores seletivos da recaptção de noradrenalina (ISRN), inibidores da recaptção de noradrenalina e dopamina (IRND) e inibidores da monoaminoxidase (IMAO) (O'DONNELL e SHELTON, 2010).

Além das indicações clínicas para o tratamento da depressão e ansiedade, diversos efeitos dos antidepressivos podem cooperar na supressão da dor (SAWYNOK et al., 2001). Sabendo-se da ação dos antidepressivos sobre a dor, o tratamento eficaz

pode ser feito, concomitantemente, com o uso de algum antidepressivo, levando em consideração os problemas clínicos de base e a redução dos sintomas depressivos (TENG et al., 2005). Nesse sentido, os antidepressivos são amplamente utilizados para tratar a dor neuropática, tendo como exemplos ADT como a amitriptilina e IRSN, como a duloxetina e venlafaxina, com eficácia sobre a dor (BARON et al., 2016).

O grupo de sedativo-hipnóticos - que inclui benzodiazepínicos (BZD), sedativos não-benzodiazepínicos e barbitúricos – têm várias indicações clínicas como, por exemplo, o tratamento das convulsões, da ansiedade e da insônia, um distúrbio do sono que, geralmente, é comorbidade de outro transtorno psiquiátrico (SUKYS-CLAUDINO et al., 2010). Esses medicamentos interagem com o receptor GABA, sendo a maioria desses receptores inibitórios. Sabe-se que a inibição de sinapses controla as vias sensoriais na medula espinhal e que diversas condições de dor crônica estão ligadas à redução da inibição. Além disso, a redução da neurotransmissão GABA é utilizada como mecanismo inibitório da analgesia (TAKKALA et al., 2016). Por isso, a importância de utilizar medicamentos que atuem como agonistas sobre os receptores gabaérgicos, como os benzodiazepínicos (STAHL, 2010). Como exemplos desse grupo, têm-se que alguns BZDs, como o clonazepam, parecem ser bem eficazes no tratamento da dor orofacial neuropática (SOTORRA-FIGUEROLA et al., 2016). Entre os não-benzodiazepínicos, como o zolpidem, que agem como agonistas seletivos das subunidades α_1 e α_2 do receptor GABA-A (SUKYS-CLAUDINO et al., 2010) e, entre os barbitúricos, como fenobarbital, que são moduladores alostéricos positivos dos receptores GABA-A (STAHL, 2010).

Os estabilizadores de humor são utilizados, principalmente, para o quadro maníaco no transtorno de humor bipolar (THB), além de serem indicados como anticonvulsivantes, entre outras aplicações terapêuticas. Dentre esses medicamentos, temos a carbamazepina que atua, provavelmente, inibindo a abertura de canais de sódio e cálcio; o ácido valpróico, que age hipoteticamente inibindo canais de sódio voltagem-dependentes e potencializando a função de GABA, além do topiramato, que atua aumentando a atividade de GABA e antagonizando glutamato (MACHADO-VIEIRA et al., 2003). Esses medicamentos, além de atuarem nos sintomas do THB, podem atuar na ansiedade e nas síndromes dolorosas do tipo fibromialgia, dor neuropática e

enxaqueca (STAHL, 2010). Nesse sentido, a carbamazepina é utilizada como tratamento na neuralgia do trigêmio e o ácido valpróico tem demonstrado eficácia clínica na dor neuropática (SOTORRA-FIGUEROLA et al., 2016).

Além do aspecto farmacológico, com o objetivo de contribuir e facilitar o rastreio do diagnóstico de ansiedade e depressão, foram desenvolvidos instrumentos que permitem avaliar a presença de sintomas dessas doenças. O Inventário de ansiedade de Beck - IAB (Beck Anxiety Inventory) foi desenvolvido por Beck et al. (1988) para avaliar sintomas de ansiedade através de 21 itens que teriam relação com questões cognitivas e afetivas, implicadas nos sintomas característicos da doença. O paciente avaliado responde cada item referente à última semana que passou, classificando de 0 (não a todas) a 3 (severamente) o item respondido, e o resultado final do inventário varia de 0 a 63 pontos (BECK et al., 1988). Cunha (2001), em seu “Manual da versão em português das escalas Beck”, considera os resultados do IAB como: mínimo (0-10), leve (11-19), moderado (20-30) e grave (31-63) para o diagnóstico de ansiedade (CUNHA 2001 apud BARTHOLOMEU et al., 2010).

O Inventário de Depressão de Beck - IDB (Beck Depression Inventory), foi desenvolvido por Beck e colaboradores no ano de 1961. Essa escala foi construída através de observações clínicas dos sintomas mais específicos da depressão, de forma a auxiliar na avaliação da intensidade da doença. O instrumento é composto por 21 categorias, com itens que variam entre 0 a 3 na sua pontuação, de forma que 0 equivale à ausência dos sintomas depressivos e 3 à presença de sintomas mais pronunciados (BECK et al., 1961). Para a devida avaliação do instrumento, Cunha (2001), em seu manual, considera para depressão os níveis mínimo a grave com os seguintes escores: mínimo (0-11), leve (12-19), moderado (20-35) e grave (36-63) (CUNHA 2001 apud BARTHOLOMEU et al., 2010).

Já a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (EDG-15) é um instrumento amplamente utilizado para amparar o diagnóstico de depressão em idosos. Inicialmente, Yesavage et al. (1983) descreveram uma primeira versão composta por 30 itens para a comprovação dos transtornos de humor em idosos. Em 1986, a escala foi simplificada por Sheikh & Yesavage em 15 itens (EDG-15) que, para eles, eram

suficientes para registrar um bom diagnóstico e que possuam a sensibilidade, especificidade e confiabilidade necessárias. A EDG-15 utiliza o ponto de corte 5/6 para o diagnóstico de depressão, pois o valor produz índices de sensibilidade de 85,4% e especificidade de 73,9% (ALMEIDA e ALMEIDA, 1999).

Com base no que foi exposto, o presente estudo tem como objetivo elucidar a relação entre o relato de dor de pacientes atendidos no serviço de fisioterapia do Hospital Universitário de Brasília, a presença de sintomas para ansiedade e/ou depressão, verificados através do IAB, IDB e EDG-15 e o uso de psicotrópicos, mais especificamente antidepressivos, sedativo-hipnóticos e estabilizadores de humor, de forma a avaliar o uso desses medicamentos para essa finalidade.

2. JUSTIFICATIVA

Este estudo é parte do projeto “Avaliação cognitiva breve em pacientes atendidos no Serviço de Fisioterapia do Hospital Universitário de Brasília”, desenvolvido no Hospital Universitário de Brasília (HUB). Os dados foram coletados em conjunto com a equipe coordenada pela Prof.^a Dr.^a Corina Elizabeth Satler, no ambulatório do hospital. O grupo fez uma avaliação cognitiva breve que permitiu caracterizar o perfil cognitivo dos pacientes, identificar a presença de sintomas de ansiedade e/ou depressão, vinculados ou não à presença de dor, assim como a qualidade de vida dos pacientes que frequentavam o Serviço de Fisioterapia do HUB através de anamnese, avaliação comportamental e sensorial, escalas e avaliação cognitiva. A partir dessas avaliações e do relato dos pacientes, surgiu o questionamento sobre o uso de fármacos, com ênfase nos psicotrópicos utilizados, e sua possível interferência no tratamento desses pacientes.

O trabalho justifica-se pela avaliação da indicação clínica adequada de antidepressivos, sedativo-hipnóticos e estabilizadores de humor no tratamento da dor, devendo ser direcionada, neste caso, a pacientes que apresentariam relato de dor e sintomas relacionados à depressão e/ou ansiedade.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Avaliar o uso de medicamentos psicotrópicos em pacientes atendidos no serviço de fisioterapia do Hospital Universitário de Brasília (HUB) do Distrito Federal, no período de 2014 a 2016.

3.2. Objetivos específicos

3.2.1. Realizar, a partir da entrevista, um levantamento acerca do uso de antidepressivos, sedativo-hipnóticos e estabilizadores de humor em pacientes com relato de dor, que apresentam sintomas de depressão e/ou ansiedade.

3.2.2. Comprovar, por meio das escalas Beck e Yesavage para avaliação de depressão e ansiedade, a relação entre os sintomas dessas patologias e a utilização de antidepressivos, sedativo-hipnóticos e estabilizadores de humor por pacientes que apresentam relato de dor.

4. METODOLOGIA

4.1. Participantes

A amostra analisada foi composta por 66 indivíduos (n=66), todos adultos, com idade igual ou superior a 20 anos, participantes do projeto “Avaliação cognitiva breve em pacientes atendidos no Serviço de Fisioterapia do Hospital Universitário de Brasília”.

Aos pacientes foram aplicadas as escalas IAB, IDB ou EDG-15, e levando em consideração os escores alcançados, o uso de psicotrópicos e o relato de dor, a amostra total (n=66) foi dividida em 8 (oito) grupos para as devidas análises, de forma que foram considerados resultados positivos (IAB e IDB = leve a grave e EDG-15 \geq 5), conforme descrito na tabela abaixo:

Tabela 1 - Grupos amostrais dos pacientes conforme critérios de análises.

Grupos	Relato de dor	Resultado positivo no Inventário de Ansiedade de Beck (IAB) e/ou no Inventário de Depressão de Beck (IDB) / Escala de depressão geriátrica de Yesavage (EDG-15)	Uso de antidepressivo, sedativo-hipnótico e/ou estabilizador de humor
1	Sim	Sim	Sim
2	Sim	Não	Sim
3	Sim	Sim	Não
4	Sim	Não	Não
5	Não	Sim	Sim
6	Não	Não	Sim
7	Não	Sim	Não
8	Não	Não	Não

Os critérios de inclusão do grupo amostral utilizados foram: ser atendido no serviço de fisioterapia do HUB e possuir capacidade de compreensão e verbalização

adequadas para serem entrevistados. Os critérios de exclusão do grupo amostral foram não ser atendido no serviço de fisioterapia do HUB e não possuir capacidade de compreensão e verbalização adequadas para serem entrevistados.

O consentimento dos pacientes que participaram deste trabalho foi obtido através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo com as regras do Comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Saúde da UnB (FS/UnB), processo no. 32225714.2.0000.0030.

4.2. Instrumentos

Os instrumentos utilizados para avaliar sintomas de ansiedade e/ou depressão entre os pacientes foram o Inventário de Ansiedade de Beck (IAB) e o Inventário de Depressão de Beck (IDB) ou Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (EDG-15), para pacientes idosos (≥ 60 anos).

Abaixo, seguem os quadros 1, 2 e 3 com os valores de referências das escalas utilizadas.

Quadro 1 - Valores de referência para o Inventário de Ansiedade de Beck (IAB).

Inventário de Ansiedade de Beck	
Nível	Escores
Mínimo	0-10
Leve	11-19
Moderado	20-30
Grave	31-63

Fonte: CUNHA, 2001.

Quadro 2 - Valores de referência para o Inventário de Depressão de Beck (IDB).

Inventário de Depressão de Beck	
Nível	Escores
Mínimo	0-11
Leve	12-19
Moderado	20-35
Grave	36-63

Fonte: CUNHA, 2001.

Quadro 3 - Valor de referência para a Escala de depressão geriátrica de Yesavage (EDG-15).

Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage	
Nível	Escores
Suspeita de depressão	≥ 5

Fonte: ALMEIDA e ALMEIDA, 1999.

4.3. Procedimento

De acordo com a coleta de dados do projeto ao qual este trabalho está vinculado, foi realizada entrevista com os participantes, que englobou anamnese, aspectos comportamentais, sensoriais e cognitivos, e o trabalho em questão deu ênfase aos seguintes parâmetros:

- a) Levantamento dos motivos que os levaram ao serviço de Fisioterapia do HUB (subclassificações dos diagnósticos e se haveria ou não relato de dor);
- b) Aplicação das escalas IAB, IDB e EDG-15, de acordo com a faixa etária dos pacientes, com o intuito de avaliar se haveria ou não o diagnóstico, respectivamente, de ansiedade e/ou depressão em adultos e em idosos;
- c) Avaliação dos medicamentos psicotrópicos utilizados pelos participantes, enfatizando os antidepressivos, sedativo-hipnóticos e estabilizadores do humor.

A partir desses dados, os participantes foram subdivididos em grupos (previamente relatados na seção Participantes), de acordo com os objetivos deste trabalho.

4.4 Análise de dados

Os dados foram apresentados como frequência, expressos em porcentagem (%).

5. RESULTADOS

5.1. Características da população amostral

Tabela 2 – Gênero e idade dos pacientes avaliados.

	Número de pacientes	Frequência (%)
Mulheres	48	72,7
Homens	18	27,3
Adultos	41	62,1
Idosos (≥ 60 anos)	25	37,9

De acordo com os parâmetros avaliados, foram obtidos os dados a seguir:

5.2. Motivos que levaram os participantes a procurarem o serviço de Fisioterapia do HUB

Os pacientes avaliados foram subclassificados de acordo com seu diagnóstico, levando em consideração as razões que os levaram a procurar o serviço de Fisioterapia do hospital.

Tabela 3 - Subclassificação do diagnóstico dos pacientes avaliados (n= 66).

Subclassificação	Número de pacientes	Frequência (%)
Distúrbio ortopédico	12	18,2
Problema neurológico - SNC	6	9,1
Problema na coluna vertebral	17	25,8
Problema neurológico - SNP	5	7,6
Problema reumatológico	3	4,5
Hiperalgisia levando à sensibilização central	1	1,5
Traumatismo	19	28,8
Misto	2	3,0
Sem classificação	1	1,5
Total	66	100

Dentre as subclassificações presentes, traumatismo nos membros inferior e superior tem a maior frequência entre os pacientes (28,8%). Na sequência, os maiores números foram de casos de problemas na coluna vertebral, mais especificamente na região lombar (25,8%) e distúrbios ortopédicos, tanto inferiores quanto posteriores (18,2%). Além dessas disfunções, houve pacientes com problemas neurológicos no SNC (9,1%) e SNP (7,6%), com problemas reumatológicos (4,5%), disfunção mista (3,0%), sensibilização central (1,5%) e, por fim, sem classificação (1,5%).

5.3. Aplicação das escalas

Tabela 4 - Escores obtidos pelos pacientes (n=66) no **Inventário de Ansiedade de Beck (IAB)**.

Nível	Número de pacientes	Frequência (%)
Mínimo (0-11)	33	50,0
Leve (12-19)	16	24,2
Moderado (20-35)	13	19,7
Grave (35-63)	4	6,1
Total	66	100

Considerou-se positivo para os sintomas de ansiedade os resultados entre leve a grave (CUNHA, 2001). Sendo assim, tem-se um total de 33 pacientes sem os critérios suficientes para o diagnóstico e 33 pacientes que apresentaram sintomas de ansiedade, variando entre os níveis leve a grave.

Para a depressão, a avaliação dos pacientes foi feita, como mencionado anteriormente, utilizando duas escalas distintas, uma para pacientes adultos (IDB) e uma para pacientes idosos (EDG-15). Abaixo, seguem os resultados para as duas faixas etárias.

Tabela 5 - Escores obtidos pelos pacientes (n=39) no Inventário de Depressão de Beck (IDB).

Nível	Número de pacientes	Frequência (%)
Mínimo (0-11)	24	61,5
Leve (12-19)	12	30,8
Moderado (20-35)	2	5,1
Grave (36-63)	1	2,6
Total	39	100

Tabela 6 - Escores obtidos pelos pacientes (n=25) na Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (EDG-15).

Nível	Número de pacientes	Frequência (%)
Não há suspeita de depressão (<5)	18	72
Há suspeita de depressão (≥5)	7	28
Total	25	100

Há discrepância entre o número total de pacientes que responderam a escala de ansiedade (n=66) e as escalas de depressão (n=64) pois, durante a aplicação dessas escalas, duas pacientes responderam a escala de depressão geriátrica erroneamente.

Entre os adultos, o resultado foi de 24 indivíduos com nível mínimo de sintomas para depressão, ou seja, não apresentam os critérios suficientes para o diagnóstico. Para os níveis leve a grave, 15 participantes apresentaram os sintomas, sugerindo um quadro depressivo (CUNHA, 2001).

Entre os idosos, 17 não apresentaram suspeita de depressão, enquanto que 8 obtiveram pontuação suficiente para suspeita da doença (ALMEIDA e ALMEIDA, 1999).

5.4. Medicamentos psicotrópicos utilizados pelos participantes

Tabela 7 - Relação dos medicamentos psicotrópicos utilizados pelos pacientes (n=21).

Grupo	Medicamento	Número de pacientes	Frequência (%)
Antidepressivos	Fluoxetina	7	22,6
	Amitriptilina	3	9,7
	Escitalopram	1	3,2
	Trazodona	1	3,2
	Duloxetina	1	3,2
	Paroxetina	1	3,2
Sedativo-hipnóticos	Clonazepam	1	3,2
	Clobazam	1	3,2
	Fenobarbital	1	3,2
	Zolpidem*	3	9,7
Estabilizadores do humor	Carbamazepina	1	3,2
	Topiramato	1	3,2
	Ácido valpróico	1	3,2
Opióides	Codeína	1	3,2

	Codeína + Paracetamol**	1	3,2
	Hidrocodona + Paracetamol**	1	3,2
Antiparkinsonianos	Levodopa + Cloridrato de benserazida	1	3,2
	Pramipexol	1	3,2
	Cloridrato de amantadina	1	3,2
	Relaxante muscular de ação central	Ciclobenzaprina	2
	Total	31	100

Notas:

*Somente sedativo

**Associação com não-opióide

A tabela acima descreve todos os medicamentos psicotrópicos que os pacientes entrevistados relataram uso. Dentre os 66 pacientes que formaram a amostra total, 21 afirmaram utilizar psicotrópicos, sendo que alguns pacientes utilizavam mais de um medicamento.

5.5. Relação entre os parâmetros avaliados

Abaixo, seguem as tabelas com a representação individual dos parâmetros cruzados (pacientes que apresentaram relato de dor, pacientes que apresentaram resultado positivo nas escalas BAI e/ou BDI ou EDG-15 e pacientes que utilizaram antidepressivos, sedativo-hipnóticos e/ou estabilizadores de humor).

Tabela 8 - Pacientes com relato de dor.

	Indivíduos	Frequência (%)
Têm relato de dor	58	87,9
Não têm relato de dor	8	12,1
Total	66	100

Tabela 9 - Pacientes com escore positivo nas escalas BAI e/ou BDI ou EDG-15.

	Indivíduos	Frequência (%)
Escore positivo	33	50
Sem escore positivo	33	50
Total	66	100

Tabela 10 - Pacientes que utilizaram antidepressivos, sedativo-hipnóticos e/ou estabilizadores de humor.

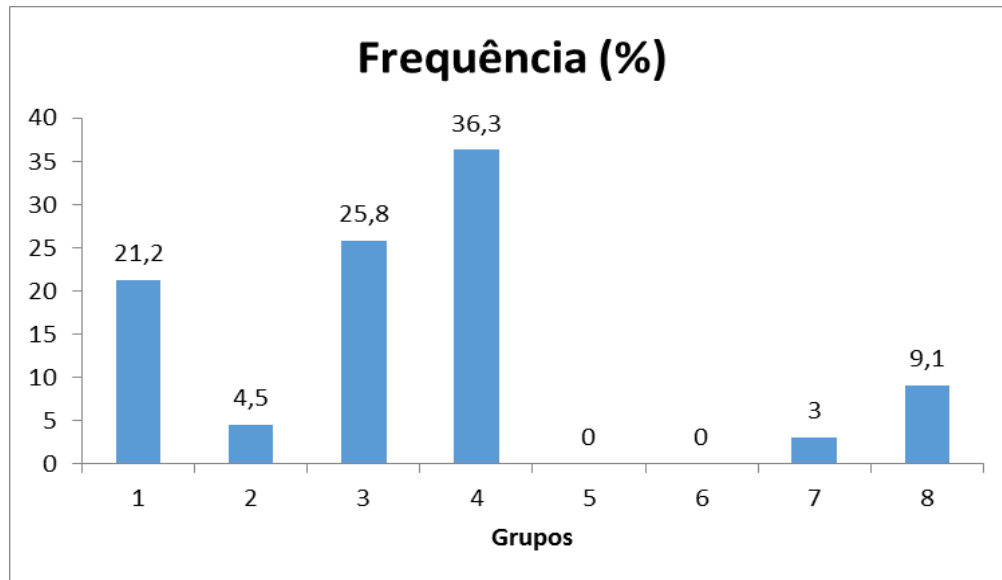
	Indivíduos	Frequência (%)
Utilizaram antidepressivos, sedativo-hipnóticos e/ou estabilizadores de humor	17	25,8
Não utilizaram antidepressivos, sedativo-hipnóticos e/ou estabilizadores de humor	49	74,2
Total	66	100

Tabela 11 - Divisão da amostra (n=66) de acordo com os grupos (relato de dor (Dor+), resultado positivo nas escalas (IAB/IDB ou EDG+) e uso de antidepressivo e/ou sedativo-hipnótico e/ou estabilizador de humor (MED+).

Grupo	Número de pacientes	Frequência (%)
1 (Dor+ IAB/IDB ou EDG+ MED+)	14	21,2
2 (Dor+ MED+)	3	4,5
3 (Dor+ IAB/IDB ou EDG+)	17	25,8
4 (Dor+)	24	36,3
5 (IAB/IDB ou EDG+ MED+)	0	-
6 (MED+)	0	-
7 (IAB/IDB ou EDG+)	2	3,0
8 (Ausência dos 3 parâmetros avaliados)	6	9,1
Total	66	100

Para melhor visualização desses dados, segue gráfico abaixo:

Figura 2. Porcentagem de pacientes distribuídos em grupos, representados pelas barras.



6. DISCUSSÃO

Levando em consideração todos os resultados obtidos, pode-se visualizar a grande proporção de pacientes com relato de dor (87,9%), quando comparados aos que não relatam (12,1%) (Tabela 9). Esse fato deve-se primeiramente por se tratar de pacientes atendidos no serviço de Fisioterapia e por eles terem, de acordo com as subclassificações do diagnóstico (Tabela 3), uma grande maioria de pacientes acometidos por trauma e problemas na coluna vertebral (25,8% e 18,5% dos pacientes, respectivamente). O tratamento fisioterapêutico visa atuar sobre as alterações funcionais. Dessa forma, o mais comum é que o paciente seja encaminhado para a Fisioterapia quando há necessidade de recuperar suas funções e, muitas vezes, para o controle da dor (LEITE e GOMES, 2006).

Entre esses indivíduos, temos uma diferença considerável entre a quantidade de pacientes homens (27,3%) e mulheres (72,7%) (Tabela 2). O gênero leva a uma percepção de dor distinta. Esse fato deve-se às diferenças morfológicas e funcionais do SNC e produção de hormônios sexuais. Quando há a comparação entre gêneros para uma mesma doença, as mulheres relatam dor mais intensa e mais frequente que os homens. Epidemiologicamente, mulheres têm mais chance de ter fibromialgia e dor crônica e apresentam mais dor de origem musculoesquelética ou visceral do que homens. Outra distinção que afeta diretamente na percepção de dor entre os gêneros é o fato de que o estrogênio possui papel importante na modulação da neurotransmissão opioide endógena e de que as concentrações de receptores opióides no SNC são distintas para os sexos (PALMEIRA et al., 2011). Além disso, deve-se considerar também que mulheres visitam mais os serviços médicos e se queixam mais de dor como sintoma, quando comparadas aos homens (HURLEY e ADAMS, 2008).

A partir dos resultados da divisão por grupos, de 1 a 8 (Tabelas 1 e 8 e Figura 2), que levou em consideração os parâmetros dor, a presença de sintomas de ansiedade e/ou depressão de acordo com o resultado nas escalas IAB, IDB e EDG-15 e o uso de antidepressivos e/ou sedativo-hipnóticos e/ou estabilizadores de humor, tem-se algumas considerações.

O grupo 1, que preenche todos os parâmetros incluídos, teve uma frequência de 21,2%. Esse resultado revela que os sintomas de depressão e ansiedade estão envolvidos com a presença da dor, havendo utilização do tratamento medicamentoso adequado (BARON et al., 2016; TAKKALA et al., 2016; SOTORRA-FIGUEROLA et al., 2016) .

O grupo 2, com frequência de 4,5%, apresenta relato de dor, utiliza antidepressivos e/ou sedativo-hipnóticos e/ou estabilizadores de humor, porém não apresenta sintomas suficientes para se enquadrar como positivo nas escalas de ansiedade e/ou depressão. Apesar disso, havendo relato de dor, há justificativa clínica para o uso desses fármacos, pois a maior oferta de 5-HT e N-Adr, bem como a ação agonista sobre receptores GABA e a consequente inibição glutamatérgica contribuem para a ação mais evidenciada dos opióides endógenos, levando à analgesia espinal (STAHL, 2010).

O grupo 3, com frequência de 25,8%, possui relato de dor e resultados positivos nas escalas, porém não utiliza antidepressivos e/ou sedativo-hipnóticos e/ou estabilizadores de humor. O resultado desse grupo, que representa mais de ¼ da amostra total, mostra uma população potencial para utilizar esses medicamentos, tendo em vista que os pacientes poderiam se beneficiar tanto da redução da dor quanto da redução dos sintomas de ansiedade e/ou depressão (BAIR et al., 2008).

O grupo 4, grupo com maior frequência entre todos (36,3%), possui relato de dor, mas não utiliza antidepressivos e/ou sedativo-hipnóticos e/ou estabilizadores de humor e não obteve resultado positivo nas escalas. Estima-se, para esse grupo, que provavelmente haveria o uso de outro(s) fármaco(s) para o alcance da analgesia, conforme explicitado na Tabela 7. Para os opióides, haveria indução de analgesia espinal e supra-espinal (FLORES et al., 2012). Em relação aos antiparkinsonianos, alguns são antagonistas competitivos de receptores NMDA, inibindo a neurotransmissão glutamatérgica promovendo, consequentemente, a analgesia espinal (STANAERT E ROBERSON, 2010). Por fim, a ciclobenzaprina, um relaxante muscular de ação central, atua no tratamento da espasticidade de forma a inibir os

espasmos musculares, elevando a capacidade funcional e reduzindo o desconforto doloroso (HIBBS e ZAMBON, 2012).

O grupo 7, com 3,0% de frequência, não apresentou relato de dor, não utilizou antidepressivos e/ou sedativo-hipnóticos e/ou estabilizadores de humor, mas obteve resultado positivo nas escalas de ansiedade e/ou depressão. Entendendo que a depressão e a ansiedade podem afetar o limiar de dor (SHARMA et al, 2016), sugere-se que esses pacientes demandariam um acompanhamento clínico mais próximo, a fim de se evitar um possível quadro de dor.

Os grupos 5 e 6 não apresentaram nenhum representante (0%). Já o grupo 8 apresentou uma baixa frequência (9,1%). Nesses grupos, não havia relato de dor, mas os pacientes apresentariam resultado positivo nas escalas e utilizariam antidepressivos e/ou sedativo-hipnóticos e/ou estabilizadores de humor (grupo 5) ou apenas utilizariam os medicamentos, sem relato de dor nem resultado positivo nas escalas (grupo 6) ou não apresentariam nenhuma dessas três condições (dor, depressão/ansiedade, uso de medicamentos) (grupo 8). Sem relato de dor, seriam pouco prováveis a presença de sintomas de ansiedade e/ou depressão, assim como o uso de medicamentos pois, de acordo com Teng et al. (2005), em casos de pacientes com dor crônica, os mesmos apresentam, com grande frequência, alguma comorbidade de caráter psiquiátrico, estando compatível com a frequência obtida de 0% ou uma baixa frequência (9,1%).

Com base no exposto, pode-se concluir que os grupos 1 e 3 mostram a relação direta entre a dor e a presença de sintomas para ansiedade e/ou depressão, pois esses dois grupos reuniram quase metade do grupo amostral (47%). Os sinais da depressão podem induzir elevação da dor e, como consequência, prejudicam a adesão ao tratamento, provocando isolamento social e interferindo, inclusive, no sistema imunológico do indivíduo (RAVINDRAN et al., 2002). Nesse sentido, um estudo comparando a associação entre a depressão e a fibromialgia – dor em diversas regiões do corpo, com ausência de processos inflamatórios nos músculos e/ou articulações - verificou que quanto mais grave é a depressão, pior é a qualidade de vida do indivíduo, pois houve uma redução nos escores das escalas que mediam vitalidade, concentração, qualidade das interações sociais e satisfação com a vida nos pacientes

depressivos (BERBER et al, 2005). Bair et al. (2008) constataram que, quando associada à depressão e ansiedade, a dor musculoesquelética reduz a capacidade do indivíduo. Corroborando com isso, um estudo atual sugere que a depressão e a ansiedade podem afetar o limiar de dor do indivíduo e, conseqüentemente, em termos retroalimentares, a dor crônica é capaz de agravar os sintomas depressivos e ansiosos. Ainda com base nesse estudo, foi verificado que mulheres com osteoartrite apresentaram mais sintomas de ansiedade e depressão e menor qualidade de vida, quando comparadas aos homens (SHARMA et al, 2016). Conforme a literatura analisada, os resultados encontrados condizem com o esperado.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação entre os neurotransmissores na via da analgesia (MCPV à medula espinhal) reforça o uso de fármacos antidepressivos e/ou sedativo-hipnóticos e/ou estabilizadores de humor, sugerindo a sobreposição neuroquímica devido à vinculação de neurotransmissores (5-HT, N-Adr, GABA, glutamato) nas respectivas vias que envolvem os processos de dor, depressão e ansiedade.

Apesar disso, nota-se, no presente trabalho, alta frequência de pacientes (65,1%) que poderiam ser beneficiados com a indicação terapêutica desses fármacos, mas que não os utilizam (grupos 3, 4 e 7), sugerindo a participação de outros profissionais de saúde, como o farmacêutico, na avaliação dos fármacos utilizados e na revisão das prescrições direcionadas aos pacientes atendidos no serviço de Fisioterapia do HUB.

7.1. Limitações do trabalho

As limitações do trabalho foram o número amostral pois, caso ele fosse superior ao utilizado (n=66), haveria maior possibilidade de comparação entre os grupos; a falta de uma escala para avaliação da dor, por meio da qual o paciente classificaria a intensidade e duração da mesma; e a falta de acesso aos prontuários dos pacientes para checagem e confirmação de informações.

7.2. Perspectivas futuras

Este trabalho suscita a avaliação da eficácia dos grupos farmacológicos de forma individualizada comparando, especificamente, a atuação de antidepressivos, sedativo-hipnóticos e estabilizadores do humor na terapêutica da dor. Além disso, outros grupos de fármacos como, por exemplo, antipsicóticos e ampliadores cognitivos, poderiam ser avaliados com a mesma finalidade.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, O. P., ALMEIDA S.A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, 57:421-6, 1999.
2. American Physical Therapy Association (APTA): Guide to Physical Therapist Practice. **Physical Therapy** 81: S32, 2001.
3. American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder - DSM-IV**. 1994.
4. BAIR, M. J. et al. Depression and pain comorbidity: a literature review. **Archives of Internal Medicine**. 163:2433-2445, 2003.
5. BARON, R. et al. Neuropathic low back pain in clinical practice. **European Journal of Pain**, 20, p.861-873, 2016.
6. BARTHOLOMEU, D. et al. Traços de personalidade, ansiedade e depressão em jogadores de futebol. **Revista Brasileira de Psicologia do Esporte**, São Paulo, 3(4): 98-114, jan./jun., 2010.
7. BECK, A. T. et al. An inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry** 4: 561-571, 1961.
8. BECK, A. N. et al. The Beck Anxiety Inventory. **Journal of Consulting and Clinical Psychology** 56: 893-897, 1988.
9. BERBER, J. S. S. et al. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, 45 (2): p.47-54, mar./abr., 2005.
10. BRANDÃO, M. L. Dor. In: _____. **Psicofisiologia – As bases fisiológicas do comportamento**. 2ª edição. São Paulo: Editora Atheneu, p. 151-166, 2001. cap. 8.
11. CASTRO, M. M. C. et al. Validade da escala hospitalar de ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, 56 (5):, p.470-477, jul./ago., 2006.
12. CHINN, S. et al. Fibromyalgia pathogenesis and treatment options update. **Current Pain and Headache Reports**, 20(4): 1-10, 2016.

13. CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. Casa do Psicólogo Livraria e Editora, São Paulo, 2001.
14. FEIN, A. Nociceptores: As células que sentem dor. Ribeirão Preto – SP: **Dor On Line**, 2011.
15. FLORES, M. P. et al. Analgésicos tópicos. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, 62 (2), p.248-252, mar./abr., 2012.
16. HIBBS, R. E., ZAMBON, A. C. Fármacos que atuam na junção neuromuscular e nos glânglios autônomos. In: BRUNTON, L. L.; LAZO, J. S. **As bases farmacológicas da terapêutica**, 12ª edição AMGH ed., p. 255-276, 2012. cap. 11.
17. HURLEY, R. W., ADAMS, M. C. Sex, gender, and pain: an overview of a complex field. **Anesthesia & Analgesia**, 107(1): 309–317, jul., 2008.
18. ISHIBASHI, H. et al. Excitation of locus coeruleus noradrenergic neurons by thyrotropin-releasing hormone. **The Journal of Physiology**, 587(23): 5709–5721, 2009.
19. JANAKIRAMAN, R. et al. Unravelling the efficacy of antidepressants as analgesics. **Australian Family Physician**, 45(3): 113-117, 2016.
20. LEITE, F., GOMES, J. O. Dor crônica em um ambulatório universitário de fisioterapia. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, 15(3): 211-221, maio/jun., 2006.
21. LIRA, M. O. S. C., CARVALHO M. F. A. A. Dor aguda e relação de gênero: diferentes percepções em homens e mulheres. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, 14(1): 71-81, 2013.
22. MACHADO, A. Grandes vias aferentes. In: _____. **Neuroanatomia funcional**. 2ª edição. São Paulo: Editora Atheneu, p. 288-290, 1998. cap. 29.
23. MACHADO-VIEIRA, R. et al. Neurobiologia do transtorno de humor bipolar e tomada de decisão na abordagem psicofarmacológica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, 25(1): 88-105, abr., 2003.
24. MERSKEY H. et al. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the International Association for the Study of Pain - IASP subcommittee on Taxonomy. **Pain**, 6, p.249-252, 1979.

25. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas – Dor crônica**. 2012.
26. PAIVA, E. S. et al. Manejo da dor. **Revista Brasileira de Reumatologia**, 46(4): 292-296, jul./ago., 2006.
27. PALMEIRA, C. C. A. et al. Sexo e percepção da dor e analgesia. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, 61(6): 814-828, Campinas, nov./dez, 2011.
28. RAVINDRAN, A. V. et al. Stress, coping, uplifts and quality of life in subtypes of depression: a conceptual frame and emerging data. **Journal of Affective Disorders**, 71: 121-130, 2002.
29. ROCHA, A. P. C et al. Dor: Aspectos atuais da sensibilização periférica e central. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, 57 (1): 94–105, jan./fev., 2007.
30. SAWYNOK, J. et al. Antidepressants as analgesics: an overview of central and peripheral mechanisms of action. **Journal of Psychiatry & Neuroscience**, 26: 21-29, 2001.
31. SHARMA, A. et al. Anxiety and depression in patients with osteoarthritis: impact and management challenges. **Rheumatology: Research and Reviews**, 8: 103–113, 2016.
32. SHEIKH, J. I., YESAVAGE, J. A. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. **Clinical Gerontology**, 5: 165-73, 1986.
33. SOTORRA-FIGUEROLA, D. et al. Continuous neurophatic orofacial pain: a retrospective study of 23 cases. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**, 1;8 (2):e153-159, apr., 2016.
34. STAHL, S.M. Transtornos de humor. In: _____. **Psicofarmacologia – bases neurocientíficas e aplicações práticas**. 3ª. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 301-336, 2010. cap.11.
35. STAHL, S.M. Antidepressivos. In: _____. **Psicofarmacologia – bases neurocientíficas e aplicações práticas**. 3ª. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 337-444, 2010. cap.12.
36. STAHL, S.M. Estabilizadores de humor. In: _____. **Psicofarmacologia – bases neurocientíficas e aplicações práticas**. 3ª. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 445-482, 2010. cap.13.

37. STAHL, S.M. Transtornos ansiosos e ansiolíticos. In: _____. **Psicofarmacologia – bases neurocientíficas e aplicações práticas**. 3ª. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 483-524, 2010. cap.14.
38. STAHL, S.M. Dor e tratamento de fibromialgia e de síndromes somáticas. In: _____. **Psicofarmacologia – bases neurocientíficas e aplicações práticas**. 3ª. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 525-548, 2010. cap.15.
39. SUKYS-CLAUDINO, L. et al. Novos sedativo-hipnóticos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.32, nº3, p.288-293, set., 2010.
40. TAKKALA, P. et al. Combined changes in chloride regulation and neuronal excitability enable primary afferent depolarization to elicit spiking without compromising its inhibitory effects. **PLOS Computational Biology**, journal.pcbi.1005215, 2-22, nov., 2016.
41. TEIXEIRA, M. J. Dor e depressão. **Revista de Neurociências**, 14(2): 44-53, 2006.
42. TENG, C. T. et al. Depressão e comorbidades clínicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 32(3): 149-159, São Paulo, 2005.
43. WANG, J. et al. Morphological evidence for a neurotensinergic periaqueductal gray-rostral ventromedial medulla-spinal dorsal horn descending pathway in rat. **Frontiers in Neuroanatomy**, 8: 1-11, oct., 2014.
44. YESAVAGE, J. A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **Journal of Psychiatric Research**, 17: 37-49, 1983.