



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Marco Antônio Marchetti Calônego

**Dificuldades sociais, legais e burocráticas para
prescrição de opioides**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Anestesiologia da Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Doutor em Anestesiologia.

Orientador: Prof. Associado Guilherme Antonio Moreira de Barros

Coorientador: Prof. Assist. Dr. Adriano Dias

**Botucatu
2020**

Marco Antônio Marchetti Calônego

Dificuldades sociais, legais e burocráticas para
prescrição de opioides

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Anestesiologia da Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Doutor em Anestesiologia.

Orientador: Prof. Associado Guilherme Antonio Moreira de Barros

Coorientador: Prof. Assist. Dr. Adriano Dias

Botucatu
2020

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Calônego, Marco Antônio Marchetti.
Dificuldades sociais, legais e burocráticas para
prescrição de opioides / Marco Antônio Marchetti Calônego.
- Botucatu, 2020

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Guilherme Antonio Moreira de Barros
Capes: 40102130

1. Opióides. 2. Analgésicos. 3. Medicamentos -
Prescrição. 4. Medicamentos - Legislação. 5. Dor -
Tratamento.

Palavras-chave: Analgésicos opioides; Legislação;
Prescrição.

Poderia me dizer, por favor, que caminho devo tomar para sair daqui?

Isso depende bastante de onde você quer chegar, disse o Gato.

O lugar não importa muito..., disse Alice.

Então não importa o caminho que você vai tomar, disse o Gato.

Alice no País das Maravilhas, de Lewis Carroll.

(p. 84) Edição: L&PM Pocket, 2007

I DEDICATÓRIAS

Com perdas só há um jeito: perdê-las!

Com os ganhos, o proveito é saborear cada um como uma fruta boa da estação.

Lya Luft

Aos meus amores...

Lisânia Marchetti, querida mãe, que sempre na porta, aguarda minha chegada:

O momento de te reencontrar é o compromisso mais esperado de todos os meus dias.

Sua companhia e nossas conversas não tem preço!

Elton R. Felipe, companheiro escolhido pra vida e de todas as horas:

Você faz meus dias sempre melhores; cada dia é mais feliz ao seu lado.

Aos meus amigos,

Natália, Adriana, Priscila, Juliana, Renata, “Monica e Fran”, “Danilo e Carol” e Alex:

Mesmo quando não estão por perto, sempre estão presentes.

Muito obrigado a todos vocês que fazem parte de minha vida.

Vocês são meu grande ganho!!!

II AGRADECIMENTO ESPECIAL

Agradeço principalmente ao grande idealizador desta pesquisa, Dr. Guilherme Antonio Moreira de Barros. Amigo e orientador sempre presente; foi uma grande honra compartilhar de sua companhia e seus conhecimentos.

Sempre será lembrado como um exemplo de orientação técnica científica com toda sua paciência, ensinamentos e acolhimento e, um símbolo de coragem por superar as fronteiras de sua área de conhecimento e se arriscar nas aventuras da interdisciplinaridade para alcançar novas respostas, saberes... e, novas perguntas.

III AGRADECIMENTOS

Em decorrência do ingresso no incrível programa de Doutorado do Departamento de Anestesiologia da Faculdade de Medicina de Botucatu, tenho a obrigação de agradecer e parabenizar todos os membros que compõem esse grupo. Especificamente aos médicos, doutores e professores: Norma Sueli Pinheiro Módolo, Fernanda Bono Fukushima, Laís Helena Navarro e Lima, Leandro Gobbo Braz e, Paulo do Nascimento Junior. Desde os cumprimentos e conversas banais nos corredores, até às aulas e exposição de conhecimento técnico, vocês sempre foram um exemplo e incentivo aos estudos e conclusão deste trabalho.

A todos os funcionários da Faculdade de Medicina de Botucatu, por toda competência e empenho. Em especial Joana Jacirene Costa Teixeira, Tatiane de F. Pineiz Biondo, Ana Silvia S. B. Seabra Ferreira, Eloisa Elena Paschoalinotte e Rosângela Maria Giarola que tiveram contribuições importantes em diversas etapas da pós-graduação e da consecução desta tese.

Às Entidades que possibilitaram a realização da pesquisa com seus membros (Associação Médica Brasileira, Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor, Sociedade Brasileira de Anestesiologia e Faculdade de Medicina de Botucatu) e, também, a todos os seus membros que receberam os e-mails e tiveram a curiosidade de abri-los e, principalmente, aos 389 médicos que tiveram o exaustivo trabalho de responder aos questionamentos em sua integralidade.

Por fim, o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que merece todo o reconhecimento pelo incentivo e apoio à ciência nacional.

IV RESUMO

Introdução: A dor é uma experiência pessoal, subjetiva, que envolve aspectos sensitivos e culturais que podem ser alterados pelas variáveis socioculturais e psíquicas do indivíduo, do meio e, apesar de classificações diversas, geralmente relacionada ao sofrimento. No Brasil estudos indicam que, embora cerca de 50% dos pacientes portadores de dor estejam medicados, a maior parte deles está descontente com os resultados do tratamento. Em situação de dor aguda traumática, apenas 7% dos pacientes tem suas dores totalmente aliviadas e, em pacientes em vigência de dor de intensidade moderada a grande, somente 25% receberam opioides como parte de seu tratamento, apesar de recomendação da OMS de uso destes analgésicos, como descrito na escada analgésica. **Objetivo:** Compreender as razões da baixa prescrição dos opioides no tratamento da dor no Brasil, com ênfase aos entraves sociais, legais e burocráticos existentes. **Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico, prospectivo, analítico observacional e transversal, aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa, e realizado a partir de questionário investigativo disponibilizado em plataforma online, com perguntas fechadas e abordagem quantitativa. Foram convidados a participarem do estudo, por meio de mensagens eletrônicas a médicos atuantes em território Nacional. Aqueles que concordaram em participar assinaram, eletronicamente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) online. Para análise estatística foram realizados os testes de qui-quadrado seguidos por testes Z e testes t de Student. **Resultados:** Participaram da pesquisa 389 médicos, a maioria possui algum tipo de pós-graduação (82,78%), porém, mais da metade nunca teve qualquer contato com matéria de dor e cuidados paliativos (58,61%). Os principais motivos apontados em nossa pesquisa para a não prescrição com mais frequência de opioides potentes/fortes, são o receio de se induzir ao vício (52,19%), as dificuldades na obtenção do receituário “tipo A” (50,13%), o receio de induzir à dependência (49,36%) e a falta de conhecimento farmacológico (42,67%). Entretanto, em 42,16% dos casos, é relatado pelos médicos a existência de recusa, por parte dos pacientes, do emprego de opioides por motivo de medo exagerado do vício, da dependência física e da tolerância (86,59%) ou por motivos sociais e culturais (40,85%). A recusa dos pacientes foi superada durante a prática médica com a explicação da importância e segurança do medicamento (96,50%). Em nossa pesquisa 41,65% informam não conhecerem a legislação atual que rege a prescrição de opioides. Por fim, foram considerados pelos profissionais como principais fatores que podem facilitar a prescrição de opioides, o conhecimento da farmacologia destes analgésicos (73,01%), o melhor conhecimento das normas que regem a sua prescrição (67,10%) e a diminuição na burocracia envolvida na prescrição (51,16%). **Conclusão:** Concluiu-se que a baixa prescrição de opioides no Brasil é fato incontroverso e possui inúmeras justificativas de ordem social, legal e burocrática. Verificamos a existência de opiofobia, relatadas pelos pacientes e entre os médicos

entrevistados. Legalmente, restrições exacerbadas são impostas à prescrição desses fármacos, burocratizando e inviabilizando a sua utilização. Necessário reconstruir o conhecimento leigo e profissional que, aliados à realização de estudos populacionais e reconstrução da legislação vigente, tornará viável a proposição de novas formas de prescrição desses medicamentos.

Palavras-chave: Analgésicos Opioides, Legislação, Prescrição.

IV Abstract

Introduction: Pain is a personal, subjective experience, involving sensitive and cultural aspects that can be altered by the socio-cultural and psychological variables of the individual, the environment and, despite different classifications, it is frequently related to suffering. In Brazil studies indicate that, although about 50% of pain patients are medicated, most of them are unhappy with the treatment outcomes. In situations of acute traumatic pain, only 7% of patients have their pain totally relieved and, in patients with moderate to severe pain, only 25% received opioids as part of their treatment, despite of the WHO recommendation to use these analgesics, as described on the analgesic ladder. **Objective:** To understand the reasons for the low prescription of opioids in the treatment of pain in Brazil, with emphasis on the existing social, legal and bureaucratic barriers. **Method:** This is a prospective, observational and cross-sectional epidemiological study, approved by the Research Ethics Committee, and carried out using an investigative questionnaire available on an online platform, with closed questions and a quantitative approach. Participants were invited to participate in the study, through electronic messages to medical doctors working in the national territory. Those who agreed to participate signed, electronically, the Free and Informed Consent Term (ICF) online. For statistical analysis, chi-square tests were performed followed by Z tests and Student's t tests. **Results:** The total of 389 medical doctors participated in the research, most of whom have some type of postgraduate degree (82.78%), however, more than half have never had any contact with pain and palliative care subjects (58.61%). The main reasons pointed out in our research for not prescribing more frequently potent / strong opioids are the fear of inducing addiction (52.19%), difficulties in obtaining the "type A" prescription form (50.13%), the fear of inducing dependence (49.36%), and the lack of pharmacological knowledge (42.67%). However, in 42.16% of cases, doctors report the refusal of patients to use opioids due to exaggerated fear of addiction, physical dependence and tolerance (86.59%) or because of some social and cultural reasons (40.85%). The patients' refusal was overcome during medical practice with the explanation of the importance and safety profile of the medication (96.50%). In our survey, 41.65% reported not knowing the current legislation governing the prescription of opioids. Finally, the professionals considered the main factors that can facilitate the prescription of opioids, the knowledge of the pharmacology of these analgesics (73.01%), the better knowledge of the rules governing their prescription (67.10%), and the decrease in the bureaucracy involved in their prescription (51,16%). **Conclusion:** It was concluded that the low prescription of opioids in Brazil is an uncontroversial fact and has numerous justifications of social, legal and bureaucratic nature. We verified the existence of opiophobia, reported by the patients and doctors interviewed. Legally, exacerbated restrictions are imposed on the prescription of these drugs, bureaucratizing and preventing their use. It is necessary to reconstruct lay and professional knowledge which, together

with population studies and the reconstruction of current legislation, will make it feasible to propose new ways of prescribing these drugs.

Keywords: Opioid analgesics, Legislation, Prescription.

V LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização geral da população entrevistada de acordo com dados demográficos gerais	31
Tabela 1.1	Caracterização geral da população entrevistada de acordo com dados demográficos gerais (continuação)	32
Tabela 2	Estado da Federação de graduação dos médicos	33
Tabela 2.1	Região brasileira de formação dos médicos na graduação....	34
Tabela 3	Estado da Federação em que os médicos exercem a profissão (continua)	34
Tabela 3.1	Estado da Federação em que os médicos exercem a profissão (conclusão).....	35
Tabela 3.2	Região brasileira de atuação dos médicos.....	35
Tabela 4	Especialidades médicas (continua)	35
Tabela 4.1	Especialidades médicas (conclusão).....	36
Tabela 4.2	Especialidades médicas comparando-se Anestesiologia as demais especialidades.....	37
Tabela 5	Período de conclusão da graduação em medicina.....	37
Tabela 6	Pós-graduações dos médicos.....	37
Tabela 7	Formação em dor e/ou cuidados paliativos dos médicos.....	38
Tabela 8	Locais de trabalho dos médicos.....	38
Tabela 9	Informação dos médicos sobre opioides disponibilizados nos locais de trabalhos.....	39
Tabela 10	Percentual de prescrição de opioides a pacientes com dores de grande intensidade atendidos no ambiente intra-hospitalar, no último mês	39
Tabela 11	Percentual de prescrição de opioides a pacientes com dores de grande intensidade atendidos no ambiente intra-hospitalar, nos últimos 15 dias.....	40
Tabela 12	Percentual de prescrição de opioides a pacientes com dores de grande intensidade atendidos no ambiente ambulatorial, no último mês.....	40
Tabela13	Percentual de prescrição de opioides a pacientes com dores de grande intensidade atendidos no ambiente ambulatorial, nos últimos 15 dias.....	41

Tabela 14	Prescrição de opioides potentes pelo Programa “Farmácia de Medicamentos de Alto Custo” do Governo Federal por meio do “laudo de medicamento especializado” (LME).....	42
Tabela 15	Conhecimento informado pelos médicos a respeito da Escada Analgésica recomendada pela OMS, como ela foi primeiramente proposta para o tratamento da dor.....	43
Tabela 16	Quantidade de degraus informada pelos médicos como existentes na Escada Analgésica recomendada pela OMS, como ela foi primeiramente proposta para o tratamento da dor.....	43
Tabela 17	Emprego da Escada Analgésica da OMS, pelos médicos, como referência para o tratamento da dor dos pacientes.....	43
Tabela 18	Utilização do receituário tipo A pelos médicos.....	44
Tabela 19	Quantidade de notificações (“receitas” ou “folhas”) do talonário tipo “A” que foram utilizadas pelos médicos nos últimos três meses.....	45
Tabela 20	Forma, informada pelos médicos, de retirada do receituário tipo A (amarelo).....	45
Tabela 21	Local, informado pelos médicos, como de retirada de receituário tipo A.....	46
Tabela 22	Percepção dos médicos sobre o procedimento de retirada do receituário tipo A.....	46
Tabela23	Conhecimento dos médicos sobre quais fármacos devem ser prescritos com o receituário tipo A.....	47
Tabela 24	Conhecimento dos médicos sobre a forma de aquisição do receituário tipo A.....	47
Tabela 25	Consideração dos médicos acerca da afirmativa de se ter os receituários do tipo A como a melhor forma para a prescrição de opioides fortes.....	48
Tabela 26	Consideração dos médicos sobre a afirmativa de os receituários tipo B já serem, em seu entendimento pessoal, suficientemente rigorosos para o controle sanitário da prescrição de opioides fortes, não necessitando dos receituários tipo A para essa finalidade.....	48
Tabela 27	Opinião dos médicos sobre os principais motivos para não se prescreverem opioides potentes/fortes (morfina, p. ex.) com mais frequência	49

Tabela 28	Informação prestada pelos médicos sobre eventuais receios ou recusas por parte dos pacientes na utilização de opioides.....	49
Tabela 29	Informações prestadas pelos médicos sobre a eventual transposição do receio e recusa manifestos pelo paciente para o uso de opioide e as formas empregadas para superação do óbice.....	50
Tabela 30	Conhecimento da legislação atual que rege a prescrição de opioides pelos médicos.....	50
Tabela 31	Principais fatores, informados pelos médicos, que podem facilitar a prescrição de opioides.....	51

VI LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Percentual de prescrição de opioides a pacientes com dores de grande intensidade atendidos no ambiente intrahospitalar e Ambulatorial, no último mês.....	41
Figura 2	Percentual de prescrição de opioides a pacientes com dores de grande intensidade atendidos no ambiente intrahospitalar e Ambulatorial, nos últimos 15 dias.....	42

VII LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AINES - Anti-inflamatórios não hormonais

AMB - Associação Médica Brasileira

ANVISA - Agência Nacional da Vigilância Sanitária

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CFM - Conselho Federal de Medicina

CID - Classificação Internacional de Doença

INCB - Conselho Internacional de Controle de Narcóticos

EUA - Estados Unidos da América

FMB-UNESP - Faculdade de Medicina de Botucatu

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IASP - International Association for the Study of Pain

IP - Internet Protocol (Endereço de Protocolo da Internet)

LME – Laudo de medicamento especializado

MS - Ministério da Saúde

NEaD - Núcleo de Educação a Distância

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONG - Organização Não Governamental

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada

SBA - Sociedade Brasileira de Anestesiologia

SBED - Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor

S-DDD - Doses diárias definidas para fins estatísticos

SES - Secretaria de Estado de Saúde

SNGPC - Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos controlados

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNACON - Unidade de Alta Complexidade em Oncologia

UNESP - Universidade Estadual Paulista

VIII SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Dor, ópio, opioides e opiofobia.....	15
1.1.1 Definições e breve histórico	15
1.2 Super e subprescrição de opioides: a necessidade de equilíbrio.....	18
1.2.1 O uso recreativo de analgésicos: a crise mais disseminada de opioides.....	19
1.3 Opioides e a legislação no Brasil	21
2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	25
3 OBJETIVOS	26
3.1 Objetivo geral	26
3.2 Objetivos específicos	26
4 MÉTODOS.....	27
4.1 Amostra	27
4.2 Análise estatística	27
4.3 Instrumento de pesquisa	28
4.4 Critérios de inclusão e exclusão	30
4.5 Considerações Éticas.....	30
5 RESULTADOS	31
5.1 Caracterização geral da população estudada.....	31
5.2 Disponibilização e prescrição de opioides	39
5.3 Conhecimento e emprego da escada analgésica da OMS.....	43
5.4 Conhecimento e utilização do receituário tipo A.....	44
5.5 Motivos para a baixa prescrição de opioides	48
5.6 Conhecimento da legislação de opioides.....	50
5.7 Principais fatores que podem facilitar a prescrição de opioides	51
6 DISCUSSÃO	52
6.1 Discussão dos Resultados.....	52
6.1.1 Caracterização geral da população estudada	52
6.1.2 Disponibilização e prescrição de opioides	54
6.1.3 Conhecimento e emprego da escada analgésica da OMS	56
6.1.4 Conhecimento e utilização do receituário tipo A.....	56
6.1.5 Motivos para a baixa prescrição de opioides.....	59
6.1.6 Conhecimento da legislação de opioides	61
6.1.7 Principais fatores que podem facilitar a prescrição de opioides.....	61
7 CONCLUSÕES	64
8 REFERÊNCIAS	65
APÊNDICE	74
ANEXOS.....	87

1 INTRODUÇÃO

1.1 Dor, ópio, opioides e opiofobia

1.1.1 Definições e breve histórico

A dor tem sentidos e classificações diversas, porém, frequentemente está relacionada ao sofrimento. A “International Association for the Study of Pain” (IASP) define a dor como sendo “experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada à lesão real ou potencial dos tecidos”¹. Caracterizada como sendo uma experiência multidimensional, pessoal, subjetiva, que envolve aspectos sensitivos e culturais que podem ser alterados pelas variáveis socioculturais e psíquicas do indivíduo e do meio^{2; 3}. Além de gerar estresses físicos e emocionais para os doentes e para os seus cuidadores, a dor é razão de fardo econômico e social para a comunidade⁴. É considerada uma fonte de sofrimento que pode passar a dominar a vida do paciente e de seus familiares e amigos, podendo resultar em uma complexa rede de mudanças psicossociais e somáticas que pioram a qualidade de vida do indivíduo e dos que o circundam^{5; 6}.

A dor crônica é um problema bastante prevalente, podendo afetar 55% dos indivíduos (com duração de até três meses) ou 49% da população (com pelo menos seis meses de duração), sendo mais prevalente no sexo feminino^{7; 8}.

A importância dada ao tratamento da dor, independente de sua prevalência, perde espaço para a discussão sobre doenças que resultam em morte da população. Segundo dados da OMS, de cada 1000 pessoas que morreram em 2012, 133 pertencem a países de baixa renda; 356 são de países de renda média baixa; 302, de países de renda média alta e 209 países de alta renda. Em relação à idade, morrem 153 menores de 15 anos; 412 teriam entre 15 e 69 anos de idade; e 435 teriam 70 anos ou mais⁹.

Podemos verificar que mais da metade dos falecidos (514) foram em razão das 10 maiores causas de óbitos no mundo: doença isquêmica do coração, acidente cerebrovascular, infecções do trato respiratório inferior, doença pulmonar

obstrutiva crônica, consequências da infecção por HIV, diarreia, doenças crônicas (que está aumentando em todo o mundo em função do envelhecimento populacional), câncer de pulmão (associado aos da traqueia e de brônquios), diabetes mellitus e acidentes de trânsito ⁹.

Entre as dez doenças que mais matam no mundo pode-se constatar a presença da “dor” em todas elas, e que podem causar sofrimento e perda na qualidade de vida desnecessários e evitáveis, se não tratadas, uma vez que a medicina possui meios eficazes para seu manejo ⁹.

A escolha e a forma de tratamento e dos analgésicos a serem utilizados no tratamento da dor depende da avaliação adequada e das condições em que se encontra o doente. Segundo as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), aplicando-se a “Escada Analgésica”, que é composta por três degraus, conforme a intensidade da dor apresentada pelo paciente e ajustada pelo profissional da saúde caso a caso, ^{10; 11} obtém-se alívio adequado em 90% dos pacientes oncológicos ^{2; 3}.

No primeiro degrau, que trata as dores de fraca intensidade, recomenda-se a utilização de medicamentos analgésicos simples e anti-inflamatórios. O segundo degrau sugere que opioides fracos, eventualmente associados aos analgésicos simples ou anti-inflamatórios não hormonais (AINES), sejam empregados para o tratamento das dores de moderada intensidade. Já o terceiro degrau, composta por opioides fortes, associados ou não aos analgésicos simples ou anti-inflamatórios, destina-se ao tratamento de dores de forte intensidade ^{10; 11}.

Com exceção ao primeiro degrau, os demais trazem os opioides como parte do arsenal terapêutico. A codeína é considerada, pela OMS, como o fármaco-padrão do segundo degrau da escada analgésica, tendo em vista a menor incidência de vômitos, sua utilidade no tratamento da tosse, além de poder ser ministrada de forma oral ¹⁰. Entretanto, atualmente, o emprego da codeína é bastante controverso, em particular, na pediatria ¹².

Em relação ao terceiro degrau da escada analgésica, em regra, a morfina é utilizada como primeira escolha de opioide, sendo que, para os casos dessa

magnitude, alguns estudos aconselham a inclusão da metadona com um rodízio de outros opioides ^{10; 11; 13}.

Opioide é termo genérico que define toda substância, natural ou sintética, cuja ação analgésica se dá por meio da interação com os receptores opioides, podendo ser antagonizada pela naloxona. O mais conhecido entre eles é a morfina, considerada o analgésico “gold standard” do grupo ¹⁴ ou simplesmente “standard opioid” ¹⁵.

Desde a história antiga da humanidade sabe-se que o ópio e os seus derivados exercem influência sobre o comportamento humano. Eles têm sido empregados como sedativo e como analgésico, tanto de forma terapêutica, como recreativa. A partir do século XIX, com a evolução dos estudos farmacológicos e o surgimento das facilidades do emprego destas substâncias por via parenteral, houve aumento do interesse pelo uso criterioso dos mesmos, assim como da análise das consequências sociais de seu uso abusivo¹⁶.

A existência, avaliação, prevenção e tratamento da dor por meio da utilização de opioides é fato contemporâneo controverso em algumas esferas. Além disso, a burocratização, desconhecimento farmacológico e da legislação que regem a prescrição desses fármacos são fatores apontados pelos médicos como restritivos para a maior indicação desses medicamentos, que são de baixo custo e, ainda hoje, os mais eficientes para o tratamento de dores de média a alta intensidade ^{17; 18}. Há interesse atual e crescente sobre o estudo e aplicabilidade dos opioides na área médica, bem como, da análise das consequências sociais de seu uso abusivo ¹⁶.

A utilização de tais medicamentos gera grande controvérsia em relação ao seu uso em longo prazo, especialmente no tratamento das dores crônicas de origem não oncológica, ¹⁵ apesar das controvérsias na literatura no que se refere a sua segurança ^{19; 20; 21}.

Ainda hoje, os opioides figuram entre os analgésicos mais potentes em utilização, ¹⁶ sendo universalmente utilizados no tratamento da dor oncológica e dor aguda, embora alguns clínicos ainda sejam resistentes em prescreverem estes

analgésicos mesmo nestas situações. Este temor tem como principal motivo o receio da ocorrência de efeitos adversos, além do medo do vício ^{14; 22}.

São efeitos adversos comuns dos medicamentos opioides: náusea, sedação, depressão respiratória, disfunção cognitiva, além de outros como tolerância e dependências física e psicológica. O medo exacerbado na utilização de opioides pode gerar aquilo que é definido como “opiofobia” ¹⁴.

1.2 Super e subprescrição de opioides: a necessidade de equilíbrio

O consumo mundial de opioides está concentrado principalmente nos países da América do Norte, Europa Ocidental e Oceania. Apesar dessas regiões do globo possuírem 17% da população mundial, elas consomem 92% da morfina disponível em todo o planeta. Pode-se considerar que nesses países existe prescrição desproporcional de opioides resultando em desvio, mau uso e abuso e, como consequência negativa, altos índices de vício, overdose e dependência ^{23; 24}.

Apesar de inúmeros estudos sobre o assunto, não há consenso sobre qual poderia ser considerada uma dose recomendada de opioides no uso médico, tendo em vista que em diferentes práticas médicas, doses diferentes podem ser mais apropriadas ^{23; 25; 26; 27}.

A opiofobia ainda é um problema mundial no que se diz respeito à prescrição de opioides, afetando pacientes, profissionais de saúde e o público em geral. O receio de alguns dos efeitos colaterais relacionados ao uso de opioides, incluindo constipação intestinal, náusea, sedação, depressão respiratória, disfunção cognitiva e dependência física e psicológica, pode resultar em baixos índices da prescrição de opioides pelos profissionais de saúde ¹⁴.

Enquanto uma pequena parte da população global, que vive em países de alta renda, tem acesso facilitado aos opioides, expondo-os ao risco de abuso; a maior parte da população global, que reside em países de baixa e média renda, tem dificuldade para obter adequado tratamento da dor.

1.2.1 O uso recreativo de analgésicos: a crise mais disseminada de opioides

Na maioria dos países desenvolvidos a 'prescrição liberal' desses analgésicos foi induzida por estudos que atestaram a segurança dos opioides irrestritamente, inclusive em condições de dor crônica não oncológica^{3; 28; 29}.

Historicamente, a “suposta” segurança na prescrição de opioides foi uma estratégia de marketing utilizada pelas empresas farmacêuticas ao abordar os profissionais de saúde prescritores desses fármacos^{30; 31; 32}. Infelizmente, houve uma resposta lenta da comunidade médica aos sinais da ocorrência de uma “crise de uso recreativo de opioides”. Como consequência, nos últimos dez anos, os opioides tornando-se uma ameaça considerável em algumas regiões do globo³². Entre os americanos, 92% do uso indevido de opioides analgésicos ocorre com o emprego de analgésicos obtidos de fontes desviadas. Em 53% dos casos, a fonte é um amigo ou parente, ou seja, de origem em prescrição médica legítima feita a outrem^{23; 33}.

Entre os pacientes americanos tratados por dependência de opioides, 36% usaram esses analgésicos pela primeira vez com uma prescrição legítima para o tratamento da dor e, 75% deles continuam a usar opioides no controle da dor³⁴. Esses pacientes podem ter dificuldades em obter uma prescrição legítima e podem começar a adquirir opioides de uma fonte ilícita para controlar a dor física. De fato, apenas 12,9% dos pacientes fazem uso indevido de opioides para se sentir bem ou pelas suas ações disforizantes^{23; 35}.

Hoje, a fentanila ilícita e outros opioides sintéticos, originários principalmente da China e do México, são considerados um fator contribuinte para a atual epidemia de overdose e morte por opioides nos Estados Unidos da América (EUA). Por essas razões, recentemente ocorre a implementação crescente de políticas para tornar a prescrição e comercialização de opioides mais restritiva nos EUA e em outros países^{32; 36; 37}.

Constata-se que a maioria dos medicamentos opioides prescritos pelos cirurgiões no momento da alta hospitalar para o tratamento domiciliar da dor aguda pós-cirúrgica permanece sem uso,^{38; 39} o que resulta em excesso de medicação

disponível na comunidade e proporcionando desvio para finalidades não prescritas ⁶. O desvio de sobras de opioides é componente importante da crise americana desses fármacos, pois até 92% dos pacientes têm “sobra” de opioides após cirurgias comuns ^{7; 23; 38; 39; 40; 41; 42; 43; 44}.

Em estudo recente com a inclusão de 2.392 pacientes submetidos à cirurgia no estado de Michigan, EUA, apenas 27% dos opioides prescritos foram utilizados após a alta hospitalar. Neste país, as prescrições para pacientes submetidos a cirurgia, emergência e atendimento odontológico aumentou em 15,8% entre os anos de 2010 e 2016, sendo os maiores aumentos relacionados à prescrição cirúrgica (18,1%) e odontológica (67,8%) ⁴⁵.

O problema do uso indevido de opioides também existe em alguns países em desenvolvimento, onde a prescrição de opioides para pacientes não é tão liberal ²⁴. Nessas regiões, a heroína é o principal opioide usado, em substituição dos analgésicos prescritos, que são mais caros e não são acessíveis ^{46; 47}.

Na China, o número estimado de viciados em opioides no ano de 2004 era de 0,9% da sua população (mais de 75% deles viciados em heroína), estatística que pode ser subestimada ⁴⁸. Na África do Sul, 5 a 8% dos pacientes com dependência de drogas têm problemas com o uso excessivo de medicamentos, incluindo os analgésicos contendo codeína e dextropropoxifeno, e xaropes para tosse à base de codeína ⁴⁹.

O uso de drogas ilegais na Federação Russa também aumentou drasticamente nos últimos anos. Em 2005, havia mais de 500.000 (0,35% da população em geral) usuários de drogas registrados na Rússia e, em 2009, havia cerca de seis milhões de usuários (4,2% da população em geral) ⁵⁰. A produção de ópio nas proximidades do Afeganistão oferece uma fonte acessível e generosa de heroína para as cidades russas ^{50; 51; 52}. Assustadoramente, na Rússia, quase todos os pacientes hospitalizados devido ao vício sofreram direta ou indiretamente uma overdose de opioides ⁵⁰. Da mesma forma, em muitos países africanos, o tramadol produzido e traficado ilegalmente da China e da Índia se tornou um sério problema de saúde pública ⁵³.

Muitas razões justificam por que a maioria da população global não tem acesso adequado aos analgésicos opioides, incluindo aquelas relacionadas ao médico, ao paciente e às barreiras do sistema de saúde. Os médicos podem não ter educação e treinamento adequados para a dor, incluindo habilidades de avaliação da dor, enquanto os pacientes podem temer que uma prescrição de opioide represente um sinal de morte iminente ou que seu uso possa levar ao vício⁵⁴.

De fato, a disseminação da ideia de uma 'crise recreativa de opioides' pela mídia leiga e pela literatura científica é potencialmente prejudicial para os indivíduos residentes em países onde o consumo clínico per capita de analgésicos opioides é menor que o recomendado.

1.3 Opioides e a legislação no Brasil

Estima-se que o Brasil seja o maior consumidor de analgésicos opioides *per capita* da América do Sul, entretanto o consumo é bem inferior ao registrado entre as nações desenvolvidas⁵⁵.

O subtratamento da dor no Brasil e no mundo é considerado questão de saúde pública. Estudos indicam que, embora cerca de 50% das pessoas com dores agudas pesquisadas estejam medicadas, a maior parte delas está descontente com os resultados do tratamento⁵⁶. Infelizmente, no Brasil não existem dados estatísticos oficiais sobre a dor, salvo, alguns originados de estudos realizados em algumas cidades e capitais brasileiras.

Em estudo conduzido em Salvador, Bahia, com 2297 participantes com idade superior a 20 anos, os autores encontraram prevalência de dor crônica (duração superior a seis meses), em 41,4% da amostra,⁵⁷ em estudo conduzido com 400 idosos encontrou-se prevalência de dor crônica de 29,7%, sendo a topografia mais prevalente a região lombar (25,4%), seguida pelos membros inferiores (21,9%)⁵⁸.

Em estudo populacional recentemente realizado por nosso grupo de pesquisa e conduzido na cidade de Botucatu, SP, obteve-se a prevalência de dor crônica (considerando o marco temporal de 3 meses) de 45,7% dos munícipes com

idade ≥ 18 anos que residem na área urbana e destes, apenas 2,6% dos portadores de dor crônica estão em uso de analgésicos opioides, apesar da intensidade média da dor mensurada por estes indivíduos ser de $4,41 \pm 2,44$ (nas últimas 24 horas) e de $6,23 \pm 2,81$ (maior intensidade nas últimas 24 horas), escores que justificariam o emprego de opioides ⁸.

Dados ainda mais alarmantes são trazidos de alguns estudos específicos como, por exemplo, os oriundos de atendimentos realizados em emergência de hospital brasileiro de referência de trauma à vítimas de acidentes de transporte. Nesse estudo foi avaliada a intensidade da dor e a adequação da analgesia, sendo incluídas 100 vítimas de acidentes. A dor estava presente em 90% dos casos e em apenas 7% deles as dores estavam totalmente tratadas (no período de avaliação de uma hora após a intervenção analgésica ou três horas sem intervenção analgésica). Este número expressa a inadequação analgésica, e demonstra a reduzida importância conferida à analgesia pelos profissionais de saúde ⁵⁹.

No mesmo estudo, outros dados de suma relevância foram apresentados. Do total da amostragem (onde 90% referiram dor) 75% não receberam qualquer tipo de analgésico e, entre os 25 indivíduos que receberam, em 10 deles usaram-se analgésicos simples (dipirona e paracetamol), em três AINES e em 12 opioides. Dos 100 pacientes, 64 referiram dor de intensidade moderada a grande, porém, somente 16 receberam opioides. Assim, pode-se dizer que os analgésicos opioides são empregados de forma restrita, apesar de recomendação contrária a esta prática ⁵⁹.

Historicamente, a tentativa da legislação brasileira de regulamentar o comércio de opioides iniciou-se com a publicação do Edital da Câmara de São Paulo, de 9 de fevereiro de 1737, que proibia aos que não fossem médicos, boticários ou cirurgiões, a venda de ópio em seus estabelecimentos. Desde então, houve grande evolução disciplinando a prescrição e utilização desses fármacos.

Diversas são as normativas sobre esses medicamentos, podendo-se elencar: a Portaria da Secretaria de Vigilância em Saúde/ Ministério da Saúde (SVS/MS) 344/98 que dispõe sobre as normas para a prescrição e venda de psicofármacos; a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 58/2007 da Agência Nacional da Vigilância Sanitária (ANVISA), que dispõe sobre o aperfeiçoamento do

controle e fiscalização de substâncias psicotrópicas anorexígenas e outras providências; a RDC 67/2007/ANVISA, que regulamenta as normas de Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiniais para uso Humano em Farmácias e a RDC 27/2007/ANVISA que dispõe sobre o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos controlados – SNGPC; Lei 12.732/12, alterada pela Lei nº 13.896/2019 que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início; a Portaria nº 1.083/2012 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica e, por fim, a recém-publicada, Portaria GM/MS nº 13, de 08 de janeiro de 2020 que altera as regras da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 para emissão do Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME).

A legislação brasileira trata de regulamentar e agilizar o emprego deste tipo de medicamentos, como é o caso da Lei 12.732, de 22/11/12 que, em seu artigo 1º, refere que “o paciente com neoplasia maligna receberá, gratuitamente, no Sistema Único de Saúde (SUS), todos os tratamentos necessários e estabelece um prazo de até 60 dias, contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo, para se submeter ao primeiro tratamento no SUS com a realização de terapia cirúrgica ou radioterapia ou quimioterapia, conforme a necessidade terapêutica que o caso requer”. Tal legislação ainda prevê que os pacientes com manifestações de dor consequentes à doença deverão ter tratamento privilegiado e gratuito, quanto às prescrições e dispensação de analgésicos “opiáceos” (*sic*) ou correlatos.

A Portaria nº 1.083, de 2 de outubro de 2012 institui o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica que disponibiliza, por intermédio do SUS, opioides como parte de seu arsenal terapêutico, o que é chamado de *cesta básica de analgésicos*. São opioides disponibilizados: morfina, metadona, codeína.

Hoje, a principal legislação a respeito da prescrição e utilização de opioides no Brasil, se concentra na Instrução Normativa da Portaria SVS/MS nº 344 de 1998, aprovada pela Portaria nº 6, de 1999. Esta estabelece o Regulamento Técnico sobre as substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial, e instituem documentos, formulários e dá outras providências sobre o assunto.

Esta legislação regulamenta os receituários “tipo A” (amarelo) como forma mais restrita de prescrição dos medicamentos opioides fortes ou potentes, autorizando a indicação de somente um produto farmacêutico por receita, com validade de 30 dias da sua emissão e sendo fornecidos de forma numerada e controlada a profissionais e estabelecimentos de saúde pela Vigilância Sanitária local ou seus representantes.

Para a prescrição de opioides fracos são indicados os receituários tipo B, também com validade por 30 dias, podendo conter a prescrição de até 5 ampolas para o tratamento correspondente a 60 dias e, ao contrário do receituário tipo A, o médico deverá retirar a numeração junto à Autoridade Sanitária e escolher a gráfica para imprimir o talão às suas expensas.

2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A existência, graduação, prevenção e tratamento da dor por meio da utilização de opioides é fato contemporâneo controverso em algumas esferas. No Brasil a burocratização, desconhecimento farmacológico e da legislação que regem a prescrição desses fármacos podem ser fatores apontados pelos médicos como restritivos para a maior indicação desses medicamentos, que são de baixo custo e, ainda hoje, os mais eficientes para o tratamento de dores de média a alta intensidade. Justifica-se este estudo pelo desconhecimento das razões para a baixa prescrição desses fármacos no Brasil.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Compreender as razões da baixa prescrição dos opioides no tratamento da dor no Brasil, com ênfase aos entraves sociais, legais e burocráticos existentes.

3.2 Objetivos específicos

- 1) Identificar se existem, segundo a percepção dos médicos, impedimentos legais e obstáculos burocráticos para prescrição de opioides;
- 2) Reconhecer se existem barreiras sociais para prescrição de opioides;
- 3) Propor possíveis medidas para transpor as barreiras encontradas.

4 MÉTODOS

Trata-se de estudo epidemiológico, analítico, observacional e transversal. Após a obtenção da aprovação do projeto pela Comissão de Ética em Pesquisa institucional, este estudo foi realizado a partir da aplicação de questionário investigativo, com perguntas fechadas, com abordagem quantitativa. Foram convidados a participarem do estudo, por meio de mensagens eletrônicas (e-mail), médicos atuantes em território Nacional que possuíam cadastro ativo na Associação Médica Brasileira (AMB), Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED), Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA) e Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-UNESP). Aqueles que concordaram em participar assinaram, eletronicamente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) online (Apêndice 1). Após a concordância com o TCLE os participantes foram conduzidos, automaticamente, à página online para que fosse respondido o questionário disponibilizado eletronicamente (Apêndice 2).

4.1 Amostra

Considerando um universo de 443.603 mil médicos registrados no Conselho Federal de Medicina (dados de 2017), calculou-se o tamanho amostral usando uma prevalência de 50%, nível de confiança de 99% para desfechos de proporções desconhecidas e erros de 5%, sendo necessário obter as respostas de 384 médicos para atingir o tamanho de amostra mínimo necessário, estimado em esquema de vigilância populacional.

4.2 Análise estatística

A análise estatística, bem como a escolha por possíveis testes de comparação entre as variáveis e grupos foram executados, quando necessários, respeitando os pressupostos determinados pelos resultados, características e comportamento das variáveis de estudo, bem para o estudo das relações entre as variáveis dependentes e independentes previstas no planejamento e apresentadas no método.

Tendo em vista que o tema abordado é de grande relevância e interesse à Anestesiologia, principal prescritor de opioides no país, análise de subgrupo destes foi realizada em relação às demais especialidades, na intenção de se verificar eventual viés em relação ao conhecimento destes da matéria.

Para auxiliar a interpretação estatística, as unidades da federação foram também subdivididas nos agrupamentos de cinco macrorregiões do Brasil.⁶⁰ Essas regiões possuem caráter legal e são reconhecidas pela Constituição brasileira de 1988.⁶¹

Os testes de comparação foram, respectivamente, qui-quadrado, seguidos por testes Z e testes t de Student. Todas as verificações e testes foram realizados utilizando-se o software IBM/SPSS v.21.0, adotando nível de significância de 5%.

4.3 Instrumento de pesquisa

O questionário foi confeccionado pelos autores com base em situações que potencialmente poderiam ser responsáveis pela baixa prescrição de medicamentos opioides em nossa realidade.

Antes de sua utilização para fins de captação de dados para o estudo, o questionário foi submetido a uma fase de pré-teste com o envio aos docentes do departamento de Anestesiologia da Faculdade de Medicina de Botucatu. Nesta fase obteve-se análise e críticas referentes à redação e compreensão das questões. Posteriormente, foi aplicado a seis residentes do mesmo departamento com a finalidade de se verificar eventuais dificuldades de entendimento; os dados e resultados obtidos não foram utilizados na pesquisa. Após a finalização do questionário, este foi encaminhado à especialista em bioestatística da faculdade para verificar a validade dos questionamentos aplicados. Por fim, o questionário foi encaminhado ao Núcleo de Educação a Distância (NEaD), para verificar a aplicabilidade junto à plataforma digital empregada para obtenção de respostas. Neste momento foi sugerido a inclusão de questionamento acerca de orientação sexual, uma vez que, a legislação e normativas internas da UNESP asseguram igualdade em questões relativas à sexualidade e à identidade de gênero. A sugestão

foi acolhida e inserida, bem como, mantida a possibilidade do entrevistado não responder ao questionamento sem qualquer prejuízo à pesquisa.

O questionário foi enviado e preenchido via plataforma eletrônica (LimeSurvey), constituído por 12 (doze) questões para caracterização do sócio profissional e 22 (vinte e duas) diretamente relacionadas ao tema, totalizando 34 (trinta e quatro) questões de múltipla escolha, podendo serem escolhidas mais de uma alternativa (Apêndice 2). A identidade do médico voluntário foi mantida em sigilo e os dados obtidos utilizados para a pesquisa.

Como caracterização do profissional, os médicos foram questionados sobre seu sexo, idade, cor, estado civil, religião, orientação sexual, estado da federativo de formação e de atuação profissional, especialidade médica, ano de conclusão do curso de medicina, pós-graduação, em que tipo de local trabalham (público, privado e consultório) e se possuem treinamento específico em dor e cuidados paliativos.

Quanto às questões relacionadas ao objeto do estudo, questionou-se sobre o conhecimento do sujeito sobre os procedimentos necessários à prescrição de opioides; sua percepção quanto à existência de motivos para a baixa prescrição desses fármacos; se ocorre recusa do paciente ao uso desses analgésicos, assim como, eventual maneira utilizada pelo profissional para a transposição dessas eventuais barreiras; o conhecimento acerca da legislação vigente e da existência da escada analgésica recomendada pela OMS para a prescrição de tais fármacos.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Os dados do voluntário foram identificados com um código, e não com o nome ou endereço de IP (*Internet Protocol*). Apenas os membros da pesquisa tiveram acesso aos dados, assegurando assim total privacidade.

Depois de recebidas as respostas, apenas foram utilizadas aquelas obtidas de questionários em que houve o preenchimento integral, sendo aqueles parcialmente preenchidos descartados.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram adotados como critérios de inclusão do estudo: 1) ser médico atuante em território Nacional; 2) possuir cadastro ativo na AMB, SBED, SBA ou FMB-UNESP; e, 3) concordância e assinatura eletrônica do TCLE *online*.

Como único critério de exclusão foi consignado que questionários respondidos de forma incompleta seriam excluídos da pesquisa.

4.5 Considerações Éticas

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, Parecer CAAE: 62004716.2.0000.5411, parecer número 1.874.526, de 19/12/2016 (Anexo 1). Foram incluídos apenas médicos que concordaram em participar, após terem sido adequadamente informados sobre os objetivos e os procedimentos do estudo. Todos foram informados de que sua participação consistiria apenas em responder aos questionários e que as informações obtidas seriam sigilosas e que a não participação não envolveria nenhum prejuízo. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

5 RESULTADOS

A execução do estudo ocorreu como previamente planejada, alcançando-se o número de 389 indivíduos entrevistados e incluídos na pesquisa. Do total de questionários completos incluídos no estudo, 189 foram provenientes dos cadastros fornecidos pela AMB; 41 da SBED; 109 da SBA; e, 50 da FMB-UNESP.

5.1 Caracterização geral da população estudada

As características demográficas gerais da população do estudo estão expressas nas tabelas 1 a 8.

Tabela 1. Caracterização geral da população entrevistada de acordo com dados demográficos gerais

Dado demográfico	Característica	Anestesiologistas		Demais médicos		Amostra total	
		n	%*	n	%*	n	%*
Sexo	Masculino	103	60,59	122	55,71	225	57,84
	Feminino	67	39,41	97	44,29	164	42,16
Orientação sexual	Bissexual	1	0,59	5	2,28	6	1,54
	Heterossexual	156	91,76	199	90,87	355	91,26
	Homossexual	12	7,06	13	5,94	25	6,43
	Preferem não responder [#]	1	0,59	2	0,91	3	0,77
Faixa etária	Até 29 anos	12	7,06	26	11,87	38	9,77
	Entre 30 e 34 anos	35	20,59	29	13,24	64	16,45
	Entre 35 e 39 anos	37	21,76	37	16,89	74	19,02
	Entre 40 e 44 anos	19	11,18	34	15,53	53	13,62
	Entre 45 e 49 anos	11	6,47	23	10,50	34	8,74
	Entre 50 e 54 anos	27	15,88	19	8,68	46	11,83
	Entre 55 e 59 anos	14	8,24	20	9,13	34	8,74
	Entre 60 e 64 anos	9	5,29	14	6,39	23	5,91
	Entre 65 e 69 anos	4	2,35	11	5,02	15	3,86
	Entre 70 e 75 anos	1	0,59	2	0,91	3	0,77
	Acima de 75 anos	1	0,59	2	0,91	3	0,77
TOTAL [#]	Sem informação [#]	0	0,00	2	0,91	2	0,51
		170	100	219	100	389	100

n = frequência; * Percentagem válida para cada dado demográfico dentro da mesma tonalidade de sombreamento na tabela; [#] Total correspondente à população estudada e não à somatória dos dados contidos na coluna "n"; [#] Informação não preenchida adequadamente no formulário de pesquisa ou recusa do entrevistado em informar.

Tabela 1.1 Caracterização geral da população entrevistada de acordo com dados demográficos gerais (continuação)

Dado demográfico	Característica	Anestesiologistas		Demais médicos		Amostra total	
		n	%	n	%	n	%
Cor	Branco	127	74,71	177	80,82	304	78,15
	Negro	1	0,59	3	1,37	4	1,03
	Pardo	40	23,53	27	12,33	67	17,22
	Amarelo	2	1,18	11	5,02	13	3,34
	Indígena	0	0	1	0,46	1	0,26
Estado civil	Solteiro	34	20,00	47	21,46	81	20,82
	Casado/Convivente/União Estável	127	74,71	156	71,23	283	72,75
	Separado/Divorciado	9	5,29	14	6,39	23	5,91
	Viúvo	0	0	2	0,91	2	0,51
Religião	Católica	92	54,12	99	45,21	191	49,1
	Protestante ou Evangélica	11	6,47	24	10,96	35	9,00
	Espírita	26	15,29	42	19,18	68	17,48
	Umbanda ou Candomblé	2	1,18	0	0,00	2	0,51
	Ateu	13	7,65	21	9,59	34	8,74
	Sem religião	17	10,00	26	11,87	43	11,05
	Judaica	4	2,35	3	1,37	7	1,80
	Budista	2	1,18	2	0,91	4	1,03
Outras	3	1,76	2	0,91	5	1,29	
TOTAL [#]		170	100	219	100	389	100

n = frequência; % Percentagem; * Percentagem válida para cada dado demográfico dentro da mesma tonalidade de sombreamento na tabela; # Total correspondente à população estudada e não à somatória dos dados contidos no coluna "n".

As tabelas 2 e 3 indicam respectivamente os Estados de graduação e de atuação dos médicos entrevistados. Para facilitar o entendimento, e seguindo as normativas elaboradas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tais informações foram subdivididas de acordo com as cinco macrorregiões administrativas: Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul (Tabelas 2.1 e 3.1).

Tabela 2. Estado da Federação de graduação dos médicos

Estado de graduação	Anestesiologistas		Demais médicos		Amostra total	
	n	%	n	%	n	%
Acre (AC)	0	0	0	0	0	0
Alagoas (AL)	2	1,18	3	1,37	5	1,29
Amapá (AP)	0	0	0	0,00	0	0
Amazonas (AM)	5	2,94	1	0,46	6	1,54
Bahia (BA)	10	5,88	4	1,83	14	3,6
Ceará (CE)	2	1,18	1	0,46	3	0,77
Distrito Federal (DF)	1	0,59	3	1,37	4	1,03
Espírito Santo (ES)	4	2,35	2	0,91	6	1,54
Goiás (GO)	7	4,12	3	1,37	10	2,57
Maranhão (MA)	0	0	1	0,46	1	0,26
Mato Grosso (MT)	4	2,35	2	0,91	6	1,54
Mato Grosso do Sul (MS)	4	2,35	2	0,91	6	1,54
Minas Gerais (MG)	39	22,94	28	12,79	67	17,22
Pará (PA)	4	2,35	1	0,46	5	1,29
Paraíba (PB)	3	1,76	1	0,46	4	1,03
Paraná (PR)	5	2,94	10	4,57	15	3,86
Pernambuco (PE)	2	1,18	6	2,74	8	2,06
Piauí (PI)	1	0,59	0	0,00	1	0,26
Rio de Janeiro (RJ)	27	15,88	19	8,68	46	11,83
Rio Grande do Norte (RN)	4	2,35	2	0,91	6	1,54
Rio Grande do Sul (RS)	6	3,53	24	10,96	30	7,71
Rondônia (RO)	2	1,18	0	0,00	2	0,51
Roraima (RR)	1	0,59	0	0,00	1	0,26
Santa Catarina (SC)	2	1,18	2	0,91	4	1,03
São Paulo (SP)	30	17,65	100	45,66	130	33,42
Sergipe (SE)	2	1,18	1	0,46	3	0,77
Tocantins (TO)	1	0,59	3	1,37	4	1,03
Estrangeiro	2	1,18	0	0	2	0,51
TOTAL	170	100	219	100	389	100

n = frequência; % Percentagem.

Tabela 2.1. Região brasileira de formação dos médicos na graduação

Região de graduação	Anestesiologistas		Demais médicos		Amostra total	
	n	%	n	%	n	%
Norte	13	7,65	5	2,28	18	4,63
Nordeste	26	15,3	19	8,68	45	11,58
Centro-Oeste	16	9,41	10	4,57	26	6,68
Sudeste	100	58,82	149	68,04	249	64,01
Sul	13	7,65	36	16,44	49	12,6
Estrangeiros	2	1,17	0	0,00	2	0,51
TOTAL	170	100	219	100	389	100

n = frequência; % Percentagem.

Tabela 3. Estado da Federação em que os médicos exercem a profissão (continua)

Estado de exercício	Anestesiologistas		Demais médicos		Amostra total	
	n	%	n	%	n	%
Acre (AC)	0	0	1	0,46	1	0,26
Alagoas (AL)	1	0,59	2	0,91	3	0,77
Amapá (AP)	0	0	0	0,00	0	0
Amazonas (AM)	4	2,35	0	0,00	4	1,03
Bahia (BA)	8	4,71	6	2,74	14	3,6
Ceará (CE)	2	1,18	2	0,91	4	1,03
Distrito Federal (DF)	6	3,53	4	1,83	10	2,57
Espírito Santo (ES)	7	4,12	1	0,46	8	2,06
Goiás (GO)	8	4,71	1	0,46	9	2,31
Maranhão (MA)	0	0	0	0,00	0	0
Mato Grosso (MT)	6	3,53	6	2,74	12	3,08
Mato Grosso do Sul (MS)	6	3,53	1	0,46	7	1,8
Minas Gerais (MG)	25	14,71	21	9,59	46	11,83
Pará (PA)	7	4,12	1	0,46	8	2,06
Paraíba (PB)	2	1,18	0	0,00	2	0,51
Paraná (PR)	4	2,35	9	4,11	13	3,34
Pernambuco (PE)	2	1,18	4	1,83	6	1,54
Piauí (PI)	1	0,59	0	0,00	1	0,26
Rio de Janeiro (RJ)	16	9,41	11	5,02	27	6,94
Rio Grande do Norte (RN)	4	2,35	3	1,37	7	1,8
Rio Grande do Sul (RS)	5	2,94	19	8,68	24	6,17
Rondônia (RO)	4	2,35	0	0,00	4	1,03
Roraima (RR)	1	0,59	0	0,00	1	0,26
Santa Catarina (SC)	5	2,94	8	3,65	13	3,34

Tabela 3.1. Estado da Federação em que os médicos exercem a profissão (conclusão)

Estado de exercício	Anestesiologistas		Demais médicos		Amostra total	
	n	%	n	%	n	%
São Paulo (SP)	41	24,12	115	52,51	156	40,1
Sergipe (SE)	1	0,59	1	0,46	2	0,51
Tocantins (TO)	4	2,35	3	1,37	7	1,8
TOTAL	170	100	219	100	389	100

n = frequência; % Percentagem.

Tabela 3.2. Região brasileira de atuação dos médicos

Região de atuação dos médicos	Anestesiologistas		Demais médicos		Amostra total	
	n	%	n	%	n	%
Norte	20	12,36	5	2,28	25	6,44
Nordeste	21	25,88	18	8,22	39	10,02
Centro-Oeste	26	22,36	12	5,48	38	9,76
Sudeste	89	11,77	148	67,58	237	60,93
Sul	14	27,65	36	16,44	50	12,85
TOTAL	170	100	219	100	389	100

n = frequência; % Percentagem.

A tabela 4 distingue as especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), sendo que a adesão pelos especialistas de Anestesiologia totalizou 43,7% dos indivíduos incluídos na amostra (Tabela 4.1). Não ocorreu a representação das seguintes especialidades médicas: Alergia e imunologia; Angiologia; Cirurgias: de “cabeça e pescoço”, plástica e torácica; Coloproctologia; Genética Médica; Medicina do Tráfego; Medicina Esportiva; Medicina Nuclear; Nutrologia; Radioterapia; e, Urologia.

Tabela 4. Especialidades médicas (continua)

Especialidade	n	%
Acupuntura	4	1,03
Anestesiologia	170	43,7
Cancerologia (oncologia)	10	2,57
Cardiologia	7	1,8
Cirurgia Cardiovascular	1	0,26
Cirurgia da Mão	1	0,26
Cirurgia do Aparelho Digestório	1	0,26

Tabela 4.1. Especialidades médicas (conclusão)

Especialidade	n	%
Cirurgia Geral	4	1,03
Cirurgia Pediátrica	2	0,51
Cirurgia Vascular	1	0,26
Clínica Médica	29	7,46
Dermatologia	6	1,54
Dor	22	5,66
Endocrinologia e Metabologia	4	1,03
Endoscopia	1	0,26
Gastroenterologia	3	0,77
Geriatria	10	2,57
Ginecologia e Obstetrícia	11	2,83
Hematologia e Hemoterapia	1	0,26
Homeopatia	2	0,51
Infectologia	2	0,51
Mastologia	1	0,26
Medicina de Emergência	2	0,51
Medicina de Família e Comunidade	9	2,31
Medicina do Trabalho	6	1,54
Medicina Física e Reabilitação	3	0,77
Medicina Intensiva	11	2,83
Medicina Legal	2	0,51
Medicina Preventiva e Social	1	0,26
Nefrologia	2	0,51
Neonatologia	2	0,51
Neurocirurgia	4	1,03
Neurologia	9	2,31
Oftalmologia	2	0,51
Ortopedia e Traumatologia	12	3,08
Otorrinolaringologia	2	0,51
Patologia	1	0,26
Pediatria	7	1,8
Pneumologia	5	1,29
Psiquiatria	7	1,8
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	3	0,77
Reumatologia	6	1,54
TOTAL	389	100

n = frequência; % Percentagem.

Tabela 4.2. Especialidades médicas, comparando-se Anestesiologia com as demais especialidades

Especialidade	n	%
Anestesiologia	170	43,7
Demais médicos	219	56,3
TOTAL	389	100

n = frequência; % Percentagem.

A tabela 5 expressa o tempo decorrido desde a graduação dos entrevistados. A estratificação desses dados por década evidencia a grande representatividade, na amostra, de graduados nos últimos 30 anos.

Tabela 5. Período de conclusão da graduação em medicina

Período de conclusão da graduação em medicina	n	%
Formados há mais de 50 anos	5	1,29
Formados entre 41 e 50 anos	18	4,63
Formados entre 31 e 40 anos	59	15,17
Formados entre 21 e 30 anos	86	22,11
Formados entre 11 e 20 anos	122	31,36
Formados nos últimos 10 anos	99	25,45
TOTAL	389	100

n = frequência; % Percentagem.

As tabelas 6 e 7 caracterizam a formação complementar dos médicos, após sua graduação, tanto pelo grau acadêmico, quanto pelo seu eventual conhecimento específico sobre “dor” e cuidados paliativos.

Tabela 6. Pós-graduações dos médicos

Pós-graduação		Anestesiologistas		Demais médicos		Amostra total		
		n	%	n	%	n	%	
Sim	<i>Lato sensu</i> (residência médica/especialização)		127	91,37	164	89,62	291	90,37
	<i>Strictu sensu</i>	Mestrado	19	13,67	43	23,5	62	19,25
		Doutorado	18	12,95	40	21,86	58	18,01
	Pós-doutorado		3	2,16	7	3,83	10	3,11
	Total de “SIM”		139	81,76	183	83,56	322	82,78
Não		31	18,24	36	16,44	67	17,22	
TOTAL[#]		170	100	219	100	389	100	

n = frequência; % Percentagem; [#] Total de indivíduos, desconsiderando o número de pós-graduações obtidas.

Tabela 7. Formação em dor e/ou cuidados paliativos dos médicos

Formação em dor / cuidados paliativos		Anestesiologistas		Demais médicos		Amostra total	
		n	%	n	%	n	%
Sim	Autodidata	3	3,85	13	15,66	16 ¹	9,94
	Durante a graduação	6	7,69	11	13,25	17	10,56
	Durante a estágio/especialização/residência	45	57,69	50	60,24	95	59,01
	Durante a pós-graduação	38	48,72	37	44,58	75	46,58
	Cursos	9	11,54	10	12,05	19	11,80
	Total de "Sim"	78	45,88	83	37,9	161	41,39
Não		92	54,12	136	62,1	228	58,61
TOTAL[#]		170	100	219	100	389	100

n = frequência; % Percentagem.; ¹ = p < 0,05. [#] Total de indivíduos, desconsiderando o número de formações obtidas.

Para finalizar a caracterização geral da população estudada, verificou-se quais os ambientes de trabalho dos médicos, sendo possível, inclusive, que mais de uma opção fossem assinaladas.

Tabela 8. Locais de trabalho dos médicos

Locais de trabalho dos médicos	Anestesiologistas		Demais médicos		Amostra total	
	n	%	n	%	n	%
Ambulatório Público	25	14,71	123	31,62	148 ¹	38,05
Consultório Particular	65	38,24	124	56,62	189 ¹	48,59
Unidade de Internação e Emergência de Hospital Misto	49	28,82	30	13,7	79 ¹	20,31
Unidade de Internação e Emergência de Hospital Particular	86	50,59	48	21,92	134 ¹	34,45
Unidade de Internação e Emergência de Hospital Público	79	46,47	97	44,29	176	45,24
Outro	19	11,18	21	9,59	40	10,28
TOTAL[#]	170	100	219	100	389	100

n = frequência; % Percentagem; ¹ = p < 0,05. [#] Total de indivíduos, desconsiderando o número de locais de trabalho.

5.2 Disponibilização e prescrição de opioides

As tabelas 9 a 14 tratam da disponibilização de opioides nos locais de trabalho, bem como, do hábito de prescrição destes analgésicos pelos médicos.

Tabela 9. Informação dos médicos sobre opioides disponibilizados nos locais de trabalhos

Opioides disponibilizados no local de trabalho	Anestesiologistas		Demais médicos		Amostra total	
	n	%	n	%	n	%
Alfentanil	9	5,29	1	0,46	10 ¹	2,87
Buprenorfina	13	8,23	12	6,32	25	7,18
Codeína	88	55,7	137	72,11	225 ¹	64,66
Fentanila	154	97,47	107	56,32	261 ¹	75,00
Meperidina	120	75,95	65	34,21	185 ¹	53,16
Metadona	82	51,9	96	50,53	178	51,15
Morfina	157	99,37	157	82,63	314 ¹	90,23
Nalbufina	118	74,68	39	20,53	157 ¹	45,11
Oxicodona	34	21,52	45	23,68	79	22,7
Remifentanila	141	89,24	46	24,21	187 ¹	53,74
Sufentanila	131	82,91	37	19,47	168 ¹	48,28
Tramadol	152	96,2	160	84,21	312 ¹	89,66
Não sei informar todos/alguns	2	1,27	36	18,95	38 ¹	10,92
Outros	2	1,18	3	1,37	5	1,44
TOTAL[#]	170	100	219	100	389	100

n = frequência. % Percentagem válida. ¹ = p < 0,05 [#] Total de indivíduos, desconsiderando o número opioides disponibilizados.

