



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

ALLAN GUILHERME SANTANA DA COSTA

**USO DE OPIOIDES E SEU RISCO DE ABUSO EM AMBULATÓRIO DE DOR
CRÔNICA**

Aracaju/SE

2019

ALLAN GUILHERME SANTANA DA COSTA

**USO DE OPIOIDES E SEU RISCO DE ABUSO EM AMBULATÓRIO DE DOR
CRÔNICA**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra Vera Maria Silveira de Azevedo

Aracaju/SE

2019

ALLAN GUILHERME SANTANA DA COSTA

**USO DE OPIOIDES E SEU RISCO DE ABUSO EM AMBULATÓRIO DE DOR
CRÔNICA**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Orientador: Prof^ª. Dra Vera Maria Silveira de Azevedo

Autor: Allan Guilherme Santana da Costa

Orientadora: Prof^ª. Dra Vera Maria Silveira de Azevedo

ALLAN GUILHERME SANTANA DA COSTA

**USO DE OPIOIDES E SEU RISCO DE ABUSO EM AMBULATÓRIO DE DOR
CRÔNICA**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Orientador: Prof. Dra Vera Maria Silveira de Azevedo

Aprovada em: ____ de _____ de 2019

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marco Antônio Valadares Oliveira

RESUMO

Justificativa e objetivos: a dor crônica tem se tornado uma patologia extremamente prevalente e um dos motivos mais comuns para procurar atendimento médico. Um dos seus tratamentos é o uso de opioides, o qual possui como principal risco a possibilidade de abuso. Este estudo teve como objetivo analisar o perfil de risco para abuso de opioides dos pacientes com dor crônica atendidos no Ambulatório de Dor do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe e associar fatores biopsicossociais com esse risco.

Métodos: estudo transversal retrospectivo com 72 pacientes atendidos em ambulatório de um hospital público no período de julho e agosto de 2019. As variáveis analisadas foram idade, sexo, comorbidades, medicamentos em uso, aspectos relacionados à dor como intensidade, localização anatômica, etiologia, necessidade de afastamento do trabalho e a aplicação do *Opioid Risk Tool* (ORT). Os dados foram submetidos à análise estatística, aplicando-se o teste de qui-quadrado, e o valor p foi significativo quando $\leq 0,05$.

Resultados: foram analisados 72 pacientes com dor crônica, sendo a maioria mulheres (84,7%). A média de idade foi de $52,8 \pm 11,5$ anos. O local de dor mais comum foi a região lombar (37,5%). Os pacientes foram classificados em 3 grupos conforme o risco de abuso de opioides, os quais foram: alto (21%), moderado (29%) e baixo (50%). Houve associação do aumento do risco com o uso de opioides ($p=0,04$) e com a presença de depressão ($p=0,003$).

Conclusão: metade dos pacientes possuíam risco alto ou moderado para o abuso de opioides. O risco de abuso tendeu a ser maior entre os pacientes que já estavam em uso desse tipo de medicação e entre aqueles que possuíam depressão.

Palavras-chave: Dor crônica. Opioides. Uso Indevido de Medicamentos. Gestão de Riscos.

LISTA DE TABELAS

Tabela I. Opioid Risk Tool	25
Tabela II. Classificação do grupo de risco segundo o ORT	26
Tabela III Distribuição dos pacientes conforme local de dor	26
Tabela IV. Distribuição dos pacientes conforme etiologia da dor crônica	27
Tabela V. Distribuição dos pacientes conforme risco para abuso de opioides	27
Tabela VI. Distribuição dos pacientes de acordo com o uso de opioide e perfil de risco segundo o ORT	27
Tabela VII. Distribuição dos pacientes de acordo com a presença de depressão e perfil de risco segundo o ORT	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID	Classificação Internacional de Doenças
HU - UFS	Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe
IASP	Associação Internacional de Estudo da Dor
ORT	Opiod Risk Tool
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VAS	Visual Analog Scale

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	13
3. NORMAS DE PUBLICAÇÃO	15
4. ARTIGO ORIGINAL.....	21
RESUMO	21
ABSTRACT	21
INTRODUÇÃO.....	22
METODOLOGIA.....	24
RESULTADOS	26
DISCUSSÃO.....	28
CONCLUSÃO.....	30
REFERÊNCIAS	32
5. APÊNDICES	33
5.1. APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	33

1. INTRODUÇÃO

A dor crônica é uma condição de saúde multidimensional definida como uma dor que persiste ou recorre por mais de três meses, segundo a Associação Internacional de Estudo da Dor (*International Association for the Study of Pain - IASP*). Hoje em dia, não é mais considerada como apenas um sintoma, mas como uma doença, impactando diretamente na qualidade de vida (TREEDE, 2019).

Estima-se que a dor crônica acometa 34,5% da população em geral, ou seja, aproximadamente 3 em cada 10 pessoas. (NAHIN, 2015) No Brasil, esses números não se mostram muito diferentes, já que cerca de 39% da população brasileira refere possuir dor há pelo menos 6 meses (SOUZA, 2017). Percebe-se também, que essa condição está mais associada a mulheres, idosos, fumantes, pessoas com menos de 4 anos de estudo formal e à presença de ansiedade ou depressão (CABRAL, 2014).

Dor crônica é um dos motivos mais comuns para a procura de atendimento médico por interferir em vários aspectos da vida do paciente, como no social, trabalho, sexual, equilíbrio emocional e sono (SOUZA, 2017). Dessa forma, o seu tratamento torna-se imprescindível para a melhora na sua qualidade de vida. Assim, o uso de opioides constitui uma das opções de tratamento que já se provou eficaz a curto e longo prazo para dores agudas e crônicas tanto do tipo musculoesqueléticas quanto neuropáticas (KALSO, 2004).

Sabe-se que os opioides exercem seus efeitos analgésicos predominantemente por ligação aos receptores μ , os quais estão densamente concentrados em regiões do cérebro que regulam a percepção da dor (substância cinzenta central, tálamo, córtex cingulado e ínsula), incluindo respostas emocionais induzidas pela dor e em regiões de recompensa cerebral (área tegmental ventral e núcleo accumbens), dando a sensação de prazer e bem-estar, assim produzindo analgesia e euforia. Desse modo, um paciente em tratamento de dor com opioides pode desencadear associações condicionadas entre a dor e o alívio da dor, que se manifesta como um desejo de conforto. Tal desejo pode levar ao uso precoce e inadequado do medicamento, caracterizando um abuso, o qual deve ser uma das maiores preocupações desse tratamento (VOLKOW, 2016).

Nos últimos anos foi visto um grande aumento na prescrição de analgésicos opioides principalmente nos Estados Unidos. Um estudo mostra que no início de 2006 eram feitas 47 milhões de prescrições de opioides por trimestre, já no fim de 2013 esse número chegava aos 60 milhões (DART, 2015). Entre 1997 e 2005, houve um aumento de 933% do número de

prescrições de metadona. Além disso, o número de mortes não intencionais por overdose de opioides subiu 129% entre 1999 e 2002. Ademais, indivíduos em uso crônico de opioides tendem a ter mais problemas psiquiátricos, como depressão e ansiedade, do que a população em geral (MEYER, 2014).

Além das consequências clínicas, o estudo concluiu que o abuso desses medicamentos ocasiona um prejuízo econômico imenso para o sistema de saúde. Pacientes que abusam de opioides procuram 4 vezes mais os serviços de urgência e possuem 12 vezes mais chances de serem internados do que a população em geral. De 2003 a 2007, o custo anual médio de um paciente que abusava de opioides para o plano de saúde foi de 24.193 dólares, enquanto o usuário comum custava 3.647 dólares por ano (MEYER, 2014).

