

**UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE - UNIVILLE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE - PPGSMA**  
**MESTRADO EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE**

**ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE PACIENTES EM USO DE  
OPIOIDES PARA DOR CRÔNICA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**DANIELLE DIAS**

**ORIENTADORA – PROFA. DRA. DANIELA DELWING DE LIMA.**

**COLABORADOR – PROF. MSc. EDUARDO MANOEL PEREIRA**

**JOINVILLE – SC**

**2021**

**DANIELLE DIAS**

**ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE PACIENTES EM USO DE  
OPIOIDES PARA DOR CRÔNICA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Meio Ambiente da Universidade da Região de Joinville – UNIVILLE como requisito para obtenção do título de Mestre. Orientadora: Profa. Dra. Daniela Delwing de Lima e Colaborador: Prof. Msc. Eduardo Manoel Pereira.

**JOINVILLE - SC**

**2021**

Catálogo na publicação pela Biblioteca Universitária da Univille

D541a	Dias, Danielle Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes em uso de opioides para dor crônica no âmbito do Sistema Único de Saúde / Danielle Dias; orientadora Dra. Daniela Delwing de Lima; colaborador MSc. Eduardo Manoel Pereira. – Joinville: Univille, 2021. 68 f.: il.
	Dissertação (Mestrado em Saúde e Meio Ambiente – Universidade da Região de Joinville)
	1. Dor crônica. 2. Opióides. 3 Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Lima, Daniela Delwing de (orient.). II. Pereira, Eduardo Manoel (coorient.). III. Título.
	CDD 616.0472

## Termo de Aprovação

"Acompanhamento Farmacoterapêutico de Pacientes em Uso de Opióides para Dor Crônica no Âmbito do Sistema Único de Saúde"

por

Danielle Dias

Dissertação julgada para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Meio Ambiente, área de concentração Saúde e Meio Ambiente e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Meio Ambiente.



Profa. Dra. Daniela Delwing de Lima  
Orientadora (UNIVILLE)



Profa. Dra. Marta Jussara Cremer  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Meio Ambiente

Banca Examinadora:



Profa. Dra. Daniela Delwing de Lima  
Orientadora (UNIVILLE)



Profa. Dra. Samira Dal-Toé De Prá  
(UNISOCIESC)



Prof. Dr. Antonio Vinicius Soares  
(UNIVILLE)

Joinville, 14 de dezembro de 2021

## **Dedicatória**

Dedico este estudo ao meu esposo Bruno Camargo de Souza pelo apoio incondicional para a realização deste trabalho e aos nossos filhos Carlos Dias Camargo de Souza e Júlia Dias Camargo de Souza. A minha família é o que tenho de mais importante.

## **Agradecimentos**

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus;  
Agradeço à minha orientadora Daniela Delwing de Lima e ao meu co-orientador (Colaborador) Eduardo Manoel Pereira por aceitarem conduzir o meu trabalho de pesquisa.

**"A evolução do homem passa, necessariamente, pela busca do conhecimento."**

Sun Tzu (A Arte da Guerra)

## RESUMO

**Introdução:** O uso adequado de analgésicos opioides e o tratamento da dor crônica é um grande desafio para os profissionais de saúde, o primeiro pelos riscos que envolvem a farmacoterapia e o segundo pelas dificuldades de se obter um diagnóstico mais assertivo da doença e/ou de sua causa.

**Objetivo:** Este estudo teve por objetivo realizar o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes de Joinville em uso de analgésicos opioides para dor crônica no âmbito do Sistema Único de Saúde.

**Métodos:** Essa pesquisa foi realizada na Farmácia Escola da Universidade da Região de Joinville, por meio de parceria entre o município e a Universidade, atendendo a população pelo SUS. O estudo é de natureza qualitativa e quantitativa, descritivo e prospectivo, com pacientes acima de 18 anos, no período de 24 de novembro de 2020 a 30 de julho de 2021, mediante três consultas farmacêuticas.

**Resultados:** A amostra foi de 31 pacientes, maioria (58,0%) na faixa etária de 40 a 60 anos, 21 (67,7%) mulheres, 12 (38,7%) casados, 24 (77,4%) com renda de 1-3 salários-mínimos, escolaridade 12 (38,7%) ensino médio e, 23 (74,2%) sem plano de saúde atendido unicamente pelo SUS. As dores crônicas mais frequentes foram por traumas 14 (35,0%) e por doenças reumáticas 11 (27,5%). Todos em uso de metadona associada ou não a outros analgésicos opioides e fármacos adjuvantes no tratamento da dor crônica.

**Conclusão:** O acompanhamento farmacoterapêutico pode constituir um canal de comunicação adicional e acessível aos pacientes, estabelecendo uma relação mais humanizada para o esclarecimento de dúvidas e orientação em saúde, com possibilidade para auxílio e encaminhamentos referentes à prevenção e à resolução de problemas relacionados aos medicamentos.

**Palavras-chave:** Dor crônica; Acompanhamento farmacoterapêutico; Farmácia clínica; Medicamento opioide.

## ABSTRACT

**Introduction:** The proper use of opioid analgesics and the treatment of chronic pain is a great challenge for health professionals, the first because of the risks involved in pharmacotherapy and the second because of the difficulties in obtaining a more assertive diagnosis of the disease and/or its cause.

**Objective:** This study aimed to carry out the pharmacotherapeutic follow-up of patients in Joinville using opioid analgesics for chronic pain in the scope of the Unified Health System.

**Method:** This research was carried out at the School Pharmacy of the University of the Region of Joinville, through a partnership between the municipality and the University, serving the population through SUS. The study is qualitative and quantitative in nature, descriptive and prospective, with patients over 18 years old, from November 24, 2020 to July 30, 2021, through three pharmaceutical consultations.

**Results:** The sample consisted of 31 patients, the majority (58.0%) aged between 40 and 60 years, 21 (67.7%) women, 12 (38.7%) married, 24 (77.4%) with income from 1-3 minimum wages, 12 (38.7%) high school education and 23 (74.2%) without health insurance, attended only by the SUS. The most frequent chronic pains were due to trauma 14 (35.0%) and rheumatic diseases 11 (27.5%). All taking methadone associated or not with other opioid analgesics and adjuvant drugs in the treatment of chronic pain.

**Conclusion:** Pharmacotherapeutic follow-up can constitute an additional and accessible communication channel for patients, establishing a more humanized relationship to clarify doubts and provide guidance in health, with the possibility of assistance and referrals regarding the prevention and resolution of drug-related problems.

**Keywords:** Chronic pain; Pharmacotherapeutic follow-up; Clinical pharmacy; Opioid drug

## **LISTA DE ANEXOS E APÊNDICE**

**Anexo 1** – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

**Anexo 2** – Termo de Autorização para Publicação de Tese e Dissertação

**Apêndice 1** – Formulário de coleta de dados

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AF – Acompanhamento farmacoterapêutico

AIED – Associação Internacional para Estudo da dor

AMB – Associação Médica Brasileira

AO – Analgésico opioide/Analgésicos opioides

CF – Consulta farmacêutica/Consultas farmacêuticas

CFF – Conselho Federal de Farmácia

DA – Dor aguda

DC – Dor crônica

DT – Dor transitória

EA - Efeito Adverso/Efeitos adversos

IM – Interação medicamentosa/Interações medicamentosas

MS – Ministério da Saúde

PRM – problema relacionado a medicamento

QV – Qualidade de vida

SNC – Sistema nervoso central

TF – Tratamentos farmacológicos

TM – Terapia medicamentosa

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA</b> .....	13
<b>2. PROBLEMA DE PESQUISA</b> .....	16
<b>3. HIPÓTESE</b> .....	16
<b>4. OBJETIVOS</b> .....	16
4.1. Geral.....	16
4.2. Específicos.....	17
<b>5. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	17
5.1. Dor .....	17
5.2. Dor crônica .....	18
5.3. Fisiopatologia da dor crônica .....	19
5.4. Caracterização sintomática da dor crônica .....	20
5.5. Medidas terapêuticas no manejo da dor crônica .....	21
5.6. Farmacoterapia aplicada a dor crônica e seu seguimento .....	22
Tabela 1. Escada da analgésica da OMS – degraus do tratamento da dor nociceptiva e mista .....	23
<b>6. INTERDISCIPLINARIDADE</b> .....	26
<b>7. METODOLOGIA</b> .....	26
7.1. Local e tipo da pesquisa .....	26
7.2. Critérios de inclusão e exclusão .....	27
7.3. Procedimentos de acompanhamento e de coleta de dados .....	27
7.4. Análise de dados .....	28
<b>8. RESULTADOS</b> .....	28
Tabela 2. Perfil sociodemográfico dos pacientes em tratamento com opioides .....	29
Tabela 3. Medicamentos prescritos para tratamento da Dor Crônica .....	30
Tabela 4. Medicamentos em uso concomitante para outros problemas de saúde ..	31
Gráfico 1. Quantidade de pacientes por gravidade da interação medicamentosa ...	32
Tabela 5. As classes de fármacos mais envolvidas nas interações medicamentosas .....	33
Tabela 6. Alterações no esquema de medicamentos prescritos na 2ª e 3ª Consulta Farmacêutica .....	33
Tabela 7. Inclusões e suspensões de medicamentos nas prescrições .....	34
Tabela 8. Interações medicamentosas na 1ª, 2ª e 3ª consulta farmacêutica .....	35

Tabela 9. Verificação da administração das medicações para dor crônica .....	35
Gráfico 2. Evolução no controle da dor .....	36
Tabela 10. Número de pacientes por percepções do controle de dor .....	37
Tabela 11. Outros problemas de saúde em tratamento concomitante .....	37
Tabela 12. Efeitos adversos percebidos pelos pacientes .....	38
Tabela 13. Presença de potenciais efeitos adversos de medicamentos opioides ...	39
Quadro 1. Quantidade de potenciais efeitos adversos de medicamentos opioides por n° de pacientes .....	40
Quadro 2. Medidas praticadas para resolver efeitos adversos .....	41
Tabela 14. Tempo de uso dos analgésicos opioides no tratamento atual .....	41
Tabela 15. Pacientes por motivo do ajuste de dose .....	42
Tabela 16. Associação entre as variáveis de percepção de dor e adequação da farmacoterapia .....	43
Tabela 17. Orientações médicas sobre os medicamentos opioides para dor crônica . .....	43
Quadro 3. Queixas sobre outros medicamentos para dor .....	45
Tabela 18. Terapias no tratamento da dor crônica relatadas .....	45
Tabela 19. Satisfação dos pacientes com a terapia medicamentosa .....	45
Tabela 20. Satisfação dos pacientes com a terapia medicamentosa .....	46
Quadro 4. Relato dos pacientes sobre o que poderia melhorar no seu tratamento da Dor Crônica .....	47
<b>9. DISCUSSÃO</b> .....	48
<b>10. CONCLUSÃO</b> .....	56
<b>11. REFERÊNCIAS</b> .....	58
<b>ANEXO I</b> .....	68
Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) .....	69
<b>APÊNDICE I</b> .....	70
Formulário de coleta de dados .....	71
<b>ANEXO II</b> .....	73
Termo de Autorização para Publicação de Tese e Dissertação .....	74

## 1. INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

Segundo a Associação Médica Brasileira (AMB, 2012), opiáceos são compostos de ocorrência natural extraídos da papoula a partir do ópio amplamente conhecidos e utilizados no mundo todo. O termo mais abrangente e atual, opioides, inclui as substâncias sintéticas e semissintéticas produzidas em laboratório (obtidas pela replicação da fórmula química de um opiáceo), além das de ocorrência natural. Os opioides são também designados narcóticos devido às suas ações analgésica e hipnótica (AMB, 2012).

Dentre as substâncias analgésicas naturais bastante utilizadas na área da saúde destacam-se a morfina e a codeína, que são classificadas como analgésico opioide forte e fraco, respectivamente. As substâncias sintéticas e semissintéticas, a exemplo: petidina, fentanil e metadona, também são classificadas conforme a intensidade de efeito que apresentam. A principal indicação deles é para supressão da dor, que por sua vez é categorizada de acordo com sua duração, localização e etiologia em: dor aguda (DA), dor crônica (DC) e dor relacionada com o câncer (QUEIRÓZ, 2015).

Os opioides são muito utilizados na terapia da DA intensa, dor pós-cirúrgica e na terapia da DC (BRASIL, 2018). Contudo, o emprego adequado de opioides no tratamento da dor a longo prazo ainda se apresenta como um grande desafio para os profissionais de saúde no mundo, posto que os opioides fazem parte da lista dos medicamentos potencialmente perigosos, devido ao risco de provocar danos significativos aos pacientes quando ocorrem erros na sua utilização, ou mesmo quando de sua utilização por tempo prolongado (BRASIL, 2018).

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (AIED) define a dor como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial”, e esta definição abrange as mais variadas experiências de dor, incluindo a sua diversidade, complexidade, aguda ou crônica, podendo ser aplicável a todas as condições de dor em humanos e animais e, sobretudo, definida pela perspectiva da pessoa que sente a dor (DE SANTANA *et al.*, 2020; RAJA *et al.*, 2020).

A presença de dor em qualquer escala afeta a qualidade de vida (QV) do paciente, logo sua amenização é dos objetivos mais nobres e essenciais da terapêutica. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Escada da Dor,

estabelecida em 1986, a escolha da terapia medicamentosa mais adequada considera a intensidade da dor para tratar desde uma dor leve, com o uso de analgésicos e anti-inflamatórios não esteroidais, até a dor intensa com o uso de analgésicos opioides e medicamentos coadjuvantes (BRASIL, 2012). Originalmente, a escada da dor foi criada com o propósito de tratar a dor oncológica, mas tem sido embasamento para tratar outros tipos de dores. Contudo, a comunidade científica, por meio da AIED, sugere outras classificações que também envolvem o uso de opioides, baseadas na eficácia clínica ou nos mecanismos da dor, quando se tratam de outros tipos de dor, que não a oncológica (VERGNE-SALLE, 2016).

A DC está entre as principais causas de procura por atendimento em ambulatórios e os poucos estudos epidemiológicos que existem no Brasil confirmam que a incidência é semelhante à estimada pela AIED, alcançando uma prevalência média de 35,5% (CIPRIANO *et al.*, 2011). Esse tipo de dor é mais prevalente em idosos e apresenta grande impacto no estado de saúde e QV dessa população (OLIVÊNCIA *et al.*, 2018). E ainda, conforme descrito por Olivência e colaboradores (2018), estudos brasileiros mais recentes revelam que além de ser uma das queixas mais comuns de idosos em consultas médicas ambulatoriais, em geral, 25% a 50% dos idosos sofrem de DC, e esses números podem chegar até 80% entre os idosos institucionalizados.

A necessidade de uso dos analgésicos opioides (AO) pela população idosa tem crescido muito, dada a relação com o aumento de prevalência de dor por complicações de problemas crônicos de saúde (RIBEIRO, 2015). Para que se tenha uma melhor QV é necessário tratar a dor, contudo a prescrição de medicamentos para esse fim, principalmente para pacientes idosos deve ser feita com cautela, pois esse grupo apresenta maior probabilidade de reações adversas e interações medicamentosas (IM) devido ao número de medicamentos distintos usados para tratar concomitantemente outros problemas de saúde (RIBEIRO, 2015), pois quanto maior o número de medicamentos em uso maior o potencial para IM importantes (DIAS *et al.*, 2019). Além disso, alterações fisiológicas e farmacodinâmicas decorrentes da senilidade, comorbidades, aspectos cognitivos e grau de independência podem interferir na intensidade da dor e no seu manejo adequado (OLIVÊNCIA *et al.*, 2018).

A respeito dos opioides, a maioria dos efeitos adversos (EA) comuns que causam está relacionada à dose utilizada, à seleção inadequada de opioide para o

paciente, à interação farmacológica ou à polifarmácia, e é por conta disso que 10 a 20% dos pacientes não aderem ao tratamento no primeiro mês, levando os pacientes a ter que conviver com a dor subtratada e conseqüente sofrimento (KRAYCHETE *et al.*, 2013).

Conforme os consensos, brasileiro e americano de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos, os EA em pessoas idosas são pelo menos duas vezes mais frequentes do que em pacientes jovens, facilitando desta maneira a interrupção do uso desses agentes ou então a redução da dose de maneira inadequada, culminando na ausência de analgesia satisfatória (OLIVÊNCIA *et al.*, 2018).

Outro ponto de alta relevância a ser trabalhado é a automedicação, pois apresenta um grande risco de problemas relacionados a medicamentos (PRM), principalmente pelo uso indevido ou incorreto que inclui uso sem indicação, de doses e posologias erradas. Um estudo realizado com 416 indivíduos em 2019 verificou que 78,4% dos portadores de DC praticaram a automedicação analgésica (BARROS *et al.*, 2019). Assim, considerando que após os pacientes terem acesso aos opioides, que são fármacos que podem entrar em tolerância ou causar dependência em uso crônico, a possibilidade dos usuários modificarem por conta própria os padrões de autoadministração é real (ADESOYE, DUNCAN, 2017), o que motiva um acompanhamento com um profissional de saúde para orientar quanto ao uso correto, ao manejo de eventuais EA, no sentido de garantir um tratamento eficaz da dor promovendo ao paciente uma boa QV.

O acompanhamento farmacoterapêutico, que é regulamentado pela Resolução nº 585/2013 do Conselho Federal de Farmácia (CFF), é um serviço clínico executado por um farmacêutico e visa auxiliar o paciente a fazer o uso correto de medicamentos para garantir a sua saúde, bem-estar e QV (CFF, 2013). O farmacêutico, nas suas atribuições clínicas, ao realizar o acompanhamento da terapia medicamentosa de pacientes em uso de AO pode proporcionar cuidado de forma a promover o uso racional e otimizar a farmacoterapia, no intuito de alcançar resultados que melhorem a QV do paciente no processo de tratamento da DC.

No estudo de Pagno e colaboradores (2018) foi feito o acompanhamento de 554 idosos, e apresentaram dados sobre a vulnerabilidade dessa população, riscos relacionados à polifarmácia e ao uso de medicamentos potencialmente inapropriados para pessoas idosas segundo os Critérios de Beers. Ainda, Pagno e

colaboradores (2018) ressaltam a importância de considerar os eventos decorrentes da terapia medicamentosa e seus desfechos negativos no processo saúde-doença dos idosos, chamando atenção para as necessidades dessa população. No contexto do monitoramento do uso de opioides, um estudo realizado em um hospital de ensino no Brasil (RIBEIRO, 2015), no qual foram acompanhados 152 pacientes idosos em uso de AO, evidenciou-se que o farmacêutico, por meio de sua atribuição, pode ajudar a otimizar a analgesia no manejo da dor, dos EA dos medicamentos e das IM por meio de intervenções em prescrições médicas, acompanhamento do paciente à beira leito e intervenções junto à equipe multiprofissional. Assim, esta pesquisa justificou-se pela necessidade de se obter mais estudos sobre o uso de AO por prazo prolongado, principalmente quando se trata de uma população com maior risco para apresentar EA e IM. Logo, este estudo teve por objetivo realizar o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes de Joinville em uso de analgésicos opioides para DC no âmbito do Sistema Único de Saúde.

## **2. PROBLEMA DE PESQUISA**

Quais os problemas relacionados ao uso de opioides e como o acompanhamento farmacoterapêutico pode auxiliar o seguimento do paciente?

## **3. HIPÓTESE**

O acompanhamento farmacoterapêutico pode contribuir para a detecção precoce de eventos adversos, e de interações importantes. Além de formar um elo de comunicação acessível para o paciente acerca de suas eventuais necessidades no que tange o esclarecimento de sua terapêutica medicamentosa.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. Geral**

Realizar o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes em uso de analgésicos opioides para DC, fornecidos pelo Sistema Único de Saúde como medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica disponibilizados pela Farmácia Escola do município de Joinville (Santa Catarina).

#### 4.2. Específicos

- Conhecer o perfil sociodemográfico dos pacientes em tratamento com opioides;
- Verificar se a administração crônica está sendo seguida conforme a prescrição e orientação médica;
- Verificar se a eficácia terapêutica pretendida está sendo atingida;
- Identificar comorbidades que estejam em tratamento concomitante com o tratamento da DC;
- Identificar problemas relacionados aos medicamentos (reações adversas ou interações medicamentosas);
- Sugerir estratégias que possam contribuir para minimização dos problemas relacionados aos medicamentos.

## 5. REVISÃO DE LITERATURA

O vasto universo que envolve o tratamento da DC é complexo devido à dificuldade de se obter um diagnóstico assertivo da sua causa, ainda mais quando relacionado ao uso de medicamentos opioides, pois estes últimos requerem cautela em seu uso pelos riscos de EA e IM que podem levar a outros problemas de saúde. E, para que se possa compreender um pouco mais a respeito, abaixo está descrito uma breve revisão sobre DC, sua fisiopatologia e tratamentos.

### 5.1. Dor

A dor é subjetiva e complexa, pois a sua percepção se dá conforme a experiência de cada indivíduo associada a danos teciduais reais ou não, sendo uma experiência emocional negativa de causa fisiopatológica provável, com várias

dimensões: a sensorial, que indica a localização e a intensidade da dor; a emocional, que indica quão desagradável é a experiência; e a cognitiva, que tem a ver com a interpretação da dor baseada na experiência (CROFFORD, 2015). Pode ser classificada como: transitória (DT), que é de curto período e demandando pouca atenção por não estar acompanhada de danos reais e sem sinais de ansiedade na pessoa acometida; a aguda, que é caracterizada pela função de alerta na ocorrência de lesão tecidual, correspondendo com o local e dimensão da lesão e é solucionada após o tratamento da patologia causadora; e a crônica, que pode resultar de um tratamento inadequado da DA, culminando na cronificação a partir de uma mudança em um processo neurofisiológico para torná-lo patológico persistente. Podendo, também, ter como potencial causa outros problemas fisiológicos e, sobretudo, psicológicos (PINHEIRO *et al.*, 2014; FERREIRA *et al.*, 2020).

A DA é descrita como fundamental para a preservação da integridade do indivíduo por ser um sintoma que alerta para a ocorrência de lesões no organismo, comunicando aos centros superiores que algo está errado, e tendendo a desaparecer com a remoção do fator causal e resolução do quadro patológico. Já a DC não se apresenta com a mesma fundamentação, mas sim como uma importante causa de incapacidade (FERNANDES, GOMES, 2011). Conforme Camanho e colaboradores (2011), a DC não traduz a magnitude da lesão tecidual e os tratamentos para tal ainda não são suficientemente satisfatórios, tornando-a mal adaptativa e causadora de sofrimento importante.

## 5.2. Dor crônica

A DC pode ser constante ou intermitente, com duração igual ou superior a 90 dias, tempo considerado suficiente para que ocorra resolução da doença aguda ou a cicatrização tecidual que a causou, porém ela persiste além da cura da lesão que a originou e, muito dificilmente, pode ser atribuída a uma lesão ou etiologia específica, sendo necessário levar em consideração a saúde física e emocional do indivíduo (JANEIRO, 2017; BARROS *et al.* 2019).

Atualmente, a DC se apresenta como um problema de saúde de maior gravidade e frequência, sendo o tipo mais difícil de tratar por ser persistente e por tender a não resolver espontaneamente, ou responder pouco a tratamentos

anteriores. O seu impacto sobre a vida do paciente de forma sustentada determina um acentuado estresse e sofrimento com capacidade de reduzir a QV e tornar o organismo humano predisposto a alterações fisiopatológicas podendo culminar em comorbilidades (FERNANDES, GOMES, 2011; VARANDAS, 2013).

### 5.3. Fisiopatologia da dor crônica

Não se pode afirmar que a DC seja um prolongamento da DA, pois as estimulações nociceptivas que ocorrem na fase aguda, quando se tornam frequentes, conduzem a uma variedade de mudanças no SNC, e há respostas sinápticas como taquicardia, hipertensão e alterações das pupilas, as quais podem ser modeladas e não acontecer na DC (VARANDAS, 2013).

Os mecanismos pelos quais a DC se dá são complexos e diversos. Oliveira e Ribeiro (2012) apresentam a DC como um fenômeno biopsicossocial, que envolve fatores biológicos, psicológicos e sociais que interagem de forma dinâmica entre si.

Sobre os mecanismos de percepção de dor, tem-se que os nociceptores são neurônios especializados em conduzir a informação de dor como impulsos desde a periferia, onde o estímulo é conduzido até a medula espinal (Sistema Nervoso Central - SNC) por meio de seus axônios longos, que estendem-se como longas fibras desde o seu corpo celular até às estruturas conhecidas como gânglios da raiz dorsal, e em seguida para o cérebro onde se traduz a sensação de dor (VARANDAS, 2013). A velocidade de transmissão desses impulsos nervosos está diretamente relacionada ao tipo de fibra que os conduz, sendo elas conhecidas como fibras do tipo A e C (LIM *et al.*, 2018), que são subdivididas em fibras A $\delta$ 1, A $\delta$ 2, C1 e C2, sendo as do tipo A mais grossas, mielinizadas e transmitem a dor rápida, e as do tipo C são finas, amielínicas, responsáveis pela transmissão da DC (LEMOS, 2010; FERNANDES, GOMES, 2011). As fibras A delta respondem a estímulos mecânicos intensos ou térmicos agudos, já as fibras C são sensíveis a estímulos térmicos, mecânicos ou químicos (VARANDAS, 2013).

Os estímulos químicos são desencadeados por substâncias que são determinantes na estimulação do tipo de dor lenta (crônica) e persistente que ocorre após lesão tecidual. Conforme a persistência da excitação das fibras dos nociceptores tende a aumentar progressivamente, levando a um processo de

sensibilização (hiperalgesia) causado por uma transformação nociceptiva, isso confere aos nociceptores exacerbação da sensibilidade a dor (FERNANDES, GOMES, 2011). Furtado e colaboradores (2014) descrevem que síndromes dolorosas crônicas estão relacionadas à estimulação do SNC através de nociceptores periféricos. E, ainda, mecanismos inibitórios e facilitadores centrais estão envolvidos no alastramento da dor, do mesmo modo que processos corticais e subcorticais relacionados à DC. De acordo com Ashmawi e Freire (2016), conforme a dor se cronifica, ocorrem alterações nas vias neuroquímicas e na ativação de canais iônicos dos nociceptores, sustentando uma plasticidade instaladora de um estado de menor inibição e maior ativação desses neurônios, o que se traduz em maior percepção sensorial de dor (ASHMAWI, FREIRE, 2016).

#### 5.4. Caracterização sintomática da dor crônica

A DC tem sido considerada como uma doença por si só, por se apresentar como um problema de saúde grave com enormes repercussões sobre o indivíduo e a sociedade, devido ao sofrimento e custos socioeconômicos a ela relacionados (CUNHA, 2015). Ressalta-se ainda, que esta não deve ser subestimada, pois por interferir na saúde física e mental, com o tempo o indivíduo apresenta sequelas psicológicas, isolamento, incapacidade e perda de QV, com isso pode aumentar a suscetibilidade a infecções, insônias, ansiedade, depressão, e também levar ao suicídio (JANEIRO, 2017).

Algumas características da DC estão associadas a maior déficit funcional e incapacitação do indivíduo, como a frequência (constante ou intermitente) e a intensidade (moderada ou intensa) em que ela está presente no dia-a-dia, pois pode impactar em atividades como subir degraus de uma escada, levantar de uma cadeira ou se abaixar, que antes poderiam ser executados com facilidade e tornam-se limitantes, principalmente quando os locais mais afetados são região lombar, membros inferiores e superiores, ilustrando o quanto o grau de incapacitação pode ser intenso (SANTOS *et al.*, 2015; AUDI *et al.*, 2019).

Todo o estresse causado pela DC pode, também, ser um fator que contribui para a demora na reabilitação e recuperação de lesões, reduzindo a capacidade funcional do paciente, sendo ainda mais difícil quando o paciente apresenta

comorbidades e faz uso de polifarmácia, pois estes são fatores que limitam a otimização de tratamentos farmacológicos (TF) (SANTOS, 2011).

Piccin e colaboradores (2016) classificam a DC com base na intensidade e incapacidade que o paciente apresenta que são as seguintes: grau I (baixa incapacidade e baixa intensidade); grau II (baixa incapacidade e alta intensidade); grau III (alta incapacidade e limitação moderada); grau IV (alta incapacidade e gravemente limitado). No entanto, em seu estudo comentam que há necessidade de avaliar o paciente não apenas sob os aspectos físicos, mas também psicossociais, pois se sabe que existe uma relação entre os sintomas físicos e os sintomas psicológicos nos processos de desenvolvimento da DC.

#### 5.5. Medidas terapêuticas no manejo da dor crônica

Por ser de difícil atenuação, o completo controle da DC é pouco provável, o que torna o tratamento frustrante tanto para o paciente quanto para o médico que o acompanha (GARCIA, 2016). Por isso, as metas de tratamento que focam no ganho de função ao invés da intensidade da dor devem ser apresentadas para o paciente desde a primeira consulta. Para tanto, é por meio de estratégia farmacológica multimodal associada a terapias não farmacológicas que se torna possível obter melhora na QV dos pacientes e adquirir um ganho funcional (GARCIA, 2016). Devido ao conhecimento de que a DC é um problema que envolve outros campos além do físico, as abordagens terapêuticas têm se integrado a várias categorias além da abordagem medicamentosa, como: fisioterapias (cinesioterapia, hidroterapia, psicoterapia entre outras também), atividade física, acupuntura (NOVO, 2017; SILVEIRA e ROCHA, 2020).

Esse enfoque interdisciplinar para o tratamento da DC possibilita a redução do consumo de medicamentos analgésicos, sendo muito importante, principalmente quando há limitações em seu uso, como no caso de pacientes idosos que possuem pré-disposição para reação adversa e interações. Além disso, é relevante frisar que esse tipo de abordagem contribui para promoção da reintegração social desses indivíduos (GLASS, OLIVEIRA, 2018). A terapia cognitiva comportamental, por exemplo, além das contribuições no campo da saúde mental, dispõe de estratégias eficazes para o alívio da dor e tratamento de fatores psicológicos que podem agravar

o quadro doloroso (GLASS, OLIVEIRA, 2018). Programas multidisciplinares para tratamento da DC que incluem a atividade física calçam-se nos resultados positivos relacionados aos mecanismos endógenos de controle da dor (SANTOS *et al.*, 2015). Oliveira *et al.* (2014) destacam que os resultados de um programa de exercícios no controle de processos álgicos promoveu diminuição significativa do limiar de dor e estimulou a aderência dos pacientes ao programa.

Programas de fisioterapia também têm sido muito empregados no controle da dor devido ao seu efeito analgésico, podendo implicar em menor consumo de analgésicos e anti-inflamatórios, mesmo que seus benefícios sejam de curta duração e a percepção da dor retorne rapidamente (SILVA e MORSCH, 2019).

Outra técnica que vem ganhando espaço no tratamento de DC é a acupuntura. No estudo de Stival *et al.* (2014), a acupuntura mostrou ser eficaz na redução imediata da dor em pacientes portadores de fibromialgia, com um efeito bastante significativo. Um estudo randomizado com 535 participantes observou alcance de redução de até 80% de dor por meio da acupuntura durante o período de intervenção (MOURA, *et al.* 2019). Além da eficácia relevante atingida, diferentemente das estratégias farmacológicas para o controle da DC, essa medida tem o benefício da ausência de EA.

#### 5.6. Farmacoterapia aplicada a Dor Crônica e seu seguimento

O Ministério da Saúde (MS) aprovou em 2002 o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica” que disponibiliza os medicamentos: codeína, considerado opiáceo fraco utilizado para alívio da dor moderada; sulfato de morfina, opiáceo forte indicado para pacientes sem o controle adequado da dor, mas que se apresenta em grau moderado, intenso ou muito intenso; e metadona, opioide sintético de alta potência analgésica, indicado como alternativa nos casos de dor intensa, de difícil tratamento (BRASIL, 2012). Posteriormente, ocorreu a atualização desse elenco com a incorporação do medicamento gabapentina para dor neuropática, mediante a Portaria nº 1083, de outubro de 2012, atendendo à Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10): R 52.1 DC intratável e R 52.2 Outra DC (BRASIL, 2012).

Conforme o protocolo do MS, o tratamento medicamentoso das dores nociceptiva e mista deve respeitar a proposta da OMS de escalonamento (Degraus da Escada Analgésica) que inclui analgésicos, anti-inflamatórios, fármacos adjuvantes e opioides (tabela 1) (BRASIL, 2012).

**Tabela 1.** Escada analgésica da OMS - degraus do tratamento da dor nociceptiva e mista (BRASIL, 2012).

Degrau	FÁRMACOS
1	Analgésicos e anti-inflamatórios + fármacos adjuvantes*
2	Analgésicos e anti-inflamatórios + fármacos adjuvantes* + opioides fracos
3	Analgésicos e anti-inflamatórios + fármacos adjuvantes* + opioides fortes

\*Fármacos destinados ao tratamento das comorbidades (antidepressivos ou relaxantes musculares).

Os TF, quando prescrito com base no protocolo do MS, segue de acordo com o tipo de DC que é diagnosticada, mediante a aplicação de escalas de dor, onde identificam a intensidade e o tipo da dor. Para que o paciente seja elegível para uso de opioide, é necessário que seja refratário aos demais analgésicos, que apresente dor relevante com duração superior a 30 dias e que não apresente intolerância, hipersensibilidade ou contra-indicação ao uso dos medicamentos escalonados no Protocolo (BRASIL, 2012).

O protocolo ressalta que os opioides são analgésicos potentes e eficazes no tratamento prolongado de dor oncológica, mista ou neuropática, mas que o uso por tempo prolongado, independentemente da potência, não é recomendado para pacientes com dor nociceptiva devido aos EA's limitantes (BRASIL, 2012). Para DC neuropática indica-se somente em caso de refratariedade aos fármacos de primeira escolha (Brasil, 2012), que são as seguintes classes de medicamentos: antidepressivos tricíclicos (que possuem nível de evidência e grau de recomendação mais alto que opioides), neurolépticos fenotiazínicos e anticonvulsivantes que podem ser associados a analgésicos e anti-inflamatórios, conforme preconizados pela AMB (ARCO *et al.*, 2016).

Por serem analgésicos potentes, os opioides são muito eficazes no tratamento da dor do tipo moderada a forte em curto prazo, por esse motivo são geralmente considerados a primeira escolha, porém é muito importante atingir adesão do paciente associada a um tratamento mais apropriado, com o objetivo de

conseguir fornecer um alívio mais rápido sem promover o surgimento de muitos EA's (COLUZZI *et al.*, 2016). Embora o uso de opioides tenha se mostrado eficaz para DA em muitos estudos, ainda não se tem estabelecida uma relação segura do risco/benefício em longo prazo (COLUZZI *et al.*, 2016).

Pérez *et al.*, (2016) verificaram em seu estudo a existência de uma variabilidade de intensidade e duração que a dor pode apresentar em um mesmo indivíduo, o que dificulta a adequação da terapia medicamentosa (TM), mesmo que além do medicamento de escolha tenha um AO de resgate, o paciente pode não utilizá-lo por medo de ficar dependente (culminando na ineficácia pela subdose) ou utilizá-lo sem necessidade por medo de sentir dor (levando à intensificação dos efeitos colaterais pela sobredose).

Outros estudos como os de Ribeiro, 2015; Coluzzi *et al.*, 2016; Olivência *et al.*, 2018; Kosciuczuk *et al.*, 2020, ressaltam que com o uso prolongado desses medicamentos fica passivo de ocorrer tolerância, hiperalgesia, abuso, dependência física, efeitos imunomodulatórios, alterações hormonais, distúrbios do sono e desordens psicomotoras. Aliadas a essas complicações, outros fatores como genética, idade, sexo, comorbidades, polifarmácia, podem dificultar o estabelecimento de segurança do tratamento, implicando em individualização da terapia com opioides.

Sáez López *et al.*, (2016), a respeito dos EA dos opioides, colocam que os idosos têm um risco 10-25% maior de desenvolvê-los em relação aos jovens. Embora, a maioria dos efeitos colaterais diminua com o uso por tempo prolongado (exceto constipação), medidas como titulação de dose e educação do paciente contribuem para melhor adesão e eficácia da terapia medicamentosa. Os autores também indicam algumas diretrizes a serem seguidas no intuito de minimizar os problemas referidos:

- Adicionar à prescrição de opioide um antiemético e laxante no início do tratamento, e orientar hidratação adequada, pois é conhecido que dos efeitos colaterais os mais frequentes são a náusea, vômito e constipação;
- Revisar o restante do tratamento para evitar possíveis interações em caso de uso concomitante de outros medicamentos;
- Avaliar a relação risco/benefício e a adequação da analgesia periodicamente;
- Garantir a adesão do paciente à terapia, compreender motivos para adesão inadequada e encaminhar modificações que se façam necessárias.

Quando se trata de polifarmácia e automedicação, torna-se ainda mais difícil obter segurança no uso de opioides. A ocorrência dessas duas situações é algo multifatorial. O uso de vários fármacos pode trazer somação de seus efeitos benéficos ou adversos, conforme as interações entre eles, incluindo por vezes medicamentos de uso crônico necessários para a estabilização de comorbidades (RODRIGUES, OLIVEIRA, 2016). A automedicação está comumente presente no dia-a-dia de uma grande parcela da população mundial, e conforme os padrões interindividuais de uso automedicado de fármacos para amenizar problemas agudos de saúde, sem os cuidados de um profissional habilitado que possa orientar quanto aos riscos e cuidados que envolvem o seu uso, o paciente coloca-se em maior risco (NASCIMENTO *et al.*, 2017; DIAS *et al.*, 2019).

Define-se farmácia clínica como o conjunto de ações de responsabilidade do farmacêutico promotoras de bem estar do paciente que tangem a identificação, resolução e prevenção de PRMs (VIANA, ARANTES, RIEBIRO, 2017). Embora ainda majoritariamente praticadas em âmbito hospitalar, considerando a característica persistente da DC e os riscos envolvendo o uso de opioides em longo prazo, a atuação do farmacêutico na criação de reações que facilitem a troca de conhecimentos pode contribuir para o aperfeiçoamento da atenção aos pacientes e resultar em benefício clínico no que tange o uso dos medicamentos dentro de parâmetros máximos de eficácia e mínimos de toxicidade (JAMAL *et al.*, 2015).

Partindo da premissa de que a integração do farmacêutico na equipe multiprofissional melhora a atenção ao paciente, aumentando a segurança e a efetividade dos cuidados prestados, é fundamental adotar recomendações para uma prescrição segura no tratamento com opioides para DC, incluindo estratégias de gerenciamento do uso, ferramentas para avaliar o risco de dependência, acompanhamento farmacoterapêutico (AF) do paciente, seleção de opioides com base em seu potencial para causar dependência e opções terapêuticas para pacientes com comportamentos opioides atípicos (FALCÓN, MORERA, 2017).

## **6. INTERDISCIPLINARIDADE**

O presente trabalho é interdisciplinar multiprofissional, no sentido de envolver saúde coletiva, epidemiologia, farmacologia básica e clínica, propondo o elo entre os profissionais das equipes de saúde para melhor qualidade de serviço ao paciente, a exemplo: médico para avaliação do estado de saúde, diagnóstico e acompanhamento, prescrição de medicamentos e terapias integrativas; terapeutas de profissões diversas na prática das terapias como: fisioterapia, acupuntura, atividades físicas; psicólogo no acompanhamento da saúde mental; farmacêutico na atenção farmacêutica e acompanhamento da farmacoterapia. Assim como o meio ambiente, quando orienta-se os pacientes no sentido do descarte correto de sobras de medicamentos ou medicamentos vencidos, bem como pode interferir em sua capacidade de trabalho e interação social, podendo, ainda, a longo prazo, desencadear outras patologias devido ao isolamento social, que por sua vez, pode interferir no curso da dor crônica ou pode desencadear um processo de piora da mesma.

## **7. METODOLOGIA**

### **7.1. Local e tipo da pesquisa**

Essa pesquisa foi realizada na Farmácia Escola (FAE) da Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE), que se trata de uma unidade da Secretaria da Saúde do município de Joinville (SC) responsável por dispensação de medicamentos do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF) por meio de parceria entre o município e a Universidade, atendendo a população pelo SUS.

Este estudo é de natureza qualitativa e quantitativa, descritivo e prospectivo, acerca do seguimento farmacoterapêutico dos pacientes que recebem opioides para tratamento sintomático de DC.

## 7.2. Critérios de inclusão e de exclusão

Foram incluídos na pesquisa os pacientes com idade a partir de 18 anos, independente de etnia, faixa etária e gênero, portadores de dor que estavam em uso de opioides para DC e que aceitaram participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos pacientes que manifestaram retirada do consentimento, ou que não compareceram às consultas com a farmacêutica.

## 7.3. Procedimentos de acompanhamento e de coleta de dados

Foi feita a busca no sistema de dispensação da Assistência Farmacêutica na Farmácia Escola (FAE), de pacientes que estavam em uso crônico (mais de 30 dias) de opioides. Em seguida, às terças e quintas feiras, após a consulta médica cada paciente era convidado a participar da pesquisa e encaminhado para a consulta farmacêutica após a assinatura do TCLE. O período de coleta de dados foi de 24 de novembro de 2020 a 30 de julho de 2021 e a pesquisa em campo foi iniciada unicamente após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade da Região de Joinville (parecer nº 4.392.112 emitido em: 11 de Novembro de 2020).

O acompanhamento farmacoterapêutico deu-se por meio de pelo menos três consultas agendadas paralelamente aos retornos para reavaliação pelo médico, sendo uma consulta por mês. Dentro do fluxo de dispensação dos opioides pela Farmácia Escola, os pacientes foram atendidos pelos médicos especialistas e, em seguida, retiraram os medicamentos na mesma semana na FAE. Assim, alinou-se a consulta de acompanhamento com o momento de dispensação dos medicamentos pela farmacêutica para otimizar a adesão dos pacientes.

Foram registrados os dados sociodemográficos dos pacientes (nome, idade, sexo, estado civil, nível de instrução, renda, ocupação, se possui plano de saúde) e dados acerca dos tratamentos que estavam sendo realizados (medicamentos utilizados, com que finalidade, há quanto tempo, em que dose, forma farmacêutica, se e quando houve ajuste de dose de opioide, avaliação do controle de dor, PRMs, potencial para interações, grau de adesão dos pacientes e uso de medicações analgésicas de resgate (além das prescritas) e de outras formas de manejo da dor.

Além disso, verificou-se o grau de conhecimento que o paciente tinha sobre seu tratamento (nome do medicamento, dose, aprazamento, indicação) e os riscos dos opioides (efeitos adversos e interações) e foram fornecidas orientações sobre a farmacoterapia conforme percebida essa necessidade.

Para verificar o risco de interação, cruzando os medicamentos em pares, foram utilizados os sistemas de verificação: Drugs.com © 2000-2021 e Medscape © 1994-2021.

#### 7.4. Análise dos dados

Os dados foram lançados no programa de tabulação de dados Microsoft® Excel Office 2010 e estão apresentados na forma de análise estatística descritiva para caracterizar a amostra, também foi aplicado o teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson para verificar a associação entre variáveis categóricas.

## 8. RESULTADOS

Foram incluídos 58 pacientes, porém houve 27 exclusões (um paciente estava em condição letárgica induzida por fármacos, sem condições de falar e 26 por perda de seguimento em circunstância da pandemia de Covid 19), sendo 21 (67,7%) mulheres e 10 (32,3%) homens. Dentre os 31 pacientes, 8 (25,8%) possuía plano de saúde e 23 (74,2%) não. Total de 12 pacientes (38,7%) eram casados, 5 divorciados (16,1%), 5 viúvos (16,1%), e 5 solteiros (16,1%), e 4 estavam em união estável (12,9%). Renda de 1-3 salários-mínimos foi apresentada por 24 (77,4%) sujeitos, 4 possuíam renda maior que 3 salários-mínimos (12,9%), enquanto apenas um tinha renda menor que um salário (3,2%) e dois não possuíam renda (6,5%).

Faixas etárias predominantes foram de 41-50 e 51-60 anos, que reuniram 58,0% da amostra. Demais categorias estão apresentadas na tabela 2. O nível de instrução mais encontrado foi o de ensino médio completo (n = 12; 38,7%), seguido pelo fundamental incompleto (n = 8; 25,8%). Apesar da DC vigente, 10 (32,3%) pacientes trabalhavam em ocupações diversas (artesã, operadora de caixa, do lar, auxiliar de produção, motorista de caminhão, atendente de farmácia, pensionista,

agente comunitária de saúde, secretária, empregada doméstica), enquanto 7 (22,6%) chegaram a aposentar-se por invalidez. As dores crônicas mais frequentes foram por traumas (n = 14; 35,0%) e por doenças reumáticas (n = 11; 27,5%) (tabela 2). Todos os pacientes usavam metadona associada ou não a outros medicamentos opioides: 12 (38,7%) com codeína, 4 (12,9%) com tramadol e 2 (6,5%) com morfina. Média de 7,9 anos ( $\pm$  6) de uso de medicação opioide foi encontrada.

**Tabela 2.** Perfil sociodemográfico dos pacientes em tratamento com opioides.

<b>Faixa etária</b>	<b>N (%)</b>
51 – 60	9 (29)
41 – 50	9 (29)
31 – 40	5 (16,1)
61 – 70	4 (12,9)
71 – 80	2 (6,5)
21 – 30	1(3,2)
> 90	1(3,2)
<b>Escolaridade</b>	<b>N (%)</b>
Médio completo	12 (38,7)
Fundamental incomp.	8 (25,8)
Graduação completa	3 (9,7)
Graduação incomp.	2 (6,5)
Médio incomp.	2 (6,5)
Fundamental completo	2 (6,5)
Não alfabetizado	2 (6,5)
<b>Ocupação</b>	<b>N (%)</b>
Aposentados por invalidez	7 (22,6)
Aposentados	7 (22,6)
Afastados	4 (12,9)
Construção civil	3 (9,7)
Artesã	1 (3,2)
Operadora de caixa	1 (3,2)
Do lar	1 (3,2)
Auxiliar de Produção	1 (3,2)
Motorista de caminhão	1 (3,2)
Atendente de Farmácia	1 (3,2)
Pensionista	1 (3,2)
Agente comunitária de saúde	1 (3,2)
Secretária	1 (3,2)
Empregada doméstica	1 (3,2)
<b>Tipos de dor crônica</b>	<b>N (%)</b>
Dor nociceptiva (Traumas)	14 (35)
Dor por doenças reumáticas	11 (27,5)
Dor neuropática	6 (15)
Fibromialgia	5 (12,5)

Cefaléia em salvas	1 (2,5)
Mal de Pott (Infecção na coluna)	1 (2,5)
Dor herpética	1 (2,5)
Dor oncológica	1 (2,5)

A tabela 3 expressa os medicamentos mais prescritos para o tratamento da DC, conforme relatado pelos pacientes na primeira consulta farmacêutica (CF). As classes representantes foram: analgésicos opioides e não opioides, anti-inflamatórios esteroidais e não esteroidais, antidepressivos, antiepilépticos, relaxantes musculares e vitaminas, os quais são indicados para tratamento das causas e alívio dos sintomas da DC. Além dos AO, 26 pacientes (84%) informaram fazer uso de outras classes de medicamento para DC e, 5 (16%) utilizam apenas opioides. E, em uso de corticóide, apenas 6 pacientes (19,3%), em caso de muita dor relacionada a algum processo inflamatório, e os demais 25 (80,7%) não faziam uso.

**Tabela 3. Medicamentos prescritos para tratamento da Dor Crônica.**

Nº de pacientes por medicamento n (%)			
<b>Analgésicos opioides</b>		<b>Analgésicos não opioides</b>	
Metadona	31(100)	Paracetamol	19 (61,3)
Codeína	12 (38,7)	Dipirona	11 (35,5)
Tramadol	4 (12,9)	Caféina	6 (19,4)
Morfina	2 (6,5)	Sumatriptano	1 (3,2)
<b>Antidepressivos</b>		<b>Anti-inflamatórios esteroidais</b>	
Amitriptilina	18 (58,1)	Betametasona	4 (12,9)
Imipramina	3 (9,7)	Prednisona	1 (3,2)
Duloxetina	2 (6,5)	Prednisolona	1 (3,2)
Venlafaxina	1 (3,2)	Dexametasona	1 (3,2)
<b>Antiepilépticos</b>		<b>Anti-inflamatórios (AINES)</b>	
Gabapentina	4 (12,9)	Diclofenaco	6 (19,4)
Carbamazepina	3 (9,7)	Celecoxibe	1 (3,2)
Pregabalina	1 (3,2)	Nimesulida	1 (3,2)
Oxcarbazepina	1 (3,2)	Meloxicam	1 (3,2)
<b>Relaxante muscular</b>		<b>Vitaminas</b>	
Carisoprodol	4 (12,9)	Citoneurin (vit. B6, B1 e B12)	2 (6,5)
Orfenadrina	1 (3,2)	Etna	1 (3,2)

A tabela 4 apresenta os medicamentos para outros problemas de saúde em uso concomitante com os da DC, também informados na primeira consulta. As classes mais prescritas refletem os riscos de interações e EA que estes pacientes

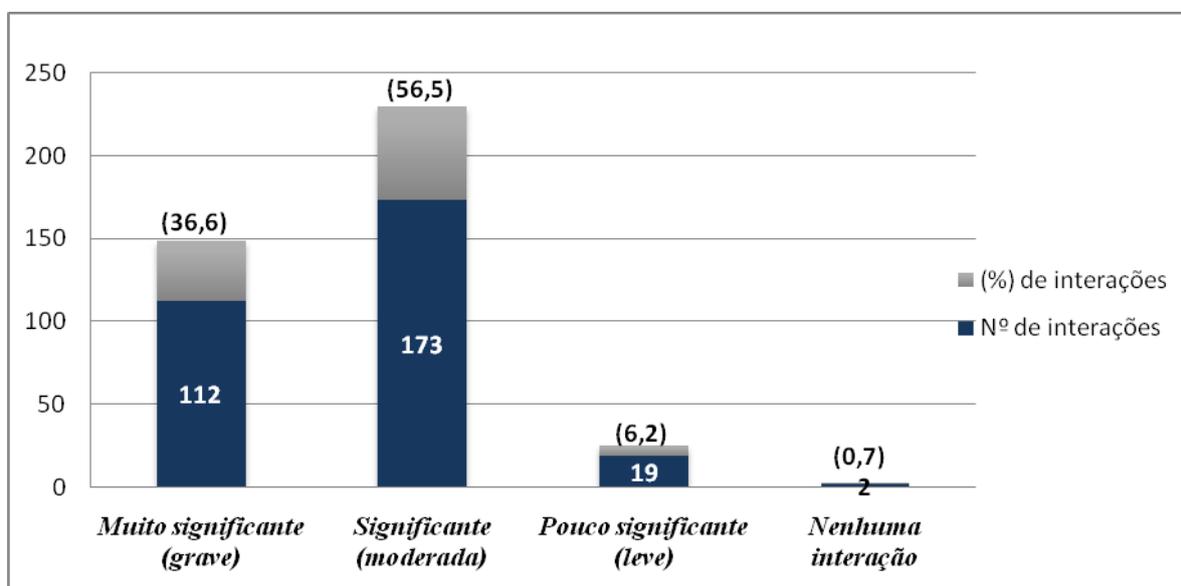
possuem com os seus esquemas medicamentosos, devido aos seus mecanismos de ação que envolvem principalmente o SNC.

**Tabela 4.** Medicamentos em uso concomitante para outros problemas de saúde.

Nº de pacientes por medicamento		
<b>Saúde mental/doenças do sistema nervoso</b>		
Quetiapina	2	Demência
Escitalopram	1	Depressão
Citalopram	1	Depressão
Bupropiona	1	Depressão, Ansiedade
Lítio	1	Estabilizador do humor, Síndrome do pânico
Lamotrigina	1	Epilepsia
<b>Distúrbios do sono</b>		
Clonazepam	6	Insônia, ansiedade, síndrome do pânico
Alprazolam	2	Insônia, ansiedade
Zolpidem	1	Insônia
Levomepromazina	1	Insônia
Diazepam	1	Insônia
<b>Doenças reumáticas</b>		
Cálcio	3	Osteoporose
Vitamina D	2	Osteoporose
Alendronato	1	Osteoporose
Cloroquina	1	Reumatismo
<b>Cardiocirculatório</b>		
Losartana	3	Hipertensão Arterial Sistêmica
Propranolol	2	Hipertensão Arterial Sistêmica
Hidroclorotiazida	2	Hipertensão Arterial Sistêmica
Enalapril	2	Hipertensão Arterial Sistêmica
AAS	3	Circulação sanguínea
Varfarina	1	Circulação sanguínea
Carvedilol	1	Cardiopatía
Digoxina	1	Cardiopatía
<b>Doenças respiratórias</b>		
Formoterol	2	Bronquite crônica
Salbutamol	2	Asma/bronquite
Budesonida	1	Bronquite crônica
Ipratropio	1	Asma/bronquite
Fenoterