

## **Educação para o aumento de prescrições de opioide no Brasil - uma necessidade emergente.**

Cleveland, 14/06/2016

Estou passando 2 meses nos EUA (NY, Cleveland, Stanford), visitando alguns centros para o tratamento de dor.

Ainda há pouco, ouvi no rádio mais uma reportagem sobre o caso do cantor Prince alertando a população sobre os riscos do uso de opioides. Temo que tais reportagens, da maneira que vêm sendo conduzidas, possam trazer prejuízos para o adequado tratamento da dor por aqui.

É lamentável ver como estamos além das expectativas no consumo de opioide. A opiofobia é um grave problema no nosso país, tanto entre os colegas quanto entre os pacientes que frequentemente já ouviram alguns conceitos errôneos de seus próprios médicos ou de amigos, familiares.

Os EUA, entretanto, vivem uma realidade bastante diferente da nossa. Ao invés do sub uso, estão vivendo um problema emergencial relacionado ao indiscriminado aumento do uso de opioides para dor crônica não oncológica.

Mortes por opioides, prescritos, quadruplicaram nos EUA nos últimos 15 anos.

A literatura com relação ao uso crônico de opioides, fora do contexto de câncer e doença terminal, é parca. A maioria dos estudos randomizados, placebo-controlados tiveram um curto *follow up*,  $\leq 6$  semanas. Os poucos trabalhos randomizados que tiveram um seguimento  $> 6$  semanas mostraram, invariavelmente, pobres resultados. De forma contrária, diversos trabalhos têm demonstrado falta de benefício com relação a melhora da intensidade da dor a longo prazo, ganho funcional e melhora de qualidade de vida, por vezes, inclusive, levando a piora destes desfechos. Diversos efeitos adversos relacionados ao uso crônico têm se mostrado prevalentes como endocrinopatia, hiperalgesia, mal uso, abuso, dependência e morte por overdose.

Outros países vêm vivenciando esse problema como Canadá e alguns países da Europa.

Não podemos perder o foco de promoção do adequado tratamento da dor. Os opioides são importante ferramenta nesse sentido. Educação para o seu uso é emergente, assim como do tratamento de seus efeitos adversos, como constipação... É necessário um aumento rápido do seu uso, especialmente, na dor aguda e oncológica. Na dor crônica, acredito que muitos pacientes possam ser beneficiados, mas nesse contexto, creio que um julgamento clínico mais cuidadoso é necessário para indicação e condução dos casos.

Talvez devêssemos aproveitar o exemplo desses países e trabalhar simultaneamente educação no uso de opioide nos diferentes contextos para no futuro termos um melhor tratamento da dor sem os sabores que esses países vêm tendo.

No nosso serviço, HC UFMG, vivenciamos todos esses problemas: dor aguda, oncológica, crônica não oncológica mal tratadas, assim como, mal uso, abuso e outros efeitos negativos relacionados ao uso crônico de opioides. Essa é uma preocupação que temos e viemos discutindo bastante com nossos fellows.

## Referências:

1. Frieden TR, Houry D. Reducing the Risks of Relief – The CDC Opioid-Prescribing Guideline. NEJM. Março, 2016.
2. FDA Panel: Physician Opioid Training Should Be Mandatory. Maio, 2016.
3. Sehgal N, Manchikanti L, Smith HS. Prescription Opioid Abuse in Chronic Pain: A Review of Opioid Abuse Predictors and Strategies to Curb Opioid Abuse. Pain Physician 2012; 15:ES67-ES92
4. Colson J, Helm S, Silverman S. Office-Based Dependence Treatment. Pain Physician 2012; 15:ES231-ES236.
5. Fisher B, Argento E. Prescription Opioid Related Misuse, Harms, Diversion and Interventions in Canada: A Review. Pain Physician 2012; 15:ES191-ES203.
6. Volkow ND, McLellan. Opioid Abuse in Chronic Pain — Misconceptions and Mitigation Strategies. N Engl J Med 2016;374:1253-63.
7. Atluri S, Arbik H, Sudarshan G. Prevention of Opioid Abuse in Chronic Non- Cancer Pain: An Algorithmic, Evidence Based Approach Pain Physician 2012; 15:ES177-ES189.
8. Manchikanti L, Helm S, Fellows B, et al. Opioid Epidemic in the United States. Pain Physician 2012; 15:ES9-ES38
9. Ilgen MA, Bohnert ASB, Ganoczy D, Bair MJ, et al. Opioid dose and risk of suicide. Pain May 2016. Volume 157. Number 5 P. 179-84
10. Smith HS. Conventional Practice for Medical Conditions for Chronic Opioid Therapy Pain Physician 2012; 15:ES1-ES7
11. Manchikanti L, Abdi S, Atluri S. American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) Guidelines for Responsible Opioid Prescribing in Chronic Non-Cancer Pain: Part I – Evidence Assessment Pain Physician 2012; 15:S1-S66
12. Manchikanti L, Abdi S, Atluri S. American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) Guidelines for Responsible Opioid Prescribing in Chronic Non-Cancer Pain: Part 2 - Guidance Pain Physician 2012; 15:S67-S116
13. Tournebise J, Gibaja V, Mucszczak A, Kahn JP. Are Physicians Safely Prescribing Opioids for Chronic Noncancer Pain? A Systematic Review of Current Evidence Pain Practice, Volume 16, Issue 3, 2016 370–383.

14. De Maddalena Chiara, Bellini M, Berra M, et al. Opioid-Induced Hypogonadism: Why and How to Treat It Pain Physician 2012; 15:ES111-ES118
15. Smith SS, Elliot JA. Opioid-Induced Androgen Deficiency (OPIAD) Pain Physician 2012; 15:ES145-ES156



**Gustavo Rodrigues Costa Lages CRMMG 36704**

Diretor-secretário do comitê de Técnicas Intervencionistas em Dor da SBED.  
Presidente da Comissão de Treinamento e Terapêutica da Dor da SBA.  
Coordenador da Clínica de Dor do Hospital das Clínicas da UFMG.