Assim, é necessário estratificar os pacientes em grupos de risco para o abuso desses medicamentos. Uma das formas de realizar esse rastreio é utilizar o "Opioid Risk Tool" (ORT), o qual classifica o paciente em baixo, moderado ou alto risco.

O ORT é um questionário que foi criado por Webster et al. em 2005 justamente para tentar determinar quais pacientes tinham um maior risco para desenvolver um abuso de opioides. Estatisticamente, mostrou alta acurácia na previsão de quem está em alto ou baixo risco de desenvolver um comportamento aberrante (WEBSTER, 2005).

Desse modo, o ORT deve ser usado como parte de uma avaliação completa do paciente, a fim de equilibrar o risco de abuso com o alívio adequado do seu sofrimento, inclusive em pacientes com dor relacionada ao câncer. Assim, é possível estratificar e identificar os pacientes de alto risco antes de iniciar e durante o tratamento com opioides com o propósito de estabelecer níveis apropriados de monitoramento dos pacientes, optar por outro tipo de tratamento, ou assegurar que seus transtornos de abuso de substâncias também sejam tratados, resultando assim, em uma menor ocorrência de abuso desse tipo de droga e conseqüente prejuízo para a qualidade de vida do paciente (BARCLAY, 2014).

Esse estudo tem o objetivo de realizar a estratificação do risco quanto ao abuso de opioides dos pacientes do ambulatório de dor crônica não oncológica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS) e associar fatores biopsicossociais a esse risco.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Segundo a Associação Internacional de Estudo da Dor (IASP), a dor crônica é definida como uma dor que perdura além do tempo normal de cicatrização, ou seja, persiste mesmo na ausência do alerta agudo fisiológico da nocicepção. Mas para propósitos mais práticos, a dor crônica é definida como uma dor que persiste ou se repete por mais de três meses (TREEDE, 2019).

Sua prevalência na população em geral é cerca de 40 a 50% (CROFT, 2010). No Brasil, os números não se apresentam muito diferentes, estudos mostram números variando entre 29,7 e 62,2% (DELLAROZA, 2007; DELLAROZA, 2008; DELLAROZA, 2013; ELLIOTT, 1999; JACKSON, 2014). Percebeu-se também que essa condição está mais associada a mulheres, idosos, baixo nível socioeconômico (BLYTH, 2001; SANTOS, 2015), à presença de transtornos mentais, doenças crônicas e a fatores genéticos (CROFT, 2010).

Além disso, a dor crônica é considerada uma crise de saúde pública devido a sua alta prevalência e associação a incapacidade física e mental. Sendo que 79% dos doentes afirmam que essa condição afeta em suas atividades laborais, 63% tem sua vida social abalada de alguma forma, 45% sentem-se tristes ou depressivos, 42% tem sua vida sexual afetada e 64% relatam ter algum distúrbio no sono causado por causa da dor. Assim, o impacto socioeconômico da dor crônica é imenso. Somente a dor lombar e cervical encontram-se entre as dez maiores causas de incapacidade no mundo (SOUZA, 2017). Dessa forma, essa patologia acarreta um alto custo para o sistema de saúde, sendo um dos motivos mais comuns para a procura de consultas médicas (WATKINS, 2007). Estima-se que o gasto total anual nos Estados Unidos com essa doença é cerca de 150 bilhões de dólares (VAN HECKE, 2013).

Portanto, é imprescindível para a melhora da qualidade de vida do doente e diminuição dos gastos públicos a realização de um tratamento, o qual necessita ser eficaz. Cerca de dois terços dos portadores de dor crônica relatam insatisfação com o tratamento do qual faz uso e a dor acaba persistindo por anos. Dessa forma devemos entender os motivos disso, de modo a otimizar o tratamento (ELLIOTT, 2002).

Assim, o uso de opioides constitui uma das opções de tratamento que já se provou eficaz (KALSO, 2004), apesar de seus efeitos adversos já conhecidos como náuseas e constipação. No entanto, o maior receio ao usar essas substâncias é a possibilidade de vício.

A prescrição dessas drogas cresce a cada ano. O abuso de opioides já foi declarado uma epidemia pelos Estados Unidos (BALLANTYNE, 2017). Estima-se que cerca de 35% dos

pacientes diagnosticados com dor crônica e em uso de opioides abusarão do medicamento em algum momento de sua vida (BOSCARINO, 2011).

A dor crônica e o abuso de opioides estão relacionados a uma diminuição significativa da qualidade de vida do paciente quando comparados a população em geral. Afetando vários domínios da saúde como a mental, física, emocional e função social (BIZZARRI, 2005; DE MAEYER, 2010; KATZ, 2002; LUTY, 2008).

Dessa forma, torna-se imperativo evitar o abuso de opioides. Sendo assim, uma das formas de fazer isso é conhecer o perfil do paciente para avaliar o grupo de risco para abuso no qual ele se encontra.

Uma das maneiras para realizar esse rastreamento é utilizar o Opioid Risk Tool (ORT), o qual é um questionário com dez itens nos quais se responde sobre a existência de problemas psiquiátricos, abuso sexual pregresso, idade, histórico pessoal e familiar de abuso de medicamentos, álcool e drogas ilícitas classificando o paciente em baixo, moderado ou alto risco para abuso de opioides. Estudos mostram que o ORT tem se mostrado com boa sensibilidade e especificidade no rastreamento de pacientes de risco para abuso desses medicamentos. (BARCLAY, 2014; FRIEDMAN, 2003; JONES, 2014; WEBSTER, 2005)

No entanto, a literatura brasileira, ao contrário da internacional, não apresenta estudos com o uso desse questionário, o que mostra uma carência em nosso sistema de saúde no tratamento do paciente com dor crônica e na prevenção do abuso de opioides.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BALLANTYNE, Jane C. Opioids for the treatment of chronic pain: mistakes made, lessons learned, and future directions. **Anesthesia & Analgesia**, v. 125, n. 5, p. 1769-1778, 2017.
- BARCLAY, Joshua S.; OWENS, Justine E.; BLACKHALL, Leslie J. Screening for substance abuse risk in cancer patients using the Opioid Risk Tool and urine drug screen. **Supportive Care in Cancer**, v. 22, n. 7, p. 1883-1888, 2014.
- BIZZARRI, Jacopo et al. Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence. **Substance use & misuse**, v. 40, n. 12, p. 1765-1776, 2005.
- BLYTH, Fiona M. et al. Chronic pain in Australia: a prevalence study. **Pain**, v. 89, n. 2-3, p. 127-134, 2001.
- BOSCARINO, Joseph A. et al. Prevalence of prescription opioid-use disorder among chronic pain patients: comparison of the DSM-5 vs. DSM-4 diagnostic criteria. **Journal of addictive diseases**, v. 30, n. 3, p. 185-194, 2011.
- CABRAL, Dayane Maia Costa et al. Chronic pain prevalence and associated factors in a segment of the population of São Paulo City. **The Journal of Pain**, v. 15, n. 11, p. 1081-1091, 2014.
- CROFT, Peter; BLYTH, Fiona M.; VAN DER WINDT, Danielle. The global occurrence of chronic pain: an introduction. **Chronic Pain Epidemiology: From Aetiology to Public Health. Oxford: Oxford Univ Pr**, p. 9-18, 2010.
- DART, Richard C. et al. Trends in opioid analgesic abuse and mortality in the United States. **New England Journal of Medicine**, v. 372, n. 3, p. 241-248, 2015.
- DE MAEYER, Jessica; VANDERPLASSCHEN, Wouter; BROEKAERT, Eric. Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature. **International journal of drug policy**, v. 21, n. 5, p. 364-380, 2010.
- DELLAROZA, Mara Solange Gomes; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos; MATSUO, Tiemi. Prevalence and characterization of chronic pain among the elderly living in the community. **Cadernos de saude publica**, v. 23, n. 5, p. 1151-1160, 2007.
- DELLAROZA, Mara Solange Gomes et al. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. **Rev assoc med bras**, v. 54, n. 1, p. 36-41, 2008.
- DELLAROZA, Mara Solange Gomes et al. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 325-334, 2013.
- ELLIOTT, Alison M. et al. The epidemiology of chronic pain in the community. **The lancet**, v. 354, n. 9186, p. 1248-1252, 1999.
- ELLIOTT, Alison Margaret et al. The course of chronic pain in the community: results of a 4-year follow-up study. **Pain**, v. 99, n. 1-2, p. 299-307, 2002.
- FRIEDMAN, Robert; LI, Victor; MEHROTRA, Deepak. Treating pain patients at risk: evaluation of a screening tool in opioid-treated pain patients with and without addiction. **Pain Medicine**, v. 4, n. 2, p. 182-185, 2003.
- JACKSON, Todd et al. Prevalence and correlates of chronic pain in a random population study of adults in Chongqing, China. **The Clinical journal of pain**, v. 30, n. 4, p. 346-352, 2014.
- JONES, Ted et al. Further validation of an opioid risk assessment tool: the Brief Risk Interview. **J Opioid Manag**, v. 10, n. 5, p. 353-364, 2014.
- KALSO, Eija et al. Opioids in chronic non-cancer pain: systematic review of efficacy and safety. **Pain**, v. 112, n. 3, p. 372-380, 2004.

KATZ, Nathaniel. The impact of pain management on quality of life. **Journal of pain and symptom management**, v. 24, n. 1, p. S38-S47, 2002.

LUTY, Jason; AROKIADASS, Sujaa Mary Rajagopal. Satisfaction with life and opioid dependence. **Substance abuse treatment, prevention, and policy**, v. 3, n. 1, p. 2, 2008.

MEYER, Roxanne et al. Prescription opioid abuse: a literature review of the clinical and economic burden in the United States. *Population health management*, v. 17, n. 6, p. 372-387, 2014.

NAHIN, Richard L. Estimates of pain prevalence and severity in adults: United States, 2012. **The Journal of Pain**, v. 16, n. 8, p. 769-780, 2015.

SANTOS, Franco Andrius Ache dos et al. Prevalência de dor crônica e sua associação com a situação sociodemográfica e atividade física no lazer em idosos de Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 234-247, 2015.

SOUZA, Juliana Barcellos de et al. Prevalence of chronic pain, treatments, perception, and interference on life activities: Brazilian population-based survey. **Pain Research and Management**, v. 2017, 2017.

TREDE, Rolf-Detlef et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the: International Classification of Diseases:(: ICD-11:). **Pain**, v. 160, n. 1, p. 19-27, 2019.

VAN HECKE, O.; TORRANCE, N.; SMITH, B. H. Chronic pain epidemiology and its clinical relevance. **British journal of anaesthesia**, v. 111, n. 1, p. 13-18, 2013.

VOLKOW, Nora D.; MCLELLAN, A. Thomas. Opioid abuse in chronic pain—misconceptions and mitigation strategies. **New England Journal of Medicine**, v. 374, n. 13, p. 1253-1263, 2016.

WATKINS, Emmeline A. et al. A population in pain: report from the Olmsted County health study. **Pain medicine**, v. 9, n. 2, p. 166-174, 2007.

WEBSTER, Lynn R.; WEBSTER, Rebecca M. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: preliminary validation of the Opioid Risk Tool. **Pain medicine**, v. 6, n. 6, p. 432-442, 2005.

3. NORMAS DE PUBLICAÇÃO

REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA **Publicação de Sociedade Brasileira de Anestesiologia**

Versão para impressão ISSN 0034-7094

Versão online ISSN 1806-907X

Missão: A Revista Brasileira de Anestesiologia tem como objetivo divulgar artigos aos anesthesiologistas sócios da SBA e a médicos interessados, fomentando o progresso, o aperfeiçoamento e a difusão da Anestesiologia, terapia intensiva, tratamento da dor e reanimação cardiorrespiratória.

Indexado em: MEDLINE; Index Medicus Latino-americano; Excerpta Médica database-EMBASE; Science Direct

NORMA AOS AUTORES

Os artigos para publicação deverão ser encaminhados com exclusividade para a Revista Brasileira de Anestesiologia pelo site <https://www.evisse.com/evisse/jrnl/bjan>. Não serão aceitos artigos já publicados em outros periódicos. São aceitos apenas artigos submetidos em inglês ou português; e os artigos aceitos serão publicados apenas na versão em inglês e na versão em português.

A Revista Brasileira de Anestesiologia classifica os artigos nas seguintes categorias:

a) Artigos Científicos (Research Papers): Novas informações de pesquisa clínica ou experimental.

b) Revisões (Review Articles): Artigos de síntese, de assuntos bem estabelecidos, com análise crítica das referências bibliográficas consultadas e conclusões, revisões sistemáticas.

c) Informações Clínicas (Clinical Commentaries): Relatos de casos clínicos, apresentação de novas técnicas, métodos e equipamentos.

d) Artigos Especiais (Feature Articles): Revisões de assuntos de interesse da especialidade.

e) Cartas ao Editor (Letters to the Editor): Críticas à matéria publicada, de maneira construtiva, objetiva e educativa. As discussões de assuntos específicos da Anestesiologia serão publicadas a critério do Editor.

f) Editoriais (Editorials).

Processo Editorial: Os manuscritos serão considerados para publicação apenas se completarem todos os requisitos da revista. O Editor-chefe informará aos autores se os manuscritos não preencheram todos os requisitos. Mediante a notificação, o autor

correspondente fica responsável pela apreciação final da matéria e os demais autores devem estar de acordo com a mesma. As correções necessárias deverão ser apresentadas no prazo de 30 dias. Se houver atraso na devolução da prova, o Editor-chefe reserva-se o direito de publicar independente da correção final ou de excluir do processo editorial.

Os manuscritos submetidos à Revista Brasileira de Anestesiologia são inicialmente avaliados pelos editores para verificar a conformidade do conteúdo com a linha editorial da revista. Após esta avaliação, todos os manuscritos são submetidos à apreciação de dois ou mais membros do Conselho Editorial ou outros Consultores Especializados no assunto. O anonimato dos revisores e dos autores é preservado ao longo de todo o processo.

Os comentários dos revisores serão enviados aos autores para orientar as mudanças a serem implementadas no texto. Depois de implementar as mudanças sugeridas pelos revisores, o manuscrito revisado deve ser reenviado juntamente com as indicações específicas de todas as alterações feitas no texto ou as razões pelas quais as alterações sugeridas não foram feitas. Os manuscritos quando aceitos estarão sujeitos a pequenas correções ou modificações que não alterem o estilo do autor. Eventuais modificações na forma, no estilo ou na interpretação só ocorrerão após consulta prévia aos autores. Quando recusados os artigos serão devolvidos com a justificativa do Editor-Chefe. A publicação final será baseada na aprovação final dos editores.

OBS: O autor e os coautores devem enviar, no momento da submissão, o Termo de Cessão de Direitos Autorais à Sociedade Brasileira de Anestesiologia e à Elsevier Editora Ltda. Devem ser anexados à submissão os Termos, em formato PDF, para cada um dos autores do artigo. O modelo a ser usado está disponível para download em: <http://ees.elsevier.com/bjan/>, no quadro lateral Author Information.

Formas de Apresentação dos Trabalhos: Os manuscritos devem estar de acordo com as especificações apresentadas no quadro a seguir:

Tipo de manuscrito	Número de palavras	Referências
Artigos Científicos	3000	25
Revisões	5000	50
Cartas ao Editor	500	2
Informações Clínicas	1500	5

Título: O título do artigo deve ser curto, claro e conciso para facilitar sua classificação. Quando necessário, pode ser usado um subtítulo.

Autor(es): O(s) nome(s) completo(s) do(s) autor(es) e seus títulos e filiações à Sociedade ou Instituições. As filiações devem ser apresentadas em ordem hierárquica decrescente (p.ex. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Pediatria) e na língua original da instituição ou na versão em inglês quando a escrita não é latina (p.ex. Johns Hopkins University, Universidade de São Paulo, Université Paris-Sorbonne). Nomes de outros colaboradores podem ser citados no final, em agradecimentos. Indicar o local onde se realizou o estudo.

Resumo Estruturado: Para artigos científicos destacar: Justificativa e Objetivos, Método, Resultados e Conclusões. Para informações clínicas destacar: Justificativa e Objetivos, Relato do Caso e Conclusões. Para artigos de revisão destacar: Justificativa e Objetivos, Conteúdo e Conclusões. Para todos os artigos, indicar os Unitermos para a classificação bibliográfica, segundo Greene NM – Key Words in Anesthesiology, 3rd Ed, New York, Elsevier ou mais recente. Ademais, os resumos devem ser compostos por, no máximo, 300 palavras.

Texto: Iniciar o texto, sem indicar o(s) autor(es) nem local onde foi realizado. Os artigos científicos devem apresentar os seguintes capítulos: Introdução, Método, Resultados, Discussão, Resumo e Referências.

Referências: O artigo deve conter apenas as referências consultadas, numeradas conforme a entrada no texto. As outras citações de autores já enumerados deverão indicar exclusivamente o numeral de referência. Evitar a citação do nome do autor em destaque. Não se recomenda a citação de trabalho não publicado ou apresentado em Eventos Médicos. Referências com mais de cinco anos, de livros texto e resumo de congressos, devem limitar-se às que são fundamentais. Incluir referências acessíveis aos leitores.

Quando a citação for de artigo já aceito para publicação, incluir “em processo de publicação”, indicando a revista e o ano. Comunicações pessoais não são aceitas. Utilize o seguinte modelo:

- **Revistas:** Nome(s) do(s) autor(es), inicial(is) do(s) pré-nome(s). Título do trabalho. Título da revista (abreviado de acordo com o Index Medicus), ano da publicação; volume: número da primeira e última páginas. Pereira E, Vieira ZEG. Visita pré-anestésica, responsabilidade intransferível do anesthesiologista. Rev Bras Anesthesiol. 1977;27:337-53.
- **Livros:** Nome(s) do(s) Editor(es), inicial(is) do(s) pré-nome(s). Título do livro (iniciais com letra maiúscula), volume e edição, cidade onde o livro foi editado, Editora, ano

de publicação e número(s) da(s) página(s) da citação. Rigatto M. Fisiopatologia da Circulação Pulmonar, 1ª Ed, São Paulo, Fundo Editorial Prociex. 1973;53-5.

- **Capítulos:** Nome(s) do(s) autor(es), inicial(is) do(s) pré-nome(s). Título do capítulo. em: nome(s) do(s) editor(es), inicial(is) do(s) pré-nome(s) – Título do livro (iniciais com letra maiúscula), volume e edição, cidade onde foi editado, Editora, ano da publicação e página(s) da citação. Coelho A. Anatomia do Sistema Específico de Condução, em: Germiniani H – Diagnóstico e Terapêutica das Arritmias Cardíacas. São Paulo, Fundo Editorial Prociex. 1972;3-10.
- **Nota:** Não se deve colocar pontuação nos nomes ou abreviaturas dos periódicos citados. Quando houver menos de três autores, cite-os todos e quando houver mais de três, cite somente os três primeiros, seguidos de “et al.”.

Ilustrações: Enumerar ilustrações de acordo com a ordem de entrada no texto. Enumerar figuras em algarismos arábicos. Enumerar quadros e tabelas em algarismos romanos. Indicar, no texto, o local preferencial de entrada de cada ilustração (Entra Figura x, por exemplo). Usar fotos em branco e preto. O mesmo resultado não deve ser expresso por mais de uma ilustração.

Uso de Recursos Digitais: Textos obrigatórios em formato DOC (Winword): Manuscript, Title Page (página com os dados completos do artigo e de seus autores), Cover Letter (carta de apresentação do artigo ao Editor), e Author Agreement (declaração de ineditismo e não submissão e/ou publicação duplicada); figuras em barras ou linhas XLS (padrão Excel); e fotos e figuras, com resolução mínima de 300 dpi, em formato JPG. Não inserir títulos e legendas nas ilustrações. Não inserir ilustrações no corpo do texto. Cada ilustração deve ter arquivo individual. O nome dos arquivos deve expressar o tipo e a numeração da ilustração (Figura 1, Tabela II, por exemplo).

Títulos e legendas das ilustrações, devidamente numerados, devem estar no arquivo de texto. Cópias ou reproduções de outras publicações serão permitidas apenas mediante a anexação de autorização expressa da Editora ou do Autor do artigo de origem.

Abreviaturas: As abreviaturas não são recomendáveis, exceto as reconhecidas pelo Sistema Internacional de Pesos e Medidas, ou aquelas consignadas e consagradas nas publicações médicas. Quando as abreviaturas forem em grande número e relevantes utilizar suas definições (Glossário), em nota à parte. Abreviaturas de termos consagrados pela Medicina deverão seguir as normas internacionais tradicionalmente em uso, de acordo com as

abreviaturas padrões aprovadas pelo documento de Montreal, publicado no *British Medical Journal*, 1979;1:532-535.

Nomes de Fármacos: Não é recomendável a utilização de nomes comerciais de fármacos (marca registrada), mas quando a utilização for imperativa, o nome do produto deverá vir após o nome genérico, entre parênteses, em minúscula, seguido do símbolo que caracteriza marca registrada, em sobrescrito (®).

Considerações Éticas e Legais: de acordo com Exigências para Manuscritos Submetidos a Revistas da área Biomédica (Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – Fevereiro de 2006).

Conflito de Interesses

O conflito de interesses existe quando um autor (ou a instituição do autor), revisor, ou editor tem relações de financiamento ou pessoais que influenciem de forma negativa (viés) suas ações. Essas relações variam desde com potencial mínimo até de grande potencial de influência sobre o julgamento, e nem todas representam conflito de interesses verdadeiro. O potencial para conflito de interesses pode existir se um indivíduo acredita ou não que suas relações afetam ou podem influenciar negativamente a credibilidade da revista, dos autores, ou da própria ciência. Entretanto conflitos podem ocorrer por outras razões, como relações pessoais, competição acadêmica e intelectual. Com isso, torna-se obrigatório o Author Agreement assinado por todos os autores.

Consentimento Livre e Esclarecido

Os pacientes têm direito à privacidade que não deve ser infringida sem consentimento livre e esclarecido. A identificação de informação, incluindo iniciais dos nomes dos pacientes, número de registro do hospital, não deve ser publicada através de descrições no texto, fotografias ou qualquer outra modalidade, a menos que ela seja essencial para os propósitos científicos e o paciente (ou responsável) forneça consentimento por escrito para publicação. O consentimento livre e esclarecido para esta finalidade exige que o paciente veja o manuscrito que será publicado. Os autores devem identificar indivíduos que deram assistência na elaboração do texto e declarar a origem dos fundos para essa assistência.

Detalhes que facilitem a identificação devem ser omitidos se não forem essenciais. O anonimato completo é difícil de ser atingido, entretanto consentimento livre e esclarecido deve ser obtido se existir qualquer dúvida. Por exemplo, mascarar a região dos olhos em fotografia de pacientes é uma proteção inadequada para o anonimato. Se características de identificação

forem alteradas para garantir o anonimato, os autores devem garantir que essas alterações não provocarão distorção do significado científico.

Quando o consentimento livre e esclarecido for obtido esta informação deve constar da publicação.

Ética

Quando estudos em humanos são publicados, os autores devem indicar se os procedimentos obedeceram aos padrões éticos do comitê de pesquisa em humanos (institucional ou nacional) e a Declaração de Helsinki de 1975, revista em 2000. Se existirem dúvidas quanto à condução de acordo com os padrões da Declaração de Helsinki, os autores devem explicar o racional para o procedimento e demonstrar que a comissão institucional responsável aprovou explicitamente os aspectos duvidosos do estudo. Quando a publicação for relativa à pesquisa com animais os autores devem indicar se foram obedecidas as normas de cuidados institucionais ou nacionais e o uso de animais de laboratório foi seguido.

Registro de Ensaio Clínico

Ensaio clínico deverão ser registrados de acordo com orientação da OMS no endereço www.who.int/ictrp/en/. A OMS considera ensaios clínicos inclusive ensaios preliminares (fase I), qualquer estudo que recrute prospectivamente sujeitos de pesquisa para serem submetidos a intervenções relacionadas à saúde (fármacos, procedimentos cirúrgicos, aparelhos, terapias comportamentais, dietas, modificações nos cuidados de saúde) com finalidade de avaliar os efeitos sobre desfechos clínicos (qualquer variável biomédica ou relacionada com a saúde, inclusive medidas farmacocinéticas e efeitos adversos).

A revista tem o direito de não publicar estudos clínicos que não estejam de acordo com estes e outros padrões éticos determinados por diretrizes internacionais.

4. ARTIGO ORIGINAL

USO DE OPIOIDES E SEU RISCO DE ABUSO EM AMBULATÓRIO DE DOR CRÔNICA

OPIOID USE AND ITS ABUSE RISK AT A CHRONIC PAIN AMBULATORY

Allan Guilherme Santana da Costa ^a, Vera Maria Silveira de Azevedo ^a

^aUniversidade Federal de Sergipe (UFS), Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Medicina, Aracaju, Sergipe, SE, Brasil

RESUMO

Justificativa e objetivos: a dor crônica tem se tornado uma patologia extremamente prevalente e um dos motivos mais comuns para a procura de atendimento médico. Um dos seus tratamentos é o uso de opioides, o qual possui como principal risco a possibilidade de abuso. Este estudo teve como objetivo analisar o perfil de risco para abuso de opioides dos pacientes com dor crônica atendidos no Ambulatório de Dor do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe e associar fatores biopsicossociais com esse risco.

Métodos: estudo transversal retrospectivo com 72 pacientes atendidos em ambulatório de um hospital público no período de julho e agosto de 2019. As variáveis analisadas foram idade, sexo, comorbidades, medicamentos em uso, aspectos relacionados à dor como intensidade, localização anatômica, etiologia, necessidade de afastamento do trabalho e a aplicação do *Opioid Risk Tool* (ORT). Os dados foram submetidos à análise estatística, aplicando-se o teste chi-quadrado de Pearson, e o valor p foi significativo quando $\leq 0,05$.

Resultados: foram analisados 72 pacientes com dor crônica, sendo a maioria mulheres (84,7%). A média de idade foi de $52,8 \pm 11,5$ anos. O local de dor mais comum foi a região lombar (37,5%). Os pacientes foram classificados em 3 grupos conforme o risco de abuso de opioides, os quais foram: alto (21%), moderado (29%) e baixo (50%). Houve associação do aumento do risco com o uso de opioides ($p=0,04$) e com a presença de depressão ($p=0,003$).

Conclusão: metade dos pacientes possuíam risco alto ou moderado para o abuso de opioides. O risco de abuso tendeu a ser maior entre os pacientes que já estavam em uso desse tipo de medicação e entre aqueles que possuíam depressão.

Palavras-chave: Dor crônica. Opioides. Uso Indevido de Medicamentos. Gestão de Riscos.

ABSTRACT

Background and objectives: chronic pain has become an extremely prevalent condition and one of the most common reasons to seek medical attention. One of its treatments is the use of opioids, which has as its main risk the possibility of abuse. This study aimed to assess the risk for opioid abuse among patients with chronic pain treated at the pain ambulatory in the University Hospital of the Federal University of Sergipe and associate biopsychosocial factors with this risk.

Methods: a transversal retrospective study with 72 patients treated in ambulatory care in a public hospital from July to August 2019. The variables analyzed were age, sex, comorbidities, prescription drugs in use, pain-related aspects such as intensity, anatomical location, etiology, need to take time off work and the *Opioid Risk Tool* (ORT) administration. The data were submitted to statistical analysis, the chi-square test was applied, and the p-value was significant when ≤ 0.05 .

Results: 72 patients with chronic pain were analyzed, most of them female (84.7%). Mean age was 52.8 ± 11.5 years old. The most common pain site was the lower back (37.5%). Patients were classified into 3 groups according to its risk of opioid abuse, which were: high (21%), moderate (29%) and low (50%). There was association of the increase in risk with the use of opioids ($p=0.04$) and with the presence of depression ($p=0.003$).

Conclusion: half of the patients were at high or moderate risk for opioid abuse. The risk of abuse tended to be higher among patients who were already using this medication and among those who had depression.

KEYWORDS: Chronic Pain, Opioids, Prescription Drug Misuse, Risk Management.

INTRODUÇÃO

A dor crônica é uma condição de saúde multidimensional definida como uma dor que persiste ou recorre por mais de três meses, segundo a Associação Internacional de Estudo da Dor (*International Association for the Study of Pain* - IASP). Hoje em dia, não é mais considerada como apenas um sintoma, mas como uma doença, impactando diretamente na qualidade de vida.¹

Estima-se que a dor crônica acometa 34,5% da população em geral, ou seja, aproximadamente 3 em cada 10 pessoas.² No Brasil, esses números não se mostram muito diferentes, já que cerca de 39% da população brasileira refere possuir dor há pelo menos 6 meses.³ Percebe-se também, que essa condição está mais associada a mulheres, idosos,

fumantes, pessoas com menos de 4 anos de estudo formal e à presença de ansiedade ou depressão.⁴

Dor crônica é um dos motivos mais comuns para a procura de atendimento médico por interferir em vários aspectos da vida do paciente, como no social, trabalho, sexual, equilíbrio emocional e sono.³ Dessa forma, o seu tratamento torna-se imprescindível para a melhora na sua qualidade de vida. Assim, o uso de opioides constitui uma das opções de tratamento, com sua eficácia já comprovada a curto e longo prazo para dores agudas e crônicas tanto do tipo musculoesqueléticas quanto neuropáticas.⁵

Sabe-se que os opioides exercem seus efeitos analgésicos predominantemente por ligação aos receptores μ , os quais estão densamente concentrados em regiões do cérebro que regulam a percepção da dor (substância cinzenta central, tálamo, córtex cingulado e ínsula), incluindo respostas emocionais induzidas pela dor e em regiões de recompensa cerebral (área tegmental ventral e núcleo accumbens), dando a sensação de prazer e bem-estar, assim produzindo analgesia e euforia. Desse modo, um paciente em tratamento de dor com opioides pode desencadear associações condicionadas entre a dor e o alívio da dor, que se manifesta como um desejo de conforto. Tal desejo pode levar ao uso precoce e inadequado do medicamento, caracterizando um abuso, o qual deve ser uma das maiores preocupações desse tratamento.⁶

Nos últimos anos foi visto um grande aumento na prescrição de analgésicos opioides, principalmente nos Estados Unidos. Um estudo mostra que no início de 2006 eram feitas 47 milhões de prescrições de opioides por trimestre e no fim de 2013 esse número chegava aos 60 milhões.⁷ Entre 1997 e 2005, houve um aumento de 933% do número de prescrições de metadona. Além disso, o número de mortes não intencionais por overdose de opioides subiu 129% entre 1999 e 2002. Ademais, indivíduos em uso crônico de opioides tendem a ter mais problemas psiquiátricos, como depressão e ansiedade, do que a população em geral.⁸

Além das consequências clínicas, o estudo concluiu que o abuso desses medicamentos ocasiona um prejuízo econômico imenso para o sistema de saúde. Pacientes que abusam de opioides procuram 4 vezes mais os serviços de urgência e possuem 12 vezes mais chances de serem internados do que a população em geral. De 2003 a 2007, o custo anual médio de um paciente que abusava de opioides para o plano de saúde foi de 24.193 dólares, enquanto o de um paciente comum custava 3.647 dólares por ano.⁸

Assim, é necessário estratificar os pacientes em grupos de risco para o abuso desses medicamentos. Uma das formas de realizar esse rastreio é utilizar o "Opioid Risk Tool" (ORT), o qual classifica o paciente em baixo, moderado ou alto risco.

O ORT é um questionário que foi criado por Webster et al.⁹ em 2005 justamente para tentar determinar quais pacientes tinham um maior risco para desenvolver um abuso de opioides. Estatisticamente, mostrou alta acurácia na previsão de quem está em alto ou baixo risco para desenvolver um comportamento aberrante.

Desse modo, o ORT deve ser usado como parte de uma avaliação completa do paciente, a fim de equilibrar o risco de abuso com o alívio adequado do seu sofrimento, inclusive em pacientes com dor relacionada ao câncer. Assim, é possível estratificar e identificar os pacientes de alto risco antes de iniciar e durante o tratamento com opioides com o propósito de estabelecer níveis apropriados de monitoramento dos pacientes, optar por outro tipo de tratamento ou assegurar que seus transtornos de abuso de substâncias também sejam tratados; resultando, assim, em uma menor ocorrência de abuso desse tipo de droga e conseqüente prejuízo para a qualidade de vida do paciente.¹⁰

Esse estudo tem o objetivo de realizar a estratificação do risco quanto ao abuso de opioides dos pacientes do ambulatório de dor crônica não oncológica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS) e associar fatores biopsicossociais a esse risco.

METODOLOGIA

O estudo foi aprovado em 28/06/2019 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe sob o n° CAAE: 14385019.4.0000.5546

Este estudo transversal foi realizado com os pacientes atendidos no Ambulatório de Dor do HU-UFS, entre julho e agosto de 2019.

Os dados foram coletados a partir do prontuário médico e em entrevista com o paciente.

Foram coletadas informações referentes a: idade, sexo, comorbidades, medicamentos em uso, aspectos relacionados a dor como intensidade, a qual foi medida com a escala visual analógica (*Visual Analog Scale* – VAS), localização anatômica, etiologia, necessidade de afastamento do trabalho e o ORT (Tabela I), o qual avalia histórico pessoal e familiar em alcoolismo, tabagismo, abuso de drogas ilegais e medicamentos, idade, histórico de abuso sexual, histórico de transtornos mentais e depressão, pontuando diferentemente a depender do sexo, classificando em baixo, moderado ou alto risco para abuso de opioides a depender da pontuação obtida (Tabela II).

A amostra do estudo foi de conveniência. Os critérios de inclusão foram: paciente ser maior de 18 anos; ter dor há pelo menos 6 meses e possuir entendimento para responder o questionário, além de aceitar participar por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A análise estatística foi feita utilizando o teste chi-quadrado de Pearson. O nível de significância adotado para rejeição da hipótese de nulidade foi de 5% ($p \leq 0,05$).

Tabela I. Opioid Risk Tool

Perguntas	Pontuação		
	Mulher	Homem	
Histórico familiar de abuso de substâncias	Álcool	1	3
	Drogas ilegais	2	3
	Drogas prescritas	3	4
Histórico pessoal de abuso de substâncias	Álcool	3	3
	Drogas ilegais	4	4
	Drogas prescritas	5	5
Idade	Entre 16 e 45 anos	1	1
Histórico de abuso sexual em pré-adolescência		3	0
Doenças psicológicas	Déficit de atenção, Hiperatividade, TOC,	2	2
	Transtorno bipolar, Esquizofrenia		
	Depressão	1	1

Tabela II. Classificação do grupo de risco segundo o ORT

Risco	Pontuação
Baixo	0 a 3
Moderado	4 a 7
Alto	> 7

RESULTADOS

Foram entrevistados um total de 72 pacientes diagnosticados com dor crônica que faziam acompanhamento ambulatorial específico no HU.

A idade média dos pacientes foi 52,8 anos, sendo a mínima e máxima 26 e 87 anos, respectivamente. Dos 72 pacientes, 84,7% eram mulheres.

Os locais mais frequentes de dor relatados foram região lombar, dores generalizadas, cabeça, face ou cervical, membros inferiores, abdome, membros superiores, região torácica e região pélvica (tabela III).

As etiologias de dor crônica mais frequentes foram síndrome miofascial, fibromialgia, dor crônica pós-cirurgia e dor crônica pós-trauma (tabela IV).

Segundo o ORT, 50,0% dos pacientes foram classificados como baixo risco, 29,2% como moderado risco e 20,8% como alto risco para abuso de opioides (tabela V).

Tabela III. Distribuição dos pacientes conforme local de dor

Local de dor	n (%)
Região lombar	27 (37,5)
Dor generalizada	16 (22,2)
Cabeça, face ou cervical	10 (13,9)
Membros inferiores	6 (8,3)
Abdome	4 (5,6)
Membros superiores	3 (4,2)
Região torácica	3 (4,2)
Região pélvica	3 (4,2)

Tabela IV. Distribuição dos pacientes conforme etiologia da dor crônica.

Etiologia da dor	n (%)
Síndrome miofascial	27 (37,5)
Fibromialgia	16 (22,2)
Pós-cirurgia	14 (19,9)
Pós-trauma	5 (6,9)
Hérnia de disco	3 (4,2)
Neuralgia pós-herpética	2 (2,8)
Outros	5 (6,9)

Tabela V. Distribuição dos pacientes conforme risco para abuso de opioides.

Risco	n (%)
Baixo	36 (50,0)
Moderado	21 (29,2)
Alto	15 (20,8)

O uso de benzodiazepínicos diariamente foi bastante comum, sendo notado em 37,5% dos pacientes entrevistados, enquanto o uso de algum tipo de opioides foi visto em 13,9%.

Foi percebida uma associação entre o uso de opioides e o aumento no risco para abuso desse medicamento ($p=0,004$) (tabela VI). Além disso, o paciente possuir depressão esteve fortemente associada com o aumento no perfil de risco do ORT ($p=0,003$) (tabela VII).

Não foi notada associação entre uso de benzodiazepínicos e aumento no risco de abuso para opioides ($p=0,464$). No entanto, há associação entre o uso desse tipo de medicamento e a presença de depressão ($p=0,06$).

Tabela VI. Distribuição dos pacientes de acordo com o uso de opioide e perfil de risco segundo o ORT

Uso de opioides	Risco para abuso		
	Baixo (%)	Moderado (%)	Alto (%)
Sim	2(5,5)	2 (9,5)	6 (40)
Não	34 (94,5)	19 (90,5)	9 (60)
			$p=0,004$

Tabela VII. Distribuição dos pacientes conforme presença de depressão e perfil de risco segundo o ORT

Risco para abuso	Depressão	
	Sim (%)	Não (%)
Alto	13 (86,7)	2 (13,3)
Moderado	16 (76)	5 (24)
Baixo	15 (41,7)	21 (58,3)
Total	44	28

p=0,003

DISCUSSÃO

Esse é o primeiro estudo brasileiro a utilizar o ORT para estratificar pacientes com dor crônica em ambulatório específico de dor crônica não oncológica.

Habitualmente, os pacientes e médicos possuem preocupações diferentes quanto aos efeitos adversos do tratamento com opioides. Os médicos temem a overdose, enquanto os pacientes temem o vício. Assim, torna-se necessário uma compreensão compartilhada dos riscos e benefícios que esse tratamento pode vir a trazer.¹¹ Nesse aspecto é que o ORT vem trazer informações de grande valia.

Notoriamente, a dor crônica tem sido muito associada ao sexo feminino. A amostra deste trabalho revelou que 84,7% dos pacientes eram mulheres. Em outro estudo brasileiro com uma amostra de 27 mil pacientes, foi observado esse mesmo padrão. Do total de pacientes com dor crônica, 84,6% eram mulheres.¹² Resultados similares podem ser encontrados em estudo realizado em São Paulo.⁴ Além disso, a prevalência de dor crônica em mulheres é descrita em cerca de 50%, muito mais alto que em homens (28,36%).¹³ Estudos mais recentes apontam que os hormônios gonadais, principalmente o estrogênio, atuam na modulação da dor, assim podendo explicar um fator relacionado a esse predomínio no sexo feminino.¹⁴

A idade média dos nossos pacientes foi de 52,8 anos, acompanhando a média obtida em outros estudos^{15, 16}. Fayaz et al.¹⁷ concluíram que a prevalência de dor crônica em indivíduos entre 18 e 25 anos é de 14,3%, enquanto na faixa etária acima de 75 anos é 62%; mostrando ser uma patologia que está mais associada com o envelhecimento.

A região lombar foi indicada nesse estudo como o local de dor crônica mais comum. Neste trabalho, 37,5% dos pacientes possuíam dor há mais de 6 meses nessa região. Similarmente, Carvalho et al.¹² mostraram que 35% dos seus pacientes referem dor nesse local,

sendo também o local mais queixado. Inclusive, dor em região lombar é uma das principais causas de incapacidade relacionada ao trabalho e de dias faltados no emprego.¹⁸

Ademais, 54,2% dos pacientes deste estudo alegaram que precisaram se afastar de seus empregos por pelo menos 7 dias por conta das dores. Esse impacto social é confirmado por Breivik et al.¹⁹, que mostraram que 61% dos pacientes estavam menos aptos ou inaptos a trabalhar fora de casa, 19% perderam o emprego e 13% tiveram que trocar de atividade por conta da dor. Além disso, Rayner et. al.²⁰ mostraram que os pacientes com dor crônica associada a depressão eram mais propensos a não conseguir trabalhar por problemas de saúde.

A classificação da amostra deste estudo por grupo de risco para abuso de opioides segundo o ORT se deu da seguinte forma: 50,0% foram classificados como baixo risco, 29,2% como moderado risco e 20,8% como alto risco. Resultados parecidos foram encontrados em um trabalho realizado com 114 pacientes oncológicos, os quais foram classificados como sendo 57% para baixo risco, 22% para moderado e 21% para alto risco.¹⁰

No presente estudo, observou-se que 13,8% dos pacientes já se encontravam em uso de opioides, semelhante aos resultados de Castro et al.²¹, no qual 20% dos pacientes haviam recebido receitas para opioides.

Além disso, foi notado neste trabalho que o uso de analgésicos opioides estava relacionado com o aumento no perfil de risco para abuso do mesmo ($p=0,004$). Dentre os pacientes com moderado risco, 9,5% usavam opioides e entre os de baixo risco apenas 4,5% faziam uso. No entanto o grupo de alto risco possuía 40% dos pacientes consumindo esse tipo de medicamento, o que é extremamente alarmante.

De forma semelhante, há trabalhos que mostraram essa mesma associação. Ou seja, pacientes com baixo risco tendiam a não ter feito uso de opioides nos 6 primeiros meses de tratamento, enquanto os com alto ou moderado risco tendiam muito mais a ter recebido opiáceos como tratamento para dor crônica.¹⁵

Sabe-se que o uso de opioides é seguro e tem bons resultados no tratamento de dor crônica e pacientes sem histórico de abuso de substâncias como álcool, medicamentos e drogas têm baixa probabilidade de desenvolver esse problema se lhes forem prescritos opioides. No entanto, os resultados obtidos neste estudo são bastante preocupantes, pois mostram que metade dos pacientes tem risco alto ou moderado para abuso de algum medicamento dessa classe.

Os comportamentos descritos na literatura como mais comuns de abuso são: a solicitação de opioides a outras fontes, o aumento de dose sem autorização médica, usar outros opioides além dos prescritos e não ir para as consultas médicas agendadas ou cancelá-las. Esses comportamentos são vistos mais frequentemente conforme o aumento no grupo de risco para

abuso. Em estudo realizado com 185 pacientes atendidos em uma clínica de dor, 94,4 % dos pacientes com risco baixo não apresentaram comportamentos aberrantes enquanto dentre os pacientes classificados como alto risco, esses comportamentos foram identificados em 90,9%.⁹

Considerando também associar os fatores biopsicossociais com o risco encontrado, outro aspecto a ser abordado na dor crônica é a coexistência de depressão ou sintomas depressivos nos pacientes. Neste estudo, 61,1% dos doentes entrevistados possuíam depressão associada a dor crônica. A literatura corrobora com esses números, o estudo de Rayner et al.²⁰ com 1204 pessoas diagnosticadas com dor crônica mostrou que 60,8% deles preenchiam critérios para depressão e que os custos para o sistema de saúde desses pacientes eram maiores se comparado aos dos que não possuíam depressão.

Vários estudos de imagem têm mostrado que as regiões cerebrais ativadas por estímulos nociceptivos também podem ser afetadas por vários estados emocionais e comportamentais. Além disso, os estímulos nociceptivos, conscientemente percebidos podem ser modulados pelo contexto emocional. Assim, pode-se explicar a relação entre essas duas patologias.²²

Também foi notória a associação entre presença de depressão e aumento no risco para abuso de opioides ($p=0,003$) neste trabalho. Ademais, Sullivan et al.²³ observaram que depressão está relacionada ao uso de opioides por longa duração.

O número de pacientes com dor crônica que usam benzodiazepínicos também é alarmante. Nesse estudo, 37,5% dos entrevistados faziam uso de algum tipo de benzodiazepínico. Mesmo tal uso não se mostrando associado ao aumento do risco para abuso de opioides ($p=0,464$) neste trabalho, há evidências que mostram que pacientes em uso de benzodiazepínicos precisam de mais opioides do que aqueles que não usam.²⁴ Além disso, Cunningham et al.²⁵ mostraram que 29% dos pacientes com dor crônica em seu estudo usavam algum benzodiazepínico, dentre os quais 62% também faziam uso de opioides e que o grupo de pacientes que usava benzodiazepínicos estava significativamente mais associado ao uso de opioides, maior depressão, catastrofização da dor e intensidade maior da dor em relação aos que não usavam benzodiazepínicos.

CONCLUSÃO

Os achados nesse estudo indicam a necessidade de atenção para com os pacientes. É preciso conhecer o seu perfil de risco para aumentar a segurança e eficácia do seu tratamento. Além disso, não se deve esquecer sua saúde mental, a qual deve ser devidamente acompanhada, visto toda a morbidade que a dor crônica e o abuso de opioides pode trazer.

Os resultados deste presente estudo concluíram que 20,8% dos pacientes nesse estudo possuem alto risco para o abuso de opioides, 29,2% apresentam moderado risco e 50% apresentam baixo risco. Além disso, o aumento do risco para abuso de opioides foi relacionado com o uso atual desse tipo de medicamento e com a presença de depressão.

Portanto, o uso do ORT no ambulatório de dor foi muito relevante, pois permitiu avaliar qual o melhor tratamento para cada grupo de pacientes colocando-os em menor risco, estabelecendo controles mais rigorosos com aqueles que já estavam em uso de opioides e equilibrando o risco de abuso com o alívio adequado da dor.

REFERÊNCIAS

1. Treede RD, Rief W, Barke A, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. 2019;160: 19-27.
2. Nahin RL. Estimates of pain prevalence and severity in adults: United States, 2012. *J Pain*. 2015;16: 769-80.
3. Souza JB, Grossmann E, Perissinotti DMN, et al. Prevalence of Chronic Pain, Treatments, Perception, and Interference on Life Activities: Brazilian Population-Based Survey. *Pain Res Manag*. 2017;4643830.
4. Cabral DMC, Bracher ESB, Depintor JDP, et al. Chronic pain prevalence and associated factors in a segment of the population of São Paulo City. *J Pain*. 2014;15: 1081-91.
5. Kalso E, Edwards JE, Moore RA, et al. Opioids in chronic non-cancer pain: systematic review of efficacy and safety. *Pain*. 2004;112: 372-80.
6. Volkow ND, McLellan AT. Opioid Abuse in Chronic Pain--Misconceptions and Mitigation Strategies. *N Engl J Med*. 2016;374: 1253-63.
7. Dart RC, Surratt HL, Cicero TJ, et al. Trends in opioid analgesic abuse and mortality in the United States. *N Engl J Med*. 2015;372: 241-8.
8. Meyer R, Patel AM, Rattana SK, et al. Prescription opioid abuse: a literature review of the clinical and economic burden in the United States. *Popul Health Manag*. 2014;17: 372-87.
9. Webster LR, Webster RM. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: preliminary validation of the Opioid Risk Tool. *Pain Med*. 2005;6: 432-42.
10. Barclay JS, Owens JE, Blackhall LJ. Screening for substance abuse risk in cancer patients using the Opioid Risk Tool and urine drug screen. *Support Care Cancer*. 2014;22: 1883-8.
11. Hurstak EE, Kushel M, Chang J, et al. The risks of opioid treatment: Perspectives of primary care practitioners and patients from safety-net clinics. *Subst Abus*. 2017;38: 213-21.
12. Carvalho RC, Maglioni CB, Machado GB, et al. Prevalence and characteristics of chronic pain in Brazil: a national internet-based survey study. *Rev Dor*. 2018;1: 331-8
13. Vieira EB, Garcia JB, Silva AA, et al. Chronic pain, associated factors, and impact on daily life: are there differences between the sexes. *Cad Saude Publica*. 2012;28: 1459-67.
14. Amandusson Å, Blomqvist A. Estrogenic influences in pain processing. *Front Neuroendocrinol*. 2013;34: 329-49.
15. Pagé MG, Saïdi H, Ware MA, et al. Risk of Opioid Abuse and Biopsychosocial Characteristics Associated With This Risk Among Chronic Pain Patients Attending a Multidisciplinary Pain Treatment Facility. *Clin J Pain*. 2016;32: 859-69.
16. Jones JD, Vogelman JS, Luba R, et al. Chronic pain and opioid abuse: Factors associated with health-related quality of life. *Am J Addict*. 2017;26: 815-21.
17. Fayaz A, Croft P, Langford RM, et al. Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic review and meta-analysis of population studies. *BMJ Open*. 2016;6: e010364.
18. Wynne-Jones G, Cowen J, Jordan JL, et al. Absence from work and return to work in people with back pain: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med*. 2014;71: 448-56.
19. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006;10: 287-333.
20. Rayner L, Hotopf M, Petkova H, et al. Depression in patients with chronic pain attending a specialised pain treatment centre: prevalence and impact on health care costs. *Pain*. 2016;157: 1472-9.
21. Castro S, Cavalcanti IL, Barrucand L, et al. Implementing a chronic pain ambulatory care: preliminary results. *Rev Bras Anesthesiol*. 2019;69: 227-32.
22. Hooten WM. Chronic Pain and Mental Health Disorders: Shared Neural Mechanisms, Epidemiology, and Treatment. *Mayo Clin Proc*. 2016;91: 955-70.
23. Sullivan MD, Edlund MJ, Zhang L, et al. Association between mental health disorders, problem drug use, and regular prescription opioid use. *Arch Intern Med*. 2006;166: 2087-93.
24. Park TW, Saitz R, Nelson KP, et al. The association between benzodiazepine prescription and aberrant drug-related behaviors in primary care patients receiving opioids for chronic pain. *Subst Abus*. 2016;37: 516-20.
25. Cunningham JL, Craner JR, Evans MM, et al. Benzodiazepine use in patients with chronic pain in an interdisciplinary pain rehabilitation program. *J Pain Res*. 2017;10: 311-7.

5. APÊNDICES

5.1. APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor foi convidado para participar da pesquisa “**Uso de opioides e seu risco de abuso em ambulatório de dor crônica**”, que está sendo desenvolvida pelo acadêmico Allan Guilherme Santana da Costa, do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, sob a orientação da Professora Dra. Vera Maria Silveira de Azevedo.

A sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação ao com o pesquisador ou com a instituição HU-UFS.

Os objetivos do estudo são analisar o perfil de risco para o abuso de opioides em pacientes portadores de dor crônica.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista conosco.

Os riscos relacionados com sua participação são, no máximo, um constrangimento durante a entrevista.

Os benefícios relacionados com sua participação são um melhor planejamento do tratamento e conseqüente melhora na qualidade de vida do senhor.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.

Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o Projeto de Pesquisa de sua participação, a qualquer hora e qualquer momento.

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações).

Assinatura

Aracaju, ____ de _____ de _____

Contato do Pesquisador responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o pesquisador Allan Guilherme Santana da Costa; Telefone: (79)998511610.

Endereço: Av. Dr. Adel Nunes, nº55, Aracaju-SE.