As tabelas 10 e 11 representam as respostas de médicos que trabalham em ambiente intra-hospitalar (n=308).

Tabela 10. Percentual de prescrição de opioides a pacientes com dores de grande intensidade atendidos no ambiente intra-hospitalar, no último mês

Prescrição de opioides a pacientes com dores de grande intensidade em ambiente intra-hospitalar	Anestesiologistas		Demais médicos		Amostra total	
	n	%	n	%	n	%
0%	5	3,29	26	16,67	31	10,06
De 1 a 20%	42	27,63	56	35,9	98	31,82
De 21 a 40%	22	14,47	20	12,82	42	13,64
De 41 a 60%	13	8,55	13	8,33	26	8,44
De 61 a 80%	25	16,45	15	9,62	40	12,99
De 81 a 100%	45	29,61	20	12,82	65	21,1
Respostas perdidas	0	0	6	3,85	6	1,95
TOTAL	152	100	156	100	308	100

n = frequência. % = Percentagem.

Tabela 11. Percentual de prescrição de opioides a pacientes com dores de grande intensidade atendidos no ambiente intra-hospitalar, nos últimos 15 dias

Prescrição de opioides a pacientes com dores de grande intensidade em ambiente intra-hospitalar	Anestesiologistas		Demais médicos		Amostra total	
	n	%	n	%	n	%
0%	7	4,6 ¹	37	23,72 ¹	44	14,29
De 1 a 20%	47	30,92	57	36,54	104	33,77
De 21 a 40%	19	12,50	9	5,77	28	9,09
De 41 a 60%	11	7,24	11	7,05	22	7,14
De 61 a 80%	21	13,82	10	6,41	31	10,06
De 81 a 100%	47	30,92	22	14,1	69	22,40
Não realizei este tipo de atendimento	0	0	10	6,41	10	3,25
TOTAL	152	100	156	100	308	100

n = frequência; % Percentagem. ¹ p < 0.0001

As tabelas 12 e 13 representam análise de subgrupo de médicos que trabalham em ambiente ambulatorial (n=279).

Tabela 12. Percentual de prescrição de opioides a pacientes com dores de grande intensidade atendidos no ambiente ambulatorial, no último mês

Prescrição de opioides a pacientes com dores de grande intensidade em ambiente ambulatorial	Anestesiologistas		Demais médicos		Amostra total	
	n	%	n	%	n	%
0%	27	30,69	68	35,6	95	34,06
De 1 a 20%	18	20,45	68	35,6	86	30,82
De 21 a 40%	15	17,05	14	7,34	29	10,39
De 41 a 60%	7	7,95	15	7,85	22	7,89
De 61 a 80%	4	4,55	7	3,66	11	3,94
De 81 a 100%	7	7,95	13	6,81	20	7,17
Não realizei este tipo de atendimento	10	11,36	6	3,14	16	5,73
TOTAL	88	100	191	100	279	100

n = frequência; % Percentagem.

Tabela 13. Percentual de prescrição de opioides a pacientes com dores de grande intensidade atendidos no ambiente ambulatorial, nos últimos 15 dias

Prescrição de opioides a pacientes com dores de grande intensidade em ambiente ambulatorial	Anestesiologistas		Demais médicos		Amostra total	
	n	%	n	%	n	%
0%	33	37,5	78	40,83	111	39,78
De 1 a 20%	17	19,32	59	30,89	76	27,24
De 21 a 40%	10	11,36	16	8,38	26	9,32
De 41 a 60%	6	6,82	8	4,19	14	5,02
De 61 a 80%	3	3,41	9	4,71	12	4,30
De 81 a 100%	8	9,09	13	6,81	21	7,53
Não realizei este tipo de atendimento	11	12,5	8	4,19	19	6,81
TOTAL	88	100	191	100	279	100

n = frequência; % Percentagem.

Grande percentual dos médicos em trabalho ambulatorial não prescrevem opioides a seus pacientes, enquanto aqueles em trabalho hospitalar, em sua maioria, apenas os prescrevem no máximo para até 20% dos pacientes em dor de grande intensidade. Este dado se repete em períodos de 15 ou 30 dias de atuação profissional, tal qual expresso nas figuras 1 e 2.

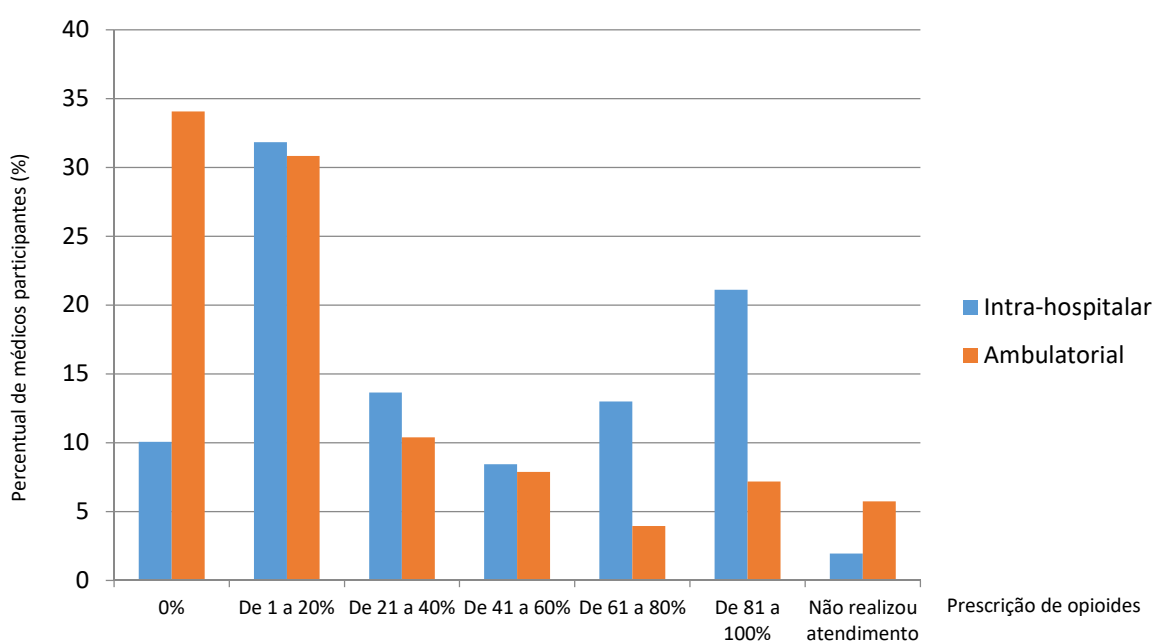


Figura 1. Percentual de prescrição de opioides a pacientes com dores de grande intensidade atendidos no ambiente intra-hospitalar e Ambulatorial, no último mês.

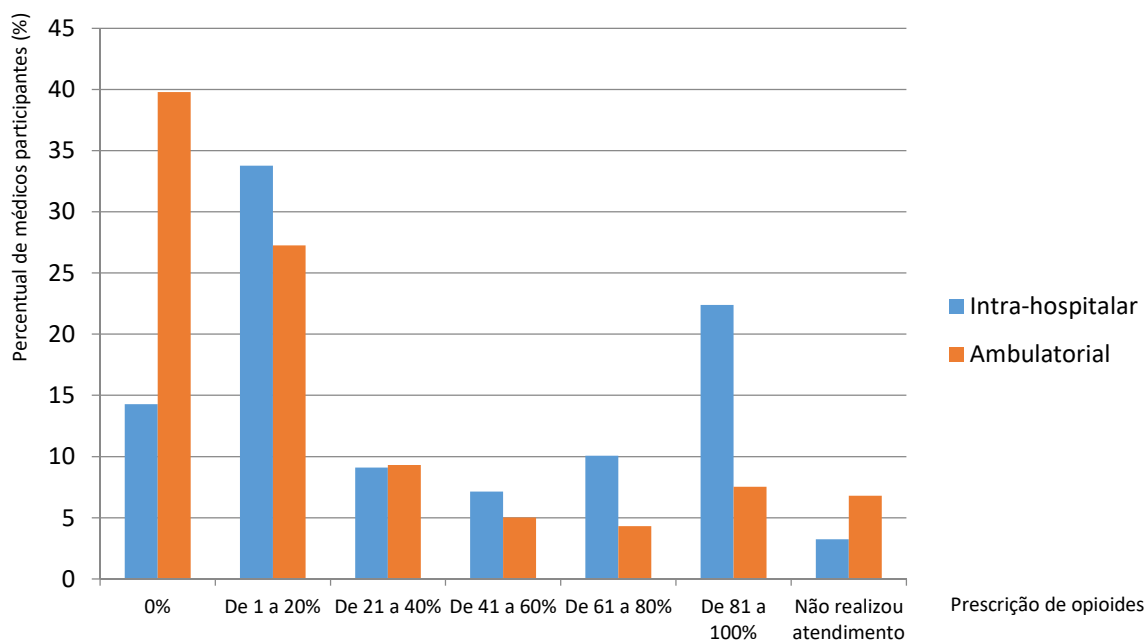


Figura 2. Percentual de prescrição de opioides a pacientes com dores de grande intensidade atendidos no ambiente intra-hospitalar e Ambulatorial, nos últimos 15 dias.

A tabela 14 expressa a baixa adesão à prescrição de opioides por meio do Programa “Farmácia de Medicamentos de Alto Custo” do Governo Federal, em que apenas 25% dos médicos se utilizam do laudo de medicamento especializado (LME).

Tabela 14. Prescrição de opioides potentes pelo Programa “Farmácia de Medicamentos de Alto Custo” do Governo Federal por meio do “laudo de medicamento especializado” (LME)

Prescrição de opioides através de LME	Anestesiologistas		Demais médicos		Amostra total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	18	13,53	45	25,71	63	25,00
Não	66	49,62	102	58,29	168	54,55
Desconheço o formulário “LME”	49	36,85	28	16	77	20,45
TOTAL	133	100	175	100	308	100

n = frequência. % Percentagem.

5.3 Conhecimento e emprego da escada analgésica da OMS

As tabelas 15 a 17 demonstram o conhecimento e aplicação da escada analgésica da OMS pelos médicos. A maioria dos médicos aponta conhecer as recomendações da OMS para o tratamento da dor (Tabela 15).

Tabela 15. Conhecimento informado pelos médicos a respeito da Escada Analgésica recomendada pela OMS, como ela foi primeiramente proposta para o tratamento da dor

Conhecimento da escada Analgésica da OMS	Anestesiologistas		Demais médicos		Amostra total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	144	84,71	134	61,19	278	71,47
Não	26	15,29 ¹	85	38,81 ¹	111	28,53
TOTAL	170	100	219	100	389	100

n = frequência; % Percentagem; ¹ p <.0001.

O questionamento sobre a quantidade de degraus existentes na escada analgésica, assim como descrita inicialmente pela OMS, foi a forma empregada para verificar se os entrevistados realmente conheciam esse instrumento. Para 46,76% deles a escada possui mais que três degraus (Tabela 16).

Tabela 16. Quantidade de degraus informada pelos médicos como existentes na Escada Analgésica recomendada pela OMS, como ela foi primeiramente proposta para o tratamento da dor

Quantidade de degraus da escada analgésica da OMS	Anestesiologistas		Demais médicos		Amostra total	
	n	%	n	%	n	%
1	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0
3	79	54,87	69	51,49	148	53,24
4	46	31,94	43	32,09	89	32,01
5	19	13,19	22	16,42	41	14,75
TOTAL	144	100	134	100	278	100

n = frequência. % Percentagem.

Apenas aproximadamente 15% dos entrevistados referem não utilizarem a escada analgésica da OMS, dado representado na tabela 17.

Tabela 17. Emprego da Escada Analgésica da OMS, pelos médicos, como referência para o tratamento da dor dos pacientes

Utilização da escada analgésica da OMS	Anestesiologistas		Demais médicos		Amostra total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	121	84,03	113	84,33	234	84,17
Não	23	15,97	21	15,67	44	15,83
TOTAL	144	100	134	100	278	100

n = frequência; % Percentagem.

5.4 Conhecimento e utilização do receituário tipo A

As tabelas 18 a 26 prestam-se a constatar o conhecimento dos médicos acerca do receituário tipo A (talonário amarelo), frequência de utilização e impressões pessoais sobre este dispositivo de prescrição de opioides. Mais de metade dos entrevistados não se utilizam do receituário tipo A (Tabela 18).

Tabela 18. Utilização do receituário tipo A pelos médicos

Utilização do receituário tipo A	Anestesiologistas		Demais médicos		Amostra total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	69	40,59	107	48,86	176	45,24
Não	97	57,06	106	48,4	203	52,19
Desconheço o receituário tipo A	4	2,35	6	2,74	10	2,57
TOTAL	170	100	219	100	389	100

n = frequência. % Percentagem.

As questões representadas pelas tabelas 19 a 22 foram efetuadas apenas àqueles que informaram utilizar o receituário tipo A (n=176). Dentre estes, menos de $\frac{1}{4}$ do talonário tipo A foi utilizado por aproximadamente 34% dos entrevistados (Tabela 19), nos últimos três meses.

Tabela 19. Quantidade de notificações (“receitas” ou “folhas”) do talonário tipo “A” que foram utilizadas pelos médicos nos últimos três meses

Quantidade de receitas tipo A utilizadas em 3 meses	Anestesiologistas		Demais médicos		Amostra total	
	n	%	n	%	n	%
Nenhuma	7	10,15	12	11,22	19	10,80
< 05 (< de $\frac{1}{4}$ do talão)	24	34,78	37	34,58	61	34,66
< 10 (< de METADE do talão)	8	11,59	15	14,02	23	13,07
< 20 (< de UM talão)	7	10,15	18	16,82	25	14,20
< 40 (< de DOIS talões)	8	11,59	7	6,54	15	8,52
> 40 (> de DOIS talões)	15	21,74	18	16,82	33	18,75
TOTAL	69	100	107	100	176	100

n = frequência. % Percentagem.

A retirada de receituários tipo A é realizada sempre pessoalmente pelos médicos (44,89%) ou diretamente na Instituição ou hospital em que trabalham (33,52%) (Tabela 20).

Tabela 20. Forma, informada pelos médicos, de retirada do receituário tipo A (amarelo)

Retirada do receituário tipo A (amarelo)	Anestesiologistas		Demais médicos		Amostra total	
	n	%	n	%	n	%
Sempre pessoalmente	31	44,93	48	44,87	79	44,89
Pessoalmente no momento do cadastro, depois é realizada por secretária ou terceiro indicado	17	24,64	16	14,95	33	18,75
Por meio de representantes de laboratórios	0	0,00	3	2,8	3	1,70
Diretamente na instituição (Hospital em que trabalha)	20	28,98	39	36,45	59	33,52
Não retira / não utiliza esse tipo de receituário	1	1,45	0	0	1	0,57
Outros	0	0,00	1	0,93	1	0,57
TOTAL	69	100	107	100	176	100

n = frequência; % Percentagem.

A Vigilância Sanitária é apontada como principal local de retirada de receituários tipo A (48,86%). Em 29,55%, entretanto, é apontado o hospital ou o local de trabalho como sendo o fornecedor do talonário (Tabela 21).

Tabela 21. Local, informado pelos médicos, como de retirada de receituário tipo A

Local de retirada do receituário tipo A	Anestesiologistas		Demais médicos		Amostra total	
	n	%	n	%	n	%
Diretamente na instituição (Hospital em que trabalha)	20	28,99	32	29,91	52	29,55
Não retira esse tipo de receituário	1	1,45	2	1,87	3	1,70
Outros	0	0,00	1	0,93	1	0,57
Prefeitura Municipal	2	2,90	5	4,67	7	3,98
Secretaria de Saúde Pública	8	11,59	19	17,76	27	15,34
Vigilância Sanitária	38	55,07	48	44,86	86	48,86
TOTAL	69	100	107	100	176	100

n = frequência; % Percentagem.

A retirada do receituário tipo A é considerada burocrática por 46,59% dos médicos pesquisados (Tabela 22).

Tabela 22. Percepção dos médicos sobre o procedimento de retirada do receituário tipo A

Retirada do Receituário	Anestesiologistas		Demais médicos		Amostra total	
	N	%	n	%	n	%
Não retira tal receituário	3	4,35	4	3,74	7	3,98
Fácil	15	21,74	32	29,91	47	26,70
Rápida	9	13,04	18	16,82	27	15,34
Descomplicada	11	15,94	23	21,5	34	19,32
Ágil	8	11,59	7	6,54	15	8,52
Difícil	6	8,70 ¹	21	19,63 ¹	27	15,34
Demorada	12	17,39	22	20,56	34	19,32
Complicada	19	27,54	26	24,3	45	25,57
Burocrática	36	52,17	46	42,99	82	46,59
TOTAL[#]	69	100	107	100	176	100

n = frequência; % Percentagem; ¹ p <0,0001; [#] Total de indivíduos, desconsiderando o número de opiniões tomadas.

Por tratar-se de questões gerais a respeito do talonário tipo A, as questões referentes às tabelas de número 23 ao 26 foram disponibilizadas a todos os entrevistados, com exceção dos que desconhecem a existência deste receituário (Tabela 18, n = 10). Apenas aproximadamente 29% da amostra apontou

corretamente a exigência do emprego de receituário tipo A para a prescrição de anfetaminas, enquanto aproximadamente 90% assertivamente apontaram a necessidade desse formulário para a prescrição de opioides potentes (Tabela 23). Acertadamente, 77,84% dos médicos sabem que a retirada de talonário tipo A se dá em órgão representativo da Vigilância Sanitária e 14,51% dos entrevistados reconhecem desconhecer a forma de aquisição do mesmo (Tabela 24). Apenas 20,84% dos entrevistados concordam plenamente que os receituários tipo A são a melhor forma para prescrição de opioides fortes (Tabela 25). Já, a maioria dos médicos concordam plenamente (21,63%) que os receituários tipo B já seriam, no seu entendimento, suficientemente rigorosos para o controle sanitário da prescrição de opioides fortes, não necessitando dos receituários tipo A para essa finalidade (tabela 26).

Tabela 23. Conhecimento dos médicos sobre quais fármacos devem ser prescritos com o receituário tipo A

Fármacos que devem ser prescritos com receituário tipo A	Anestesiologistas		Demais médicos		Amostra total	
	n	%	n	%	n	%
Benzodiazepínicos	8	4,82	6	2,82	14	3,69
Anticonvulsivantes e antidepressivos	10	6,02	12	5,63	22	5,80
Anfetaminas	44	26,51	66	30,99	110	29,02
Opioides fracos	31	18,67	26	12,21	57	15,04
Opioides fortes/potentes	154	92,77	200	93,9	354	93,40
Antibióticos	2	1,20	3	1,41	5	1,32
Anti-inflamatórios seletivos COX-2	2	1,20	2	0,94	4	1,06
TOTAL[#]	166	100	213	100	379	100

n = frequência; % Percentagem; [#] Total de indivíduos, desconsiderando o número de opiniões tomadas.

Tabela 24. Conhecimento dos médicos sobre a forma de aquisição do receituário tipo A

Forma de aquisição do receituário tipo A	Anestesiologistas		Demais médicos		Amostra total	
	n	%	n	%	n	%
Impressão em gráfica - existe a necessidade de numeração de série	9	5,42	15	7,04	24	6,33
Impressão em gráfica - não há necessidade de numeração de série	5	3,01	0	0	5	1,32
Não sei	30	18,07	25	11,74	55	14,51
Retirada de talonário em órgão representativo da Vigilância Sanitária	122	73,49	173	81,22	295	77,84
TOTAL	166	100	213	100	379	100

n = frequência; % Percentagem.

Tabela 25. Consideração dos médicos acerca da afirmativa de se ter os receituários do tipo A como a melhor forma para a prescrição de opioides fortes

Receituário tipo A como melhor forma de se prescrever opioides	Anestesiologistas		Demais médicos		Amostra total	
	n	%	n	%	n	%
Concorda parcialmente	58	34,94	72	33,8	130	34,31
Concorda plenamente	26	15,66	53	24,88	79	20,84
Discorda parcialmente	22	13,25	25	11,74	47	12,40
Discorda plenamente	12	7,23	15	7,04	27	7,12
Não tem opinião formada	48	28,92	48	22,54	96	25,33
TOTAL	166	100	213	100	379	100

n = frequência; % Percentagem.

Tabela 26. Consideração dos médicos sobre a afirmativa de os receituários tipo B já serem, em seu entendimento pessoal, suficientemente rigorosos para o controle sanitário da prescrição de opioides fortes, não necessitando dos receituários tipo A para essa finalidade

Receituários tipo B exercem controle sanitário suficiente para prescrição de opioides fortes	Anestesiologistas		Demais médicos		Amostra total	
	n	%	n	%	n	%
Concorda parcialmente	27	16,27	50	23,47	77	20,32
Concorda plenamente	34	20,48	48	22,54	82	21,63
Discorda parcialmente	34	20,48	30	14,08	64	16,89
Discorda plenamente	29	17,47	45	21,13	74	19,53
Não tem opinião formada	42	25,3	40	18,78	82	21,63
TOTAL	166	100	213	100	379	100

n = frequência; % Percentagem.

5.5 Motivos para a baixa prescrição de opioides

Os médicos apontam como principais motivos para não se prescreverem opioides potentes/fortes (morfina, p. ex.) com mais frequência: o receio de induzir ao vício (52,19%), as dificuldades na obtenção do receituário tipo A (50,13%), o receio de induzir à dependência física (49,36%) e a falta de conhecimento farmacológico (42,67%) (Tabela 27).

Tabela 27. Opinião dos médicos sobre os principais motivos para não se prescreverem opioides potentes/fortes (morfina, p. ex.) com mais frequência

Principais motivos para não se prescreverem opioides potentes/fortes	Anestesiologistas		Demais médicos		Amostra total	
	n	%	n	%	n	%
Alto custo	12	7,06	18	8,22	30	7,71
Dificuldades no preenchimento da prescrição da receita tipo A	26	15,29	24	10,96	50	12,85
Dificuldades na obtenção do receituário tipo A	83	48,82	112	51,14	195	50,13
Receio de induzir ao vício	87	51,18	116	52,97	203	52,19
Receio de induzir à dependência física	86	50,59	106	48,4	192	49,36
Convicção pessoal	15	8,82	16	7,31	31	7,97
Falta de aceitação por parte do paciente e de seus familiares	35	20,59	46	21	81	20,82
Política interna da instituição em que trabalho	12	7,06	14	6,39	26	6,68
Falta de conhecimento farmacológico	82	48,24	84	38,36	166	42,67
Outros	9	5,29	10	4,57	19	4,88
TOTAL[#]	70	100	94	100	164	100

n = frequência; % Percentagem; [#] Total de indivíduos, desconsiderando o número de opiniões tomadas.

Para 42,16% dos médicos há receio ou recusa por parte dos pacientes na utilização de opioides. Este receio é justificado pelo medo exagerado do vício, dependência física e tolerância (86,59%) ou por motivos sociais e culturais (40,85%) expressos por pacientes (Tabela 28).

Tabela 28. Informação prestada pelos médicos sobre eventuais receios ou recusas por parte dos pacientes na utilização de opioides

Razão apresentada pelo paciente para não receber opioides	Anestesiologistas		Demais médicos		Amostra total		
	n	%	n	%	n	%	
Sim	Motivos religiosos	0	0	1	1,06	1	0,61
	Motivos sociais e culturais	30	42,86	37	39,36	67	40,85
	Custo do medicamento	7	10	13	13,83	20	12,20
	Motivos burocráticos	5	4,29	3	5,32	8	4,88
	Medo exagerado do vício, dependência física e tolerância	60	85,71	82	87,23	142	86,59
	Motivos desconhecidos	5	7,14	8	8,51	13	7,93
	Receio de efeitos colaterais ou reações adversas	2	1,18	2	0,91	4	1,03
	Outros	2	2,86	3	3,19	5	3,05
	Total de respostas "sim"	70	41,18	94	42,92	164	42,16
Não	100	58,82	125	57,08	225	57,84	
TOTAL[#]	70	100	94	100	164	100	

n = frequência; % Percentagem; [#] Total de indivíduos, desconsiderando o número de opiniões tomadas.

Apesar de recusa inicial do paciente, tal barreira à prescrição de opioides foi vencida, em 87,20% dos casos, principalmente com a explicação da importância e segurança do medicamento (96,50%) (Tabela 29).

Tabela 29. Informações prestadas pelos médicos sobre a eventual transposição do receio e recusa manifestos pelo paciente para o uso de opioide e as formas empregadas para superação do óbice

Transposição da negativa do paciente em receber opioides		Anestesiologistas		Demais médicos		Amostra total	
		n	%	n	%	n	%
Sim	Com a explicação da importância e segurança do medicamento	63	96,92	75	96,15	138	96,50
	Pela substituição por outro medicamento	3	4,62	2	2,56	5	3,50
	Pela substituição por outro opioide	6	9,23	9	11,54	15	10,49
	Pela substituição por analgésico não-opioide	1	1,54	3	3,85	4	2,80
	Escondendo do paciente o fato de o analgésico ser um opioide	1	1,54	2	2,56	3	2,10
	Total de respostas "sim"	65	92,86	78	82,98	143	87,20
Não		5	7,14	16	17,02	21	12,80
TOTAL[#]		70	100	94	100	164	100

n = frequência; % Percentagem; [#] Total de indivíduos, desconsiderando o número de opiniões tomadas.

5.6 Conhecimento da legislação de opioides

Número expressivo de médicos não conhece a legislação que regem a prescrição de opioides (41,65%) e, 38,30% deles, admitem que a conheça apenas pela prática médica rotineira (Tabela 30).

Tabela 30. Conhecimento da legislação atual que rege a prescrição de opioides pelos médicos

Opinião dos médicos sobre o seu conhecimento da legislação de opioides	Anestesiologistas		Demais médicos		Amostra total	
	n	%	n	%	n	%
Conhece apenas na prática, pela utilização rotineira das normas	58	34,12	91	41,55	149	38,30
Já teve aula específica na graduação ou especialização	23	13,53	13	5,94	36	9,25
Não conhece	73	42,94	89	40,64	162	41,65
Não julga ser de relevante importância para a prática clínica	1	0,59	3	1,37	4	1,03
Autodidata - estudo próprio do assunto	15	8,82	23	10,5	38	9,77
TOTAL	170	100	219	100	389	100

n = frequência; % Percentagem.

5.7 Principais fatores que podem facilitar a prescrição de opioides

Foram elencados como principais fatores que podem facilitar a prescrição de opioides o conhecimento da farmacologia do opioide pelo profissional (73,01%), o melhor conhecimento das normas que regem a prescrição desses fármacos (67,10%) e a diminuição na burocratização da prescrição (51,16%) – (Tabela 31).

Tabela 31. Principais fatores, informados pelos médicos, que podem facilitar a prescrição de opioides

Fatores que podem facilitar a prescrição e opioides	Anestesiologistas		Demais médicos		Amostra total	
	n	%	n	%	n	%
Melhor conhecimento das normas a respeito	117	68,82	144	65,75	261	67,10
Diminuição na burocratização da prescrição	85	50,00	114	52,05	199	51,16
Conscientização da população sobre os benefícios desses medicamentos	72	42,35	88	40,18	160	41,13
Diminuição dos custos dos medicamentos	43	25,29 ¹	77	35,16 ¹	120	30,85
Políticas Públicas de conscientização	59	34,71	75	34,25	134	34,45
Melhorar a distribuição/disponibilidade dos opioides em farmácias	66	38,82	78	35,62	144	37,02
Conhecimento da farmacologia do opioide pelo profissional	124	72,94	160	73,06	284	73,01
Outros	1	0,59 ¹	8	3,65 ¹	9	2,31
TOTAL	170	100	219	100	389	100

n = frequência; % Percentagem; ¹ p < 0,05.

6 DISCUSSÃO

6.1 Discussão dos Resultados

6.1.1 Caracterização geral da população estudada

Em relação à caracterização geral da população, constatou-se que a amostra é constituída majoritariamente pelo sexo masculino (57,84%), heterossexuais (91,26%), dentro da faixa etária compreendida entre os 30 e 44 anos (49,09%), de cor autorreferida “branca” (78,15%), casados ou em união equivalente a essa (72,75%) e seguidores da religião católica (49,10%). Para todas essas questões havia a possibilidade de se negar a responder, sem que o questionário fosse desconsiderado para análise final. A única questão em que se observou recusa ao responder foi a referente à orientação sexual.

Nessas questões existia, ainda, a possibilidade de o entrevistado optar por alternativa aberta, na qual poderia escrever alternativa divergente às propostas com base nos resultados apresentados pelo IBGE. Entretanto, a resposta aberta apenas foi utilizada pelos entrevistados em relação à questão religiosa, acrescentando-se as respostas “judaica”, “budista” e “outras” aos resultados.

Em relação ao gênero, censo médico brasileiro recente constata a maioria de homens na medicina (54,4%). Interessantemente, nos últimos 50 anos tem-se observado aumento significativo do número de formandos do sexo feminino, no ano de 2016, representou 54,9% das inscrições nos conselhos médicos brasileiros⁶².

Nos dados do censo médico brasileiro, 77,2% se autodeclararam da cor branca, 16,2% declaram-se pardos, enquanto que apenas 1,8% se declararam negros. Esses dados são semelhantes aos encontrados em nossa pesquisa. Entretanto, os resultados de ambos os levantamentos confrontam-se diretamente com dados populacionais divulgados pelo Censo do IBGE de 2010, em que 7,6% da população brasileira se declararam negros, e 43,1%, pardos⁶². Tais estatísticas apenas comprovam a pouca representatividade das populações negra e parda na

classe médica. Dados em relação à orientação sexual, estado civil e religião não foram encontrados em outros estudos brasileiros.

Os médicos incluídos em nosso estudo, em sua grande maioria, têm sua graduação realizada na região Sudeste (64,01%), sendo mais da metade destes formados no Estado de São Paulo (33,42%). Apesar de se manterem em suas regiões de formação foi possível se constatar que há uma migração de profissionais, após sua formação, sendo que as regiões sudeste e nordeste formam profissionais que acabam migrando para as demais regiões do país. Esta conclusão baseia-se no fato de que existem mais graduações no Sudeste e Nordeste, do que o número de médicos atuando nessas regiões.

Dados demográficos do censo médico brasileiro apresentam distribuição similar aos dos médicos incluídos em nossa amostra, porém, com taxa de 54,1% de médicos registrados na região Sudeste, dado que diverge ao de nossa pesquisa ⁶².

Verificou-se que, provavelmente em razão do tema abordado, a adesão de profissionais ligados à área da Anestesiologia, foi muito alta, com a inclusão de 43,70% de profissionais dessa área. No censo Nacional os Anestesiologistas correspondem apenas a 7,1% dos médicos brasileiros ⁶².

Os médicos formados há menos tempo atenderam ao chamamento, com mais frequência, de participarem do estudo. Aqueles formados há no máximo 30 anos compreendem 78,92% da amostra, sendo a maioria formada entre 11 e 20 anos (31,36%), seguidos daqueles formados nos últimos 10 anos (25,45%). No censo existente verifica-se que 57,36% dos médicos encontram-se na faixa de < 29 anos ⁶². O resultado observado em nosso estudo pode ser justificado pela metodologia de aplicação do questionário que requeria alguma familiaridade com informática, o que é mais comum entre os mais jovens.

Os médicos entrevistados, em 82,78% dos casos, possuem algum tipo de pós-graduação. Desses 90,37% possuem residência médica ou especialização *lato sensu* e 30,74% possuem mais de um tipo de especialização. Já quando questionados sobre algum tipo de formação específica em dor e/ou cuidados paliativos, a maioria nunca teve qualquer contato com a matéria (58,61%) e, dentre

aqueles que tiveram acesso a esse conhecimento, a grande parte reconhece tê-lo adquirido durante o estágio, especialização ou residência médica (59,01%), ou durante a pós-graduação (46,58%). Chama a atenção o fato de apenas 9,94% dos médicos afirmarem terem adquirido este conhecimento durante a graduação. Estes dados podem, muito provavelmente, refletirem a realidade do conhecimento do médico brasileiro acerca do tratamento da dor. Estudo, realizado com médicos pediatras brasileiros, traz resultados similares, em que 50,8% relatam nunca terem realizado treinamento prévio em dor ⁶³.

Entretanto, quanto à formação específica em dor e/ou cuidados paliativos, há diferença significativa entre as respostas dadas por Anestesiologistas frente aos demais médicos, quanto ao conhecimento adquirido de forma autodidata. Esse tipo de obtenção de conhecimento é menos referido pelos anestesiológicos, provavelmente por estes possuírem conhecimento formal dessa matéria.

O local de atuação dos médicos pesquisados geralmente se dá em múltiplos cenários, inclusive simultaneamente, constatando-se que a maioria informa trabalhar em consultório particular (48,59%) e em unidade de internação e emergência de hospital público (45,24%). Existe diferença entre os anestesistas e demais médicos, sendo que os primeiros atuam mais em unidades de internação e emergência de hospital misto e/ou particular, enquanto que demais médicos atuam significativamente mais em ambulatórios públicos e consultórios particulares. Esta diferença ocorre pelas peculiaridades da atuação do médico anestesiológico.

6.1.2 Disponibilização e prescrição de opioides

O uso dos analgésicos opioides com finalidade “recreativa” preocupa as autoridades sanitárias de vários países da Europa e da América do Norte. Alguns pacientes que utilizam os opioides por prescrição médica acabam por desenvolver comportamento aberrante, ou seja, de vício ⁶⁴. Este comportamento se torna um problema de saúde pública uma vez que estes obtêm, também, opioides de fonte ilícita ³⁴. Os riscos são minimizados quando há prescrição de forma consciente, com indicações precisas e avaliações periódicas ¹⁹.

No Brasil, os principais opioides disponibilizados nas instituições em que os médicos atuam são a morfina (90,23%), tramadol (89,66%) e fentanila (75,00%); pouco mais de 10% dos entrevistados não souberam informar alguns ou todos os fármacos disponibilizados. Salvo os casos de buprenorfina, metadona e oxicodona, houve diferença significativa entre as porcentagens de respostas sobre a disponibilização dos demais opioides comparando-se a resposta dos anestesistas e demais médicos. Apesar de recomendação em contrário, quando questionados em relação ao percentual de prescrição de opioides a pacientes com dores de grande intensidade, e que são atendidos em ambiente intra-hospitalar, apenas um pouco mais de 20% dos médicos entrevistados prescrevem opioides para 81% a 100% desses pacientes.

Quando o mesmo questionamento é realizado para os prescritores de pacientes em ambiente ambulatorial, apenas pouco mais de 7% dos médicos prescreveram opioides para 81% a 100% de seus pacientes com dores de grande intensidade. Assustadoramente, mais de 60% dos médicos não prescreve opioides para esses casos ou, prescrevem para, no máximo, até 20% dos pacientes que atendem com dores de grandes intensidades. Estas respostas refletem os hábitos de prescrição de médicos nos últimos 15, ou nos últimos 30 dias, antes de responderem à pesquisa.

A prescrição de opioides potentes, ou seja, morfina e metadona, pelo Programa “Farmácia de Medicamentos de Alto Custo” do Governo Federal, por meio do formulário “LME”, é realizada por apenas 25% dos médicos, enquanto 54,55% não o utilizam e 20,45% desconhecem a existência este formulário. Número significativo de médicos de nossa amostra atua no setor público, pode-se inferir que, mesmo com a gratuidade para acesso a esses analgésicos, muitos pacientes que necessitam desses medicamentos na prática não têm acesso aos mesmos.

Estudo brasileiro sobre acesso aos medicamentos para tratamento da doença de Alzheimer fornecidos pelo Sistema Único de Saúde, e conseqüentemente via LME, demonstra que os altos índices de indeferimento de fornecimento da medicação (48%) são, em regra, devolvidos por preenchimento incorreto do formulário pelos prescritores. E, ainda, dentre os processos enviados para

reconsideração, 65% deles foram devolvidos novamente, uma vez que os prescritores reenviaram o processo com pouca ou nenhuma modificação⁶⁵.

A burocracia envolvida no preenchimento do formulário LME e, também, na dispensação dos “medicamentos especiais”, pode ser um dos fatores que contam para a baixa adesão dos médicos a esta forma de prescrição.

6.1.3 Conhecimento e emprego da escada analgésica da OMS

Apenas 28,53% dos entrevistados referem desconhecerem a escada analgésica proposta pela OMS para o tratamento da dor. Porém, dentre aqueles que dizem conhecê-la, ao serem questionados sobre a quantidade de degraus que a mesma possui, apenas 53,24% respondem corretamente, ou seja, três degraus, contrariando ainda o dado de que 84,17% informam que seguem esta diretriz terapêutica.

Em estudo realizado no Brasil, com a inclusão de 30 médicos, constatou-se que 86,6% dos médicos incluídos referem conhecer a classe de medicamentos recomendada para o tratamento de dor intensa. Entretanto, apenas 53,3% deles disseram que opioides fracos deveriam ser empregados para dor moderada. Acertadamente, 86,6% desses médicos disseram que opioides potentes deveriam ser prescritos para aqueles com dor intensa. Este estudo, porém, não avalia os hábitos de prescrição dos profissionais incluídos⁶⁶. Em estudo filipino, 29,7% dos médicos entrevistados referem desconhecerem a existência da escada analgésica da OMS, dados bem semelhantes aos do nosso estudo⁶⁷. Também, em estudo tailandês, apenas 50,2% dos médicos utilizam a escada de três degraus da OMS⁶⁸.

6.1.4 Conhecimento e utilização do receituário tipo A

Entre os médicos que utilizam o receituário “tipo A”, que se faz necessário à prescrição de opioides potentes (n=176), a maioria (34,66%) utilizaram menos de 05 folhas, ou receituários nos últimos três meses, ou seja, utilizando menos de duas receitas ao mês. Vale ressaltar, que a prescrição em cada um dos receituários deve contemplar o número de medicamentos necessários, no máximo, para um mês de uso.

Quanto à forma de retirada do receituário, os entrevistados, respondem, em sua grande maioria, como sendo sempre pessoalmente ou diretamente na instituição ou hospital em que trabalham, havendo, também, quem diga que o faz por meio de representantes ⁶⁹. A maioria dos prescritores considera a retirada do receituário tipo A como burocrática (46,59%).

Os resultados indicam que 93,40% dos entrevistados corretamente reconhecem a utilização de receituário tipo A como a maneira de se prescrever opioides fortes/potentes e, para 29,02% deles, as anfetaminas. Em contrapartida, 15,04% dos entrevistados acreditam erroneamente que esse receituário também se presta à prescrição de opioides fracos. Estudo brasileiro qualitativo, com inclusão de apenas 10 médicos, obteve resultados mais alarmantes, sendo que a maioria dos médicos entrevistados não conhecia o receituário específico para prescrição de opioides fortes ⁷⁰.

Nas Filipinas, tipo semelhante de receituário é necessário à prescrição dos opioides, sendo que 60,19% desses médicos possuem este formulário. Entre os que não o possuem, os principais motivos foram a dificuldade em se realizar a solicitação e o seu custo ⁶⁷. No Brasil, 54,76% dos médicos não possuem ou desconhecem este receituário, apesar de sua aquisição ser gratuita no país ⁶⁹.

Mais de 77 % dos médicos informam corretamente a forma de aquisição do receituário tipo A, como a retirada de talonário em órgão representativo da vigilância sanitária. A maioria dos médicos “concorda parcialmente” sobre a afirmativa de que os receituários tipo A são a melhor forma para a prescrição de opioides fortes, enquanto 21,63% “concordam plenamente” que os receituários tipo B já seriam suficientemente rigorosos para prescrição desses fármacos.

A burocratização da prescrição com o emprego do receituário tipo “A” é constatada pela normatização restritiva aplicada pela Vigilância Sanitária a alguns dos medicamentos ditos “drogas psicotrópicas e entorpecentes”. Eles são fornecidos de forma numerada, controlada, gratuitamente, aos profissionais e estabelecimentos de saúde pela Vigilância Sanitária local ou seus representantes. Deve ser prescrita, pelo médico, a quantidade máxima correspondente a 30 dias de tratamento, como

anteriormente mencionado, não podendo conter mais que cinco ampolas, no caso de medicamento para uso injetável^{69; 71}.

A morfina, por exemplo, analgésico que requer o emprego deste talonário especial, tem meia-vida de eliminação de apenas 4 horas, sendo o número necessário de ampolas para 24 horas de analgesia de, no mínimo, seis⁷². Cada talonário é composto por apenas 20 receituários, sendo que algumas vigilâncias sanitárias restringem em dois o número máximos de talões retirados, a cada solicitação, pelo profissional⁶⁹.

Excepcionalmente, é possível a prescrição acima das quantidades previstas, porém, o prescritor deverá preencher “uma justificativa contendo o CID (Classificação Internacional de Doença) ou diagnóstico e posologia, datar e assinar, entregando juntamente com a Notificação de Receita ‘A’ ao paciente para adquirir o medicamento em farmácia e drogaria” (*sic*, como contido em lei). Para aquisição em Unidade Federativa diversa da Unidade de prescrição é necessário que seja acompanhada da Receita Médica com justificativa de uso. Esta burocracia prejudica o acesso dos pacientes aos opioides⁶⁹.

Tal discussão é corroborada por estudo que questionou 892 médicos brasileiros sobre influência da notificação de receita A sobre a sua prática de prescrição do metilfenidato. Apesar dos profissionais não considerarem esse medicamento possuidor de efeitos viciantes, declaram que a sua baixa utilização é decorrente da exigência da notificação A para sua prescrição. Eles consideram a exigência da notificação A inadequada, dificultando a sua prescrição, amedrontando os pais dos pacientes que necessitam fazer uso do mesmo, tornando o produto pouco disponível e cria preconceitos sobre a terapêutica⁷³.

Portanto, as dificuldades impostas ao acesso a estes receituários, como, por exemplo, a inexistência de representação da vigilância sanitária em todos os municípios brasileiros, ou mesmo a dificuldade em se descobrir qual é o representante da mesma no município, além de requisitos exigidos para sua dispensação, acabam por dificultar o acesso dos médicos ao mesmo⁷¹.

6.1.5 Motivos para a baixa prescrição de opioides

Os principais motivos apontados em nossa pesquisa para a não prescrição com mais frequência de opioides potentes/fortes, como por exemplo, a morfina, são o receio de se induzir ao vício (52,19%), as dificuldades na obtenção do receituário “tipo A” (50,13%), o receio de induzir à dependência (49,36%), a falta de conhecimento farmacológico (42,67%), entre outros apontados.

Entretanto, em 42,16% dos casos, é relatada pelos médicos a existência de recusa, por parte dos pacientes, do emprego de opioides por motivo de medo exagerado do vício, da dependência física e da tolerância (86,59%) ou por motivos sociais e culturais (40,85%). A recusa dos pacientes foi superada durante a prática médica com a explicação da importância e segurança do medicamento (96,50%). Esse pode ser um dos motivos para a baixa utilização de opioides em nossa realidade.

Estudo brasileiro retrata a recusa na utilização de morfina como tratamento da dor em 19,2% dos pacientes, sendo alegado como motivação, em 65,2% dos casos, o medo do vício, em 34,7% deles, o medo dos efeitos adversos e, em 30,4%, medo da tolerância. A percepção de que o uso da morfina tem relação direta com o agravamento da doença foi descrita por 67,8% dos entrevistados ⁷⁴.

Estudo turco com 488 pacientes aponta que 23,4% dos pacientes se recusam a utilização de morfina, ou preferem outro tipo de medicamento, em sua maioria, por medo do vício, ou por motivos religiosos ⁷⁵. Nos nossos resultados, a motivação religiosa não foi significativa, sendo encontrada em apenas 0,61% das recusas apontadas pelos médicos.

O Conselho Internacional de Controle de Narcóticos (INCB) adotou o termo 'doses diárias definidas para fins estatísticos' (S-DDD) como uma unidade técnica. Entre 2001 e 2013, o consumo mundial de opioides mais que dobrou, passando de 1.417 para 3.027 S-DDD ²⁴, no entanto, considerando o consumo de acordo com as regiões do mundo, pode-se observar que na África houve uma diminuição no consumo (-9 S-DDD), enquanto houve um aumento em outras regiões, como América Central e Caribe (+44 S-DDD), América do Sul e Sudeste da

Ásia (+1 S-DDD), Extremo Oriente (+131 S-DDD), Europa Oriental (+17 S-DDD) e Sudeste da Europa (+826 S-DDD). Um grande aumento foi observado na América do Norte (+15.407 S-DDD), Europa Central e Ocidental (+6.241 S-DDD) e Oceania (+6.861 S-DDD)²⁴. O consumo da nossa macrorregião geográfica mantém-se praticamente estável.

Os 20 países com o mais alto índice de desenvolvimento humano no mundo têm um consumo médio de opioide estimado de 216,7 mg *per capita*, 30,72 vezes maior do que o estimado como necessário para o tratamento da dor do câncer, HIV/AIDS e trauma²⁶. Diferentemente desses países desenvolvidos, a África, Ásia, América Central, Caribe, América do Sul e Leste e Sudeste da Europa continuam a ter baixo uso clínico, apesar do aumento nas taxas de consumo desses analgésicos nos últimos anos²⁵.

Na América Latina, no entanto, a incidência de abuso de opioides está em torno de 1%⁷⁶. Segundo estatísticas oficiais esta região está elencada como uma das com menor consumo de opioides para tratamento de dor, expresso em S-DDD, entre 1998-2017²⁴.

Segundo matéria de especialistas à mídia leiga brasileira, “o baixo preço da morfina e o controle oficial exigido – além do preconceito – fazem com que as farmácias não queiram vender o fármaco e que poucos hospitais solicitem a quantidade necessária”⁷⁷. Esse dado não é disponível na literatura científica. Para conhecimento, o valor de 50 comprimidos de morfina custa em torno de R\$ 80,00 em valores de data próxima à defesa dessa tese (Anexo 3).

Estudo qualitativo conduzido na cidade de Tubarão, SC, com 10 farmacêuticos, 10 enfermeiros e 10 médicos, concluiu que aspectos subjetivos relacionados ao uso de medicamentos opioides, como o medo e o preconceito, podem contribuir para a subprescrição desses fármacos em nossa realidade. Assim, há necessidade de se aumentar o conhecimento profissional no que se refere ao tratamento da dor e a utilização de fármacos opioides⁷⁰.

6.1.6 Conhecimento da legislação de opioides

Em nossa pesquisa, 41,65% dos médicos pesquisados informam não conhecerem a legislação atual que rege a prescrição de opioides. Em contrapartida, entre aqueles que a conhecem, geralmente não adquiriram esse conhecimento por meio de estudo formal do assunto, obtendo-o apenas durante o exercício profissional, pela utilização rotineira das normas (38,30%). Apenas 9,77% dos entrevistados conhecem a legislação por tê-la estudado de forma autodidata ou, impressionantemente, em 9,25% dos casos, por terem recebido instrução formal durante a graduação ou a especialização. Estudo brasileiro relaciona diretamente o desconhecimento referente à utilização do receituário tipo A, ao desconhecimento das normas que regem a sua utilização ⁷⁰.

Nos Estados Unidos, a restrição legal existente atualmente tem, paradoxalmente, exposto os pacientes ao risco aumentado da ocorrência de overdose. Este fato se dá pela inexistência regulamentação no conteúdo, qualidade e dosagem de produtos opioides no mercado negro ⁷⁸. Dessa forma, não se pode afirmar, em nosso contexto, que as restrições à prescrição desses analgésicos os tornam mais seguros do ponto de vista de saúde pública.

6.1.7 Principais fatores que podem facilitar a prescrição de opioides

Por fim, foram considerados pelos profissionais como principais fatores que podem facilitar a prescrição de opioides, o conhecimento da farmacologia destes analgésicos (73,01%), o melhor conhecimento das normas que regem a sua prescrição (67,10%), a diminuição na burocracia envolvida na prescrição (51,16%), a conscientização da população sobre os benefícios desses medicamentos (41,13%), a melhora na distribuição/disponibilidade dos opioides em farmácias (37,02%), as políticas públicas de conscientização (34,45%), a diminuição dos custos dos medicamentos (30,85%) e outros (2,31%).

Segundo estudo realizado entre Secretaria de Estado de Saúde (SES), Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e uma Organização Não Governamental (ONG) para discutir as formas de acesso aos medicamentos

opioides para pacientes em cuidados paliativos e dor crônica, ficou constatado que a orientação ao paciente, a conscientização do prescritor e a desburocratização do processo de dispensação de fármacos opioides seriam fatores essenciais para a melhoria de acesso a tais medicamentos ⁷⁹.

Após vasta pesquisa em âmbito nacional, constatamos a inexistência de estudos governamentais sobre as questões aqui levantadas. Existem estudos regionais, porém, de abrangência limitada. Até o início de nossas pesquisas, nem mesmo levantamentos sobre dados sociodemográficos dos médicos existiam. Sendo, o primeiro deles, publicado pelo CFM no ano de 2018 (após a revogação de nosso pedido nesse sentido) e, mesmo neste estudo, várias questões por nós abordadas não foram contempladas.

Este trabalho apresenta dados inéditos da realidade brasileira a respeito da demografia médica, hábitos e conhecimentos de prescrição de opioides, bem como, eventuais dificuldades e possíveis facilidades para a prescrição.

A desproporcional adesão pelos especialistas de Anestesiologia (43,7% da amostra), justificada possivelmente pela relevância e interesse do assunto à esta classe médica que é a principal prescritora de opioides no país, pode ser considerada uma limitação aos resultados obtidos no estudo. Tal fato foi potencializado em razão de duas entidades (SBED e SBA) que aceitaram divulgar a pesquisa aos seus afiliados, entre as quatro incluídas, possuem Anestesiologistas em grande número entre seus sócios.

Outra limitação pode ser expressa pelo viés de inclusão determinado pela inclusão membros de entidades empregadas neste estudo (AMB, SBED, SBA e FMB-UNESP). Este viés seria eliminado se a captação de participantes ocorresse entre os afiliados ao Conselho Federal de Medicina, que possui o cadastro de todos os médicos atuantes em território nacional. Porém, apesar de ser solicitada autorização ao CFM, o mesmo negou expressamente a possibilidade de envio de pesquisa pela entidade.

O envio de questionário por meio eletrônico viabiliza acesso a maior número de entrevistados, porém, também restringe o acesso apenas aos médicos

que possuam acesso à rede virtual, em regra, àqueles pertencentes a regiões e comunidades afastadas e àqueles com idade mais avançada tem esse acesso mitigado.

Durante a realização da pesquisa verificamos no Brasil, bem como demais países em desenvolvimento, ênfase dada, de forma midiática e em publicações científicas, da crise americana de *overdose* por opioides. Tal fato, apesar de não ser alvo direto da pesquisa realizada, pode ser considerado como parcialmente responsáveis pela opiofobia registrada pelos médicos na recusa de seus pacientes para o recebimento desses fármacos. Entretanto, essa pesquisa não levantou especificamente essa correlação, o que pode ser considerado como uma limitação aos resultados.

7 CONCLUSÕES

A baixa prescrição de opioides no Brasil é fato incontroverso e possui inúmeras justificativas de ordem social, legal e burocrática.

Verificamos com facilidade a existência de opiofobia, entre os médicos entrevistados, decorrente de falta de conhecimento acerca da farmacologia, da legislação e das normativas desses medicamentos; e, dentre os pacientes, a opiofobia que é ligada diretamente ao medo exagerado do vício, da dependência física e da tolerância ao medicamento ou, ainda, por motivos sociais e culturais.

Legalmente, restrições exacerbadas são impostas à prescrição desses fármacos, segundo a percepção dos entrevistados. As inúmeras legislações e normativas dificultam o conhecimento dos prescritores. A legislação, ao impor demasiadas restrições à prescrição de fármacos opioides, acaba por burocratizar e inviabilizar a sua utilização. A utilização de receituário tipo A é considerada pelos médicos como burocrática, podendo, possivelmente, ser substituída pelo receituário tipo B, que é menos restritivo.

A melhor utilização de medicamentos opioides pode ser viabilizada em nosso país com o intuito de amenizar o sofrimento de pacientes e seus familiares durante o tratamento médico. Para tanto, muitas medidas devem ser tomadas.

Socialmente é necessário reconstruir o conhecimento leigo e profissional sobre os potenciais benefícios e os malefícios da utilização e da subutilização desses fármacos. Assim como, especificamente ao médico, desde a graduação, melhorar o ensino sobre a farmacologia dos opioides e a sua prescrição.

Aliados à realização de estudos populacionais e reconstrução da legislação vigente, será viável a proposição de novas formas de prescrição desses medicamentos, mantendo-se as restrições devidas, porém se evitando a burocratização para os prescritores e pacientes. O envolvimento e empenho do CFM nessa questão devem ser tidos como prioridade.

8 REFERÊNCIAS

- 1 MERSKEY H , B. N. In: MERSKEY H , B. N. (Ed.). Classification of Chronic Pain - DESCRIPTIONS OF CHRONIC PAIN SYNDROMES AND DEFINITIONS OF PAIN TERMS. Seattle: IASP Press, 1994. p.222.
- 2 BRUERA, E.; KIM, H. N. Cancer pain. JAMA, v. 290, n. 18, p. 2476-9, Nov 12 2003. ISSN 1538-3598 (Electronic) 0098-7484 (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14612485> >.
- 3 PORTENOY, R. K.; LESAGE, P. Management of cancer pain. Lancet, v. 353, n. 9165, p. 1695-700, May 1999. ISSN 0140-6736. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10335806> >.
- 4 BRENNAN, F.; CARR, D. B.; COUSINS, M. Pain management: a fundamental human right. Anesth Analg, v. 105, n. 1, p. 205-21, Jul 2007. ISSN 1526-7598 (Electronic) 0003-2999 (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17578977> >.
- 5 BREIVIK, H.; COLLETT, B.; VENTAFRIDDA, V.; COHEN, R.; GALLACHER, D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain, v. 10, n. 4, p. 287-333, May 2006. ISSN 1090-3801 (Print) 1090-3801 (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16095934> >.
- 6 MORLION, B.; WALCH, H.; YIHUNE, G.; VIELVOYE-KERKMEER, A.; DE JONG, Z.; CASTRO-LOPES, J.; et al. The Pain Associates' International Network Initiative: a novel practical approach to the challenge of chronic pain management in Europe. Pain Pract, v. 8, n. 6, p. 473-80, Nov-Dec 2008. ISSN 1533-2500 (Electronic) 1530-7085 (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18783358> >.
- 7 ANDERSSON, H. I.; EJLERTSSON, G.; LEDEN, I.; ROSENBERG, C. Chronic pain in a geographically defined general population: studies of differences in age, gender, social class, and pain localization. Clin J Pain, v. 9, n. 3, p. 174-82, Sep 1993. ISSN 0749-8047 (Print) 0749-8047 (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8219517> >.
- 8 BARROS, G. A. M.; CALONEGO, M. A. M.; MENDES, R. F.; CASTRO R. A. M.; FARIA J. F. G.; TRIVELLATO S. A.; et al . Uso de analgésicos e o risco da automedicação em amostra de população urbana: estudo transversal. Rev. Bras. Anestesiol. [Internet]. 2019 Dec [cited 2020 Apr 28]; 69(6): 529-536. Disponível em: < <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2019.09.005> >.
- 9 Las 10 causas principales de defunción en el mundo. Disponível em: < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index4.html> >.

- 10 SALAMONDE, G. L.; VERÇOSA, N.; BARRUCAND L.; COSTA A. F. [Clinical and therapeutic analysis of oncology patients treated at the pain and palliative care program of the Hospital Universitario Clementino Fraga Filho in 2003.]. *Rev Bras Anesthesiol*, v. 56, n. 6, p. 602-18, Dec 2006. ISSN 1806-907X (Electronic) 0034-7094 (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19468605> >.
- 11 SOARES, L. G. Methadone for cancer pain: what have we learned from clinical studies? *Am J Hosp Palliat Care*, v. 22, n. 3, p. 223-7, May-Jun 2005. ISSN 1049-9091 (Print) 1049-9091 (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15909785> >.
- 12 CÁCERES-MATOS, R.; GIL-GARCÍA, E.; BARRIENTOS-TRIGO, S.; MOLINA, E.; PORCEL-GÁLVEZ, A. M. [Consequences of chronic pain in childhood and adolescence]. *Gac Sanit*, v. 33, n. 3, p. 272-282, 2019 May - Jun 2019. ISSN 1578-1283. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29452750> >.
- 13 AYONRINDE, O. T.; BRIDGE, D. T. The rediscovery of methadone for cancer pain management. *Med J Aust*, v. 173, n. 10, p. 536-40, Nov 20 2000. ISSN 0025-729X (Print) 0025-729X (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11194738> >.
- 14 MCQUAY, H. Opioids in pain management. *Lancet*, v. 353, n. 9171, p. 2229-32, Jun 26 1999. ISSN 0140-6736 (Print) 0140-6736 (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10393001> >.
- 15 RIBEIRO, S.; SCHMIDT, A. P.; SCHMIDT, S. R. Opioids for treating non malignant chronic pain: the role of methadone. *Rev Bras Anesthesiol*, v. 52, n. 5, p. 644-51, Sep 2002. ISSN 1806-907X (Electronic) 0034-7094 (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19475235> >.
- 16 DUARTE, D. F. [Opium and opioids: a brief history.]. *Rev Bras Anesthesiol*, v. 55, n. 1, p. 135-46, Feb 2005. ISSN 1806-907X (Electronic) 0034-7094 (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19471817> >.
- 17 HAMMACK, J. E.; LOPRINZI, C. L. Use of orally administered opioids for cancer-related pain. *Mayo Clin Proc*, v. 69, n. 4, p. 384-90, Apr 1994. ISSN 0025-6196. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7513374> >.
- 18 SIDEROV, J.; ZALCBERG, J. R. Prescribing opioids--a painful experience. *Med J Aust*, v. 161, n. 9, p. 515-6, Nov 1994. ISSN 0025-729X. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7968747> >.

- 19 NASCIMENTO, D. C. H. S., R. K. . Opioid dependence in crhonic pain patients. Rev Dor, v. 12, n. 2, p. 160-5, 2011.
- 20 BLANCO, C.; VOLKOW, N. D. Management of opioid use disorder in the USA: present status and future directions. Lancet, v. 393, n. 10182, p. 1760-1772, 04 2019. ISSN 1474-547X. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30878228> >.
- 21 VOLKOW, N. D.; COLLINS, F. S. The Role of Science in the Opioid Crisis. N Engl J Med, v. 377, n. 18, p. 1798, 11 2017. ISSN 1533-4406. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29117474> >.
- 22 HOJSTED, J.; SJOGREN, P. Addiction to opioids in chronic pain patients: a literature review. Eur J Pain, v. 11, n. 5, p. 490-518, Jul 2007. ISSN 1090-3801 (Print) 1090-3801 (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17070082> >.
- 23 SAMHSA. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Ssubstance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health, Vol. HHS Publication No. SMA 17-5044, NSDUH Series H-52. <https://www.samhsa.gov/data/> <p class="MsoNormal" style="margin-bottom:0cm;margin-bottom:.0001pt;text-align: justify;line-height:normal;mso-outline-level:1">: Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2017.
- 24 INCB. International Narcotics Control Board. (2018). Psychotropic Substances 2017 – Statistics for 2016. Assessments of Annual Medical Scientific Requirements for Substances in Schedules II, III and IV of the Convention on Psychotropic Substances of 1971. Retrieved from United Nations website: <https://www.incb.org/incb/en/psychotropics/technical-report.html> [cited 2019 Jan]
- 25 BERTERAME, S.; ERTHAL, J.; THOMAS, J.; FELLNER, S.; VOSSE, B.; CLARE, P.; et al. Use of and barriers to access to opioid analgesics: a worldwide, regional, and national study. Lancet, v. 387, n. 10028, p. 1644-56, Apr 2016. ISSN 1474-547X. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26852264> >.
- 26 DUTHEY, B.; SCHOLTEN, W. Adequacy of opioid analgesic consumption at country, global, and regional levels in 2010, its relationship with development level, and changes compared with 2006. J Pain Symptom Manage, v. 47, n. 2, p. 283-97, Feb 2014. ISSN 1873-6513. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23870413> >.

- 27 SEYA, M. J.; GELDERS, S. F.; ACHARA, O. U.; MILANI, B.; SCHOLTEN, W. K. A first comparison between the consumption of and the need for opioid analgesics at country, regional, and global levels. *J Pain Palliat Care Pharmacother*, v. 25, n. 1, p. 6-18, 2011. ISSN 1536-0539. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21426212> >.
- 28 PORTENOY, R. K.; FOLEY, K. M. Chronic use of opioid analgesics in non-malignant pain: report of 38 cases. *Pain*, v. 25, n. 2, p. 171-86, May 1986. ISSN 0304-3959. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2873550> >.
- 29 PORTER, J.; JICK, H. Addiction rare in patients treated with narcotics. *N Engl J Med*, v. 302, n. 2, p. 123, Jan 1980. ISSN 0028-4793. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7350425> >.
- 30 GOLDMAN, B. Use and abuse of opioid analgesics in chronic pain. *Can Fam Physician*, v. 39, p. 571-6, Mar 1993. ISSN 0008-350X. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8097128> >.
- 31 MELZACK, R. The tragedy of needless pain. *Sci Am*, v. 262, n. 2, p. 27-33, Feb 1990. ISSN 0036-8733. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2296714> >.
- 32 WILKERSON, R. G.; KIM, H. K.; WINDSOR, T. A.; MAREINISS, D. P. The Opioid Epidemic in the United States. *Emerg Med Clin North Am*, v. 34, n. 2, p. e1-e23, May 2016. ISSN 1558-0539. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27133253> >.
- 33 SAMHSA. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings, NSDUH Series H-48, HHS Publication No. (SMA) 14-4863. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014 [cited 2019 Jan]. Available from: (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen, & Gallacher, 2006; Morlion et al., 2008). *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*. 2014.
- 34 CANFIELD, M. C.; KELLER, C. E.; FRYDRYCH, L. M.; ASHRAFIOUN, L.; PURDY C. H.; BLONDELL, R. D. Prescription opioid use among patients seeking treatment for opioid dependence. *J Addict Med*, v. 4, n. 2, p. 108-13, Jun 2010. ISSN 1932-0620 (Print) 1932-0620 (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20543897> >.
- 35 DAYER, L. E.; PAINTER, J. T.; MCCAIN, K.; KING, J.; CULLEN, J.; FOSTER, H. R. A recent history of opioid use in the US: Three decades of change. *Subst Use Misuse*, v. 54, n. 2, p. 331-339, 2019. ISSN 1532-2491. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30572776> >.

- 36 CANTRILL, S. V.; BROWN, M. D.; CARLISLE, R. J.; DELANEY, K. A.; HAYS, D. P.; NELSON, L. S; et al. Clinical policy: critical issues in the prescribing of opioids for adult patients in the emergency department. *Ann Emerg Med*, v. 60, n. 4, p. 499-525, Oct 2012. ISSN 1097-6760. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23010181> >.
- 37 HARDEN, R. N. Chronic pain and opiates: a call for moderation. *Arch Phys Med Rehabil*, v. 89, n. 3 Suppl 1, p. S72-6, Mar 2008. ISSN 1532-821X. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18295654> >.
- 38 HARRIS, K.; CURTIS, J.; LARSEN, B.; CALDER, S.; DUFFY, K.; BOWEN, G.; et al. Opioid pain medication use after dermatologic surgery: a prospective observational study of 212 dermatologic surgery patients. *JAMA Dermatol*, v. 149, n. 3, p. 317-21, Mar 2013. ISSN 2168-6084. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23682368> >.
- 39 HILL, M. V.; MCMAHON, M. L.; STUCKE, R. S.; BARTH, R. J. JR. Wide Variation and Excessive Dosage of Opioid Prescriptions for Common General Surgical Procedures. *Ann Surg*, v. 265, n. 4, p. 709-714, 04 2017. ISSN 1528-1140. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27631771> >.
- 40 BARTELS, K.; MAYES, L. M.; DINGMANN, C.; BULLARD, K. J.; HOPFER, C. J.; BINSWANGER, I. A. Opioid Use and Storage Patterns by Patients after Hospital Discharge following Surgery. *PLoS One*, v. 11, n. 1, p. e0147972, 2016. ISSN 1932-6203. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26824844> >.
- 41 BATEMAN, B. T.; COLE, N. M.; MAEDA, A.; BURNS, S. M.; HOULE, T. T.; HUYBRECHTS, K. F.; et al. Patterns of Opioid Prescription and Use After Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol*, v. 130, n. 1, p. 29-35, 07 2017. ISSN 1873-233X. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28594763> >.
- 42 BATES, C.; LACIAK, R.; SOUTHWICK, A.; BISHOFF, J. Overprescription of postoperative narcotics: a look at postoperative pain medication delivery, consumption and disposal in urological practice. *J Urol*, v. 185, n. 2, p. 551-5, Feb 2011. ISSN 1527-3792. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21168869> >.
- 43 BICKET, M. C.; Long, J. J.; Pronovost, P. J.; Alexander, G. C.; Wu, C. L. Prescription Opioid Analgesics Commonly Unused After Surgery: A Systematic Review. *JAMA Surg*, v. 152, n. 11, p. 1066-1071, Nov 2017. ISSN 2168-6262. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28768328> >.
- 44 RODGERS, J.; Cunningham, K.; Fitzgerald, K.; Finnerty, E. Opioid consumption following outpatient upper extremity surgery. *J Hand Surg Am*, v.

- 37, n. 4, p. 645-50, Apr 2012. ISSN 1531-6564. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22410178> >.
- 45 LARACH, D. B.; WALJEE, J. F.; HU, H. M.; LEE, J. S.; NALLIAH, R.; ENGLERBE, M. J.; et al. Patterns of Initial Opioid Prescribing to Opioid-Naive Patients. *Ann Surg*, Jul 2018. ISSN 1528-1140. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30048311> >.
- 46 CICERO, T. J.; ELLIS, M. S.; SURRATT, H. L.; KURTZ, S. P. The changing face of heroin use in the United States: a retrospective analysis of the past 50 years. *JAMA Psychiatry*, v. 71, n. 7, p. 821-6, Jul 2014. ISSN 2168-6238. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24871348> >.
- 47 PARK, T. W.; Lin, L. A.; Hosanagar, A.; Kogowski, A.; Paige, K.; Bohnert, A. S. Understanding Risk Factors for Opioid Overdose in Clinical Populations to Inform Treatment and Policy. *J Addict Med*, v. 10, n. 6, p. 369-381, 2016 Nov/Dec 2016. ISSN 1935-3227. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27525471> >.
- 48 TANG, Y. L.; Zhao, D.; Zhao, C.; Cubells, J. F. Opiate addiction in China: current situation and treatments. *Addiction*, v. 101, n. 5, p. 657-65, May 2006. ISSN 0965-2140. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16669899> >.
- 49 WEICH, L.; PERKEL, C; VAN ZYL, N.; RATAEMANE, S. T.; NAIDOO, L. Medical management of opioid dependence in South Africa. *S Afr Med J*, v. 98, n. 4, p. 280-3, Apr 2008. ISSN 0256-9574. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18637636> >.
- 50 GRAU, L. E.; GREEN, T. C.; TORBAN M.; BLINNIKOVA K.; KRUPITSKY E.; ILYUK R.; et al. Psychosocial and contextual correlates of opioid overdose risk among drug users in St. Petersburg, Russia. *Harm Reduct J*, v. 6, p. 17, Jul 2009. ISSN 1477-7517. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19630963> >.
- 51 DEHNE, K. L.; KHODAKEVICH, L.; HAMERS, F. F.; SCHWARTLÄNDER, B. The HIV/AIDS epidemic in eastern Europe: recent patterns and trends and their implications for policy-making. *AIDS*, v. 13, n. 7, p. 741-9, May 1999. ISSN 0269-9370. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10357372> >.
- 52 RHODES, T.; BALL, A.; STIMSON, G. V.; KOBYSCHKA, Y.; FITCH, C.; POKROVSKY, V.; et al. HIV infection associated with drug injecting in the newly independent states, eastern Europe: the social and economic context of epidemics. *Addiction*, v. 94, n. 9, p. 1323-36, Sep 1999. ISSN 0965-2140. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10615718> >.

- 53 SALM-REIFFERSCHIEDT, L. Tramadol: Africa's opioid crisis. *Lancet*, v. 391, n. 10134, p. 1982-1983, May 2018. ISSN 1474-547X. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29864013> >.
- 54 MANJIANI, D.; PAUL, D. B.; KUNNUMPURATH, S.; KAYE, A. D.; VADIVELU, N.. Availability and utilization of opioids for pain management: global issues. *Ochsner J*, v. 14, n. 2, p. 208-15, 2014. ISSN 1524-5012. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24940131> >.
- 55 BALTIERI, D. A.; STRAIN, E. C.; DIAS, J. C.; SCIVOLETTO, S.; MALBERGIER, A.; NICASTRI S.; et al. [Brazilian guideline for the treatment of patients with opioids dependence syndrome]. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 26, n. 4, p. 259-69, Dec 2004. ISSN 1516-4446 (Print) 1516-4446 (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15729461> >.
- 56 DE SIQUEIRA, S. R.; VILELA, T. T.; FLORINDO, A. A. Prevalence of headache and orofacial pain in adults and elders in a Brazilian community: an epidemiological study. *Gerodontology*, v. 32, n. 2, p. 123-31, Jun 2015. ISSN 1741-2358. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23789817> >.
- 57 SA, K. N.; BAPTISTA, A. F.; MATOS, M. A.; LESSA, I. Chronic pain and gender in Salvador population, Brazil. *Pain*, v. 139, n. 3, p. 498-506, Oct 31 2008. ISSN 1872-6623 (Electronic) 0304-3959 (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18672325> >.
- 58 DELLAROZA, M. S.; PIMENTA, C. A.; DUARTE, Y. A.; LEBRÃO, M. L. [Chronic pain among elderly residents in Sao Paulo, Brazil: prevalence, characteristics, and association with functional capacity and mobility (SABE Study)]. *Cad Saude Publica*, v. 29, n. 2, p. 325-34, Feb 2013. ISSN 1678-4464 (Electronic) 0102-311X (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23459818> >.
- 59 CALIL, A. M.; PIMENTA, C. A. [Pain intensity of pain and adequacy of analgesia]. *Rev Lat Am Enfermagem*, v. 13, n. 5, p. 692-9, 2005 Sep-Oct 2005. ISSN 0104-1169. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16308626> >.
- 60 MAGNOLI, D.; ARAÚJO, R. Projeto de ensino de geografia: Sudeste, Centro-Sul, Região Concentrada: Editora Moderna.
- 61 BRASIL. Constituição Federal de 1989.
- 62 SCHEFFER, M. Demografia Médica no Brasil 2018. AL., E. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp. ISBN: 978-85-87077-55-4 2018.

- 63 DE FREITAS, G. R.; DE CASTRO, C. G. JR.; CASTRO, S. M.; HEINECK, I. Degree of knowledge of health care professionals about pain management and use of opioids in pediatrics. *Pain Med*, v. 15, n. 5, p. 807-19, May 2014. ISSN 1526-4637. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24401078> >.
- 64 ALVES, H. N.; SURJAN, J. C.; NOGUEIRA-MARTINS, L. A.; MARQUES, A. C.; RAMOS, S. P.; LARANJEIRA, R. R. [Clinical and demographical aspects of alcohol and drug dependent physicians]. *Rev Assoc Med Bras*, v. 51, n. 3, p. 139-43, May-Jun 2005. ISSN 0104-4230 (Print) 0104-4230 (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16007298> >.
- 65 ALMEIDA-BRASIL, C. C.; COSTA, J. O.; AGUIAR, V. C.; MOREIRA, D. P.; MORAES, E. N.; ACURCIO, F. A.; et al. [Access to medicines for Alzheimer's disease provided by the Brazilian Unified National Health System in Minas Gerais State, Brazil]. *Cad Saude Publica*, v. 32, n. 7, p. e00060615, Aug 2016. ISSN 1678-4464. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27505179> >.
- 66 RIBEIRO, M. O. C.; PEREIRA, C. U.; SALLUM, A. M.; ALVES, J. A.; ALBUQUERQUE, M. F.; FUJISHIMA, P. A. Knowledge of doctors and nurses on pain in patients undergoing craniotomy. *Rev Lat Am Enfermagem*, v. 20, n. 6, p. 1057-63, 2012 Nov-Dec 2012. ISSN 1518-8345. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23258718> >.
- 67 JAVIER, F. O.; CALIMAG, M. P. Opioid Use in the Philippines – 20 years after the introduction of the WHO analgesic ladder. v. Volume 1, Issue 1, p. 19-22, September 2007. Disponível em: < <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1754320708600073> >.
- 68 SRISAWANG, P.; HARUN-OR-RASHID, M.; HIROSAWA, T.; SAKAMOTO, J. Knowledge, attitudes and barriers of physicians, policy makers/regulators regarding use of opioids for cancer pain management in Thailand. *Nagoya J Med Sci*, v. 75, n. 3-4, p. 201-12, Aug 2013. ISSN 0027-7622. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24640176> >.
- 69 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. PORTARIA Nº 344/1998. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html
- 70 KULKAMP, I. C.; BARBOSA, C. G.; BIANCHINI, K. C. [The perception of health professionals about pain management and opioid use: a qualitative study]. *Cien Saude Colet*, v. 13 Suppl, p. 721-31, Apr 2008. ISSN 1413-8123. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21936177> >.

- 71 DAMMENHAIN, R. A. Manual Prático para Prescrição de Medicamentos de acordo com a legislação sanitária brasileira. São Paulo, SP, Brasil, 2010. Disponível em: < <http://www.sbrafh.org.br/site/public/temp/5161ea3ccde67.pdf> >. Acesso em: 03 de fevereiro de 2017.
- 72 Hennemann-Krause, L. Aspectos práticos da prescrição de analgésicos na dor do câncer., v. 11(2):38-39, 2012. Disponível em: < http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=325 >.
- 73 CARLINI, E. A.; NAPPO, S. A.; NOGUEIRA, V. A. N., FERNANDO G. M. Metilfenidato: influência da notificação de receita A (cor amarela) sobre a prática de prescrição por médicos brasileiros. Rev. psiquiatr. clín. [online]. v. vol.30, n.1 [cited 2020-01-26], pp.11-20., 2003. ISSN 0101-6083. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832003000100002&lng=en&nrm=iso >.
- 74 CELLA, I. F.; TRINDADE, L. C. T.; SANVIDO, L. V. A. S., THELMA LARROCCA. Prevalence of opiophobia in cancer pain treatment. Rev. dor [online]. 17: 245-247 p. 2016.
- 75 COLAK, D.; OGUZ, A.; YAZILITAS, D.; IMAMOGLU, I. G.; ALTINBAS, M. Morphine: patient knowledge and attitudes in the central anatolia part of Turkey. Asian Pac J Cancer Prev, v. 15, n. 12, p. 4983-8, 2014. ISSN 2476-762X. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24998575> >.
- 76 Colombia. Gobierno Nacional de la República de Colombia: Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia y el Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito - UNODC -, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas - CICAD -, Organización de los Estados Americanos - OEA -, Embajada de los Estados Unidos en Colombia - INL -.Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia pp. 63-65, 2013 www.odc.gov.co.
- 77 Para especialista, brasileiros têm medo de prescrever ópio. Brasil consome 30 vezes menos morfina que o padrão da OMS. Folha de São Paulo 1997. Disponível em: < <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff080705.htm> >.
- 78 BELETSKY, L.; DAVIS, C. S. Today's fentanyl crisis: Prohibition's Iron Law, revisited. Int J Drug Policy, v. 46, p. 156-159, 08 2017. ISSN 1873-4758. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28735773> >.
- 79 CAETANO, M. C. C. E. A. MEDICAMENTOS PARA O TRATAMENTO DA DOR CRÔNICA: UMA QUESTÃO DE ACESSO?. VITTALLE - Revista de Ciências da Saúde v. 29, n. 1, p. 39-45, abr. 2017. ISSN 2177-7853, Disponível em: < <https://periodicos.furg.br/vittalle/article/view/6497> >.

APÊNDICE

APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa abaixo especificada, contribuindo, com suas respostas, para o aprimoramento das condutas dos médicos brasileiros frente à prescrição de opioides no tratamento de dores.

Serão convidados a participar desta pesquisa, respondendo o questionário anexo, todos os médicos brasileiros inscritos na Associação Médica Brasileira, sendo que no mínimo serão incluídos 386 (trezentos e oitenta e seis) profissionais.

A sua valorosa participação será pontual e consistirá na leitura e resposta de um questionário, consistente de 12 (doze) questões para caracterização do profissional e 22 (vinte e duas) diretamente relacionadas ao tema, totalizando 34 (trinta e quatro) questões, de múltipla escolha, encaminhado e devolvido via plataforma eletrônica, sendo sua identidade mantida em sigilo e os dados obtidos trabalhados para o fim da pesquisa.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Os dados da(o) voluntária(o) serão identificados com um código, e não com o nome. Apenas os membros da pesquisa terão conhecimento dos dados, assegurando assim sua privacidade.

Você tem liberdade de se recusar a participar da pesquisa sem qualquer prejuízo para você e sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através dos contatos do pesquisador do projeto, Marco Antônio Marchetti Calônego, e-mail marchetticalonego@yahoo.com.br.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo

Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos, conforme resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – Brasília – DF, inexistindo riscos e desconfortos mensuráveis ou relevantes decorrentes da participação da pesquisa.

Ao participar desta pesquisa você não terá nenhum benefício direto. Você não terá nenhum tipo de despesa ao autorizar sua participação nesta pesquisa, bem como nada será pago pela participação. Entretanto, esperamos que este estudo contribua com informações importantes que devem acrescentar elementos

relevantes à literatura e aos rumos nacionais às questões de políticas médico-legais, sociais e educacionais, com o trato das questões da prescrição de opioides, se comprometendo, o pesquisador, a divulgar os resultados obtidos.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para permitir sua participação nesta pesquisa, preenchendo os itens que seguem:

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar desta pesquisa sobre as “dificuldades sociais, legais e burocráticas para prescrição e opioides”. Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento, (o qual sendo apresentado via on-line pode ser impresso ou gravado em meus arquivos) e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Aceito

Não Aceito

APÊNDICE 2 – Questionário disponibilizado *on line****Dificuldades sociais, legais e burocráticas para a prescrição de opioides – 2017***

- 1) Sexo:
 - A) Masculino
 - B) Feminino
 - C) Outros: _____

- 1.1) Orientação sexual:
 - A) Assexual
 - B) Bissexual
 - C) Heterossexual
 - D) Prefiro não responder
 - E) Outros: _____

- 2) Data de nascimento: _____

- 3) Qual sua cor?
 - A) Branco
 - B) Negro
 - C) Pardo
 - D) Amarelo
 - E) Indígena

- 4) Estado Civil
 - A) Solteiro
 - B) Casado/Convivente/União Estável
 - C) Separado/Divorciado
 - D) Viúvo

- 5) Religião
- A) Católica
 - B) Protestante ou Evangélica
 - C) Espírita
 - D) Umbanda ou Candomblé
 - E) Ateu
 - F) Sem religião
 - G) Outra (especificar) _____

6) Estado do país em que se graduou em Medicina (se estrangeiro, qual país)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acre (AC) | <input type="checkbox"/> Paraíba (PB) |
| <input type="checkbox"/> Alagoas (AL) | <input type="checkbox"/> Paraná (PR) |
| <input type="checkbox"/> Amapá (AP) | <input type="checkbox"/> Pernambuco (PE) |
| <input type="checkbox"/> Amazonas (AM) | <input type="checkbox"/> Piauí (PI) |
| <input type="checkbox"/> Bahia (BA) | <input type="checkbox"/> Rio de Janeiro (RJ) |
| <input type="checkbox"/> Ceará (CE) | <input type="checkbox"/> Rio Grande do Norte (RN) |
| <input type="checkbox"/> Distrito Federal (DF) | <input type="checkbox"/> Rio Grande do Sul (RS) |
| <input type="checkbox"/> Espírito Santo (ES) | <input type="checkbox"/> Rondônia (RO) |
| <input type="checkbox"/> Goiás (GO) | <input type="checkbox"/> Roraima (RR) |
| <input type="checkbox"/> Maranhão (MA) | <input type="checkbox"/> Santa Catarina (SC) |
| <input type="checkbox"/> Mato Grosso (MT) | <input type="checkbox"/> São Paulo (SP) |
| <input type="checkbox"/> Mato Grosso do Sul (MS) | <input type="checkbox"/> Sergipe (SE) |
| <input type="checkbox"/> Minas Gerais (MG) | <input type="checkbox"/> Tocantins (TO) |
| <input type="checkbox"/> Pará (PA) | <input type="checkbox"/> Estrangeiro – País: _____ |

7) Estado em que trabalha atualmente

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Acre (AC) | <input type="checkbox"/> Amazonas (AM) |
| <input type="checkbox"/> Alagoas (AL) | <input type="checkbox"/> Bahia (BA) |
| <input type="checkbox"/> Amapá (AP) | <input type="checkbox"/> Ceará (CE) |

- Distrito Federal (DF)
- Espírito Santo (ES)
- Goiás (GO)
- Maranhão (MA)
- Mato Grosso (MT)
- Mato Grosso do Sul (MS)
- Minas Gerais (MG)
- Pará (PA)
- Paraíba (PB)
- Paraná (PR)
- Pernambuco (PE)
- Piauí (PI)
- Rio de Janeiro (RJ)
- Rio Grande do Norte (RN)
- Rio Grande do Sul (RS)
- Rondônia (RO)
- Roraima (RR)
- Santa Catarina (SC)
- São Paulo (SP)
- Sergipe (SE)
- Tocantins (TO)

8) Qual a sua principal especialidade médica

- Acupuntura
- Alergia e Imunologia
- Anestesiologia
- Angiologia
- Cancerologia (oncologia)
- Cardiologia
- Cirurgia Cardiovascular
- Cirurgia da Mão
- Cirurgia de Cabeça e Pescoço
- Cirurgia do Aparelho Digestório
- Cirurgia Geral
- Cirurgia Pediátrica
- Cirurgia Plástica
- Cirurgia Torácica
- Cirurgia Vascular
- Clínica Médica
- Coloproctologia
- Dermatologia
- Dor
- Endocrinologia e Metabologia
- Endoscopia
- Gastroenterologia
- Genética médica
- Ginecologia e Obstetrícia
- Hematologia e Hemoterapia
- Homeopatia
- Infectologia
- Mastologia
- Medicina de Família e Comunidade
- Medicina do Trabalho
- Medicina do Tráfego
- Medicina Esportiva
- Medicina Física e Reabilitação
- Medicina Intensiva
- Medicina Legal
- Medicina Nuclear
- Medicina Preventiva e Social
- Nefrologia

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Neonatologia | <input type="checkbox"/> Pediatria |
| <input type="checkbox"/> Neurocirurgia | <input type="checkbox"/> Pneumologia |
| <input type="checkbox"/> Neurologia | <input type="checkbox"/> Psiquiatria |
| <input type="checkbox"/> Nutrologia | <input type="checkbox"/> Radiologia e Diagnóstico por Imagem |
| <input type="checkbox"/> Oftalmologia | <input type="checkbox"/> Radioterapia |
| <input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia | <input type="checkbox"/> Reumatologia |
| <input type="checkbox"/> Otorrinolaringologia | <input type="checkbox"/> Urologia |
| <input type="checkbox"/> Patologia | <input type="checkbox"/> Outra _____ |

9) Em que ano se concluiu o curso de Medicina: _____

10) Você possui alguma pós-graduação (marque quantas alternativas forem necessárias)

- Não
- Lato sensu (residência médica, especialização)
- Stricto sensu:
- Mestrado
 - Doutorado
 - Pós-doutorado

11) Você possui formação/treinamento específico em tratamento da dor e/ou cuidados paliativos

- A) Não
- B) Sim, durante a graduação
- C) Sim, durante a especialização/residência
- D) Sim, autodidata
- E) Sim, pós-graduação
- f) Outros: _____

12) Qual é seu local de trabalho? Você pode marcar mais de uma alternativa. Informe dentro dos parênteses o percentual mensal de dedicação em cada um deles.

- A) Unidade de Internação e Emergência de Hospital Misto - entidade particular que presta serviços públicos

- B) Unidade de Internação e Emergência de Hospital Particular
- C) Unidade de Internação e Emergência de Hospital Público
- D) Consultório Particular
- E) Ambulatório Público
- F) Outro: _____

13) Quais são os opioides disponibilizados em sua instituição? (poderão ser assinaladas quantas alternativas forem necessárias)

- A) Morfina
- B) Codeína
- C) Metadona
- D) Oxycodona
- E) Fentanila
- F) Tramadol
- G) Meperidina
- H) Buprenorfina
- I) Nalbufina
- J) Sufentanila
- K) Remifentanila
- L) Não sei informar todos/alguns

14) Qual o percentual (de 0 a 100%) de pacientes atendidos por você, **no último mês**, no ambiente **intra-hospitalar**, e que apresentaram dor de grande intensidade, para os quais você prescreveu opioides fortes/potentes (do tipo morfina, metadona, meperidina, etc)

- A) 0%
- B) De 1 a 20%
- C) De 21 a 40%
- D) De 41 a 60%
- E) De 61 a 80%
- F) De 81 a 100%
- G) Não trabalho em ambiente hospitalar

15) Qual o percentual (de 0 a 100%) de pacientes atendidos por você, **nos últimos 15 dias**, no ambiente **intra-hospitalar**, e que apresentaram dor de grande intensidade, para os quais você prescreveu opioides fortes/potentes (do tipo morfina, metadona, meperidina, etc)

- A) 0%
- B) De 1 a 20%
- C) De 21 a 40%
- D) De 41 a 60%
- E) De 61 a 80%
- F) De 81 a 100%
- G) Não realizei este tipo de atendimento

16) Qual o percentual (de 0 a 100%) de pacientes atendidos por você, **no último mês**, em âmbito **ambulatorial** com situação de dor de grande intensidade você prescreveu opioides fortes/potentes (do tipo morfina, metadona, meperidina, etc)

- A) 0%
- B) De 1 a 20%
- C) De 21 a 40%
- D) De 41 a 60%
- E) De 61 a 80%
- F) De 81 a 100%
- G) Não realizei este tipo de atendimento

17) Qual o percentual (de 0 a 100%) de pacientes atendidos por você, **nos últimos 15 dias**, em âmbito **ambulatorial** com situação de dor de grande intensidade você prescreveu opioides fortes/potentes (do tipo morfina, metadona, meperidina, etc)

- A) 0%
- B) De 1 a 20%
- C) De 21 a 40%
- D) De 41 a 60%
- E) De 61 a 80%
- F) De 81 a 100%

G) Não realizei este tipo de atendimento

18) Você prescreve opioides potentes pelo Programa “Farmácia de Medicamentos de Alto Custo” do Governo Federal, através do formulário “LME”

A) Sim

B) Não

C) Desconheço o formulário “LME”

19) Você conhece as recomendações da OMS, conhecida como Escada Analgésica, como ela foi primeiramente proposta para o tratamento da dor

A) Não

B) Sim. Quantos são os degraus que a compõem

01 02 03 04 05

20) Você emprega a Escada Analgésica da OMS como referência para o tratamento da dor de seus pacientes

A) Sim

B) Não

21) Você utiliza o receituário tipo A (talonário amarelo)

A) Sim

B) Não – pule para a questão 25

C) Desconheço o receituário tipo A (talonário amarelo) – pule para a questão 30

22) Quantas notificações (“receitas” ou “folhas”) do talonário tipo “A” foram utilizadas por você nos últimos 3 meses

A) Nenhuma

B) < 05 (< de ¼ do talão)

B) < 10 (< de METADE do talão)

C) < 20 (< de UM talão)

D) < 40 (< de DOIS talões)

E) > 40 (> de DOIS talões)

23) Como você faz a retirada do receituário tipo A (amarelo)

A) Sempre pessoalmente

B) Pessoalmente no momento do cadastro, depois é realizada por secretária ou terceiro indicado por mim

C) Através de representantes de laboratórios

D) Diretamente na instituição (Hospital em que trabalho)

E) Não retiro / não utilizo esse tipo de receituário

F) Outros_____

24) Em que local você retira seu receituário tipo A

A) Vigilância Sanitária

B) Prefeitura Municipal

C) Secretaria de Saúde Pública

D) Diretamente na instituição (Hospital em q trabalho)

E) Não retiro / não utilizo esse tipo de receituário.

F) Outros_____

25) Como você considera o procedimento de retirada do receituário amarelo (tipo A) assinale todas as alternativas cabíveis:

A) Não retiro ou não utilizo tal receituário;

B) Fácil

C) Rápida

D) Descomplicada

E) Ágil

F) Difícil

A) Demorada

B) Complicada

- C) Burocrática
- D) Outras: _____

26) O receituário tipo A (talonário amarelo) presta-se para a prescrição de que tipos de fármacos (Poderão ser assinaladas quantas alternativas forem necessárias)

- A) Benzodiazepínicos
- B) Anticonvulsivantes e antidepressivos
- C) Anfetaminas
- D) Opioides fracos
- E) Opioides fortes/potentes

27) Qual a forma de aquisição/confecção do receituário tipo A (amarelo)?

- A) Impressão em gráfica, pois não há necessidade de numeração de série.
- B) Impressão em gráfica, mas há necessidade de numeração de série.
- C) Retirada de talonário em órgão representativo da Vigilância Sanitária
- D) Não sei

28) Em sua opinião os receituários tipo A (amarelo) são a melhor forma para prescrição de opioides fortes

- A) Concorda plenamente
- B) Concorda parcialmente
- C) Não tem opinião formada
- D) Discorda parcialmente
- E) Discorda plenamente

29) Em sua opinião os receituários tipo B já seriam, no seu entendimento, suficientemente rigorosos para o controle sanitário da prescrição de opioides fortes, não necessitando dos receituários tipo A (amarelo) para essa finalidade

- A) Concorda plenamente
- B) Concorda parcialmente
- C) Não tem opinião formada

- D) Discorda parcialmente
- E) Discorda plenamente

30) Em sua opinião, quais são os principais motivos para não se prescreverem opioides potentes/fortes (morfina, p. ex.) com mais frequência (poderão ser assinaladas quantas alternativas forem necessárias)

- A) Alto custo
- B) Dificuldades no preenchimento da prescrição da receita tipo A
- C) Dificuldades na obtenção do receituário tipo A
- D) Receio de induzir ao vício
- E) Receio de induzir à dependência física
- F) Convicção pessoal
- G) Falta de aceitação por parte do paciente e de seus familiares
- H) Política interna da instituição em que trabalho
- I) Falta de conhecimento farmacológico
- J) Outros: _____

31) Você observa por parte dos pacientes algum receio/recusa manifestos na utilização de opioides (Poderão ser assinaladas quantas alternativas forem necessárias)

- A) Não (pular para a questão 33)
- B) Sim, por motivos religiosos
- C) Sim, por motivos sociais e culturais
- D) Sim, pelo custo do medicamento
- E) Sim, por motivos burocráticos
- F) Sim, por opiofobia (medo exagerado do vício, dependência física e tolerância)
- G) Sim, mas por motivos desconhecidos
- H) Outros: _____

32) O receio e recusa do paciente foram vencidos durante sua prática e, em caso afirmativo, de que forma (poderão ser assinaladas quantas alternativas forem necessárias)

- A) Não foi vencida
- B) Sim, com a explicação da importância e segurança do medicamento
- C) Sim, pela substituição por outro medicamento
- D) Sim, pela substituição por outro opioide
- E) Sim, pela substituição por analgésico não-opioide
- F) Sim, escondendo do paciente o fato de o analgésico ser um opioide
- G) Sim, outra: _____

33) Você conhece a legislação atual que rege prescrição de opioides

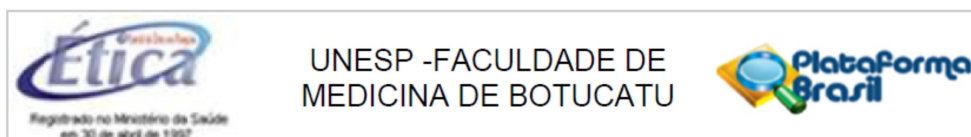
- A) Não conheço
- B) Conheço apenas na prática, pela utilização rotineira das normas
- C) Já tive aula específica na graduação ou especialização
- D) Sim, estudo próprio do assunto
- E) Não julgo ser de relevante importância para a minha prática clínica

34) Quais os principais fatores que podem facilitar a prescrição de opioides (poderão ser assinaladas quantas alternativas forem necessárias)

- A) Melhor conhecimento das normas a respeito
- B) Diminuição na burocratização da prescrição
- C) Conscientização da população sobre os benefícios desses medicamentos
- D) Diminuição dos custos dos medicamentos
- E) Políticas Públicas de conscientização
- F) Melhorar a distribuição/disponibilidade dos opioides em farmácias
- G) Conhecimento da farmacologia do opioide pelo profissional
- H) Outros: _____

ANEXOS

ANEXO 1 – Aprovação Comitê de Ética e Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Dificuldades sociais, legais e burocráticas para prescrição de opioides.

Pesquisador: Marco Antonio Marchetti Calonego

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 62004716.2.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Anestesiologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.874.526

Apresentação do Projeto:

Previamente avaliado.

Objetivo da Pesquisa:

Previamente avaliado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Previamente avaliado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Previamente avaliado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os autores modificaram o TCLE de acordo com sugestões do CEP.

Recomendações:

Recomendo aprovação pelo CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto em condições de ser aprovado pelo CEP, sem necessidade de envio à CONEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de Pesquisa APROVADO, deliberado em reunião EXTRAORDINÁRIA do CEP de 19 de Dezembro de 2.016, sem necessidade de envio à CONEP.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

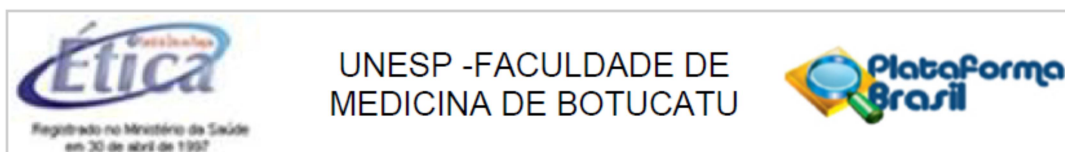
CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.874.526

O CEP, no entanto, solicita aos pesquisadores que após a execução do projeto em questão, seja enviado para análise o respectivo "Relatório Final de Atividades", o qual deverá ser enviado via Plataforma Brasil na forma de "NOTIFICAÇÃO".

OBS: LEMBRAMOS QUE A PRESENTE PESQUISA SOMENTE PODERÁ SER INICIADA APÓS DIA 19/12/2016 – DATA DA APROVAÇÃO DO CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_673514.pdf	09/12/2016 17:02:44		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECEP.pdf	09/12/2016 17:01:18	Marco Antonio Marchetti Calonego	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMestradoCEP.pdf	11/11/2016 14:41:00	Marco Antonio Marchetti Calonego	Aceito
Outros	AprovacaoAMBparapesquisa.pdf	11/11/2016 14:38:13	Marco Antonio Marchetti Calonego	Aceito
Outros	AnuencialInstitucional.pdf	11/11/2016 14:31:36	Marco Antonio Marchetti Calonego	Aceito
Folha de Rosto	Folharosto.pdf	11/11/2016 14:23:38	Marco Antonio Marchetti Calonego	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 19 de Dezembro de 2016

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

ANEXO 2 – Demografia Médica Nacional

DEMOGRAFIA MÉDICA NO BRASIL 2018

BRASIL



Características da população médica

Número de registros de médicos	451.777
População no País	207.660.929
Razão médico por 1.000 habitantes	2,18
Masculino	55,1%
Feminino	44,9%
Razão masculino/feminino	1,22

Formação

Generalistas	37,5%
Especialistas	62,5%
Razão Especialista/Generalista	1,66

Idade

≤ 29 anos	14,0%
30 - 34 anos	16,5%
35 - 39 anos	14,4%
40 - 44 anos	10,5%
45 - 49 anos	8,4%
50 - 54 anos	8,4%
55 - 59 anos	8,0%
60 - 64 anos	8,3%
65 - 69 anos	7,4%
70 - 75 anos	3,9%

Média (anos)

Idade	45,2	DP	13,7
Tempo de formado	19,5		13,7

Especialistas no País

Nº

Acupuntura	3.598
Alergia e Imunologia	1.601
Anestesiologia	23.021
Angiologia	1.633
Cardiologia	15.516
Cirurgia Cardiovascular	2.271
Cirurgia da Mão	791
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	1.072
Cirurgia do Aparelho Digestivo	2.864
Cirurgia Geral	34.065
Cirurgia Oncológica	1.190
Cirurgia Pediátrica	1.378
Cirurgia Plástica	6.304
Cirurgia Torácica	992
Cirurgia Vasculuar	4.301
Clínica Médica	42.728
Coloproctologia	1.950
Dermatologia	8.317
Endocrinologia e Metabologia	5.210
Endoscopia	3.184
Gastroenterologia	4.881
Genética Médica	305
Geriatria	1.817
Ginecologia e Obstetrícia	30.415
Hematologia e Hemoterapia	2.668
Homeopatia	2.617
Infectologia	3.746
Mastologia	2.219
Medicina de Emergência	0
Medicina de Família e Comunidade	5.486
Medicina do Trabalho	15.895
Medicina de Tráfego	5.221
Medicina Esportiva	869
Medicina Física e Reabilitação	887
Medicina Intensiva	6.562
Medicina Legal e Perícia Médica	827
Medicina Nuclear	915
Medicina Preventiva e Social	1.863
Nefrologia	4.474
Neurocirurgia	3.298
Neurologia	5.104
Nutrologia	1.692
Oftalmologia	13.825
Oncologia Clínica	3.583
Ortopedia e Traumatologia	15.598
Otorrinolaringologia	6.373
Patologia	3.210
Patologia Clínica/Medicina Laboratorial	1.450
Pediatria	39.234
Pneumologia	3.412
Psiquiatria	10.396
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	12.233
Radioterapia	734
Reumatologia	2.383
Urologia	5.328


ANEXO 3 – Consulta atual de preço de opioide

27/01/2020

Encontre Morfina no CliqueFarma, preço e onde comprar

Ordenar:		
farma.com.br/preco/morfina/?	↓ Menor(https://www.cliquefarma.com.br/preco/morfina/?preco_orderby=2)	\$ Promoções(https://www.cliquefarma.com.br/preco/morfina/?preco_orderby=3)

Q Dimorf 30mg 50 Comprimido(s) (<https://www.cliquefarma.com.br/preco/dimorf-30mg-50-comprimido-s->)



Princípio ativo: Sulfato de morfina
(<https://www.cliquefarma.com.br/preco/sulfato-de-morfina>)

Categoria: Medicamentos
(<https://www.cliquefarma.com.br/medicamentos>)

Fabricante: Cristalia

EAN: 7896676402117

Para que serve: Dimorf? Dimorf está indicado para o alívio de dor aguda.(Veja a bula)

3 Ofertas encontradas A partir de **R\$ 80,31** até **R\$ 88,55**

melhor preço: R\$ 80,31


[INCLUIR NA LISTA](#)

[LEMBRETE](#)

(https://www.cliquefarma.com.br/cliqefarma-indicacao.php?favoritos_id=55956&favoritos_empresa=88&var_aplicacao=/preco/morfina&var_posicao=1-1-1-0&var_dispositivo=D)

Ofertas Encontradas

(https://www.cliquefarma.com.br/cliqefarma-indicacao.php?favoritos_id=55956&favoritos_empresa=88&var_aplicacao=/preco/morfina&var_posicao=1-1-1-1&var_dispositivo=D)



Drogarias Pacheco

-9,31%

Dimorf 30mg Cristália 50 Comprimidos na Drogarias Pacheco. ⓘ

(<https://www.cliquefarma.com.br/preco/site/pacheco/dimorf-30mg-cristalia-50-comprimidos/?sku=7896676402117>)

Em Até **3X Sem Juros. Frete Grátis** para compras acima de R\$ 170

Preço:
R\$ 80,31

[IR PARA A LOJA](#)

(https://www.cliquefarma.com.br/cliqefarma-indicacao.php?favoritos_id=55956&favoritos_empresa=88&var_aplicacao=/preco/morfina&var_posicao=1-1-1-1&var_dispositivo=D)

(https://www.cliquefarma.com.br/cliqefarma-indicacao.php?favoritos_id=55956&favoritos_empresa=21&var_aplicacao=/preco/morfina&var_posicao=1-1-1-1)

-4,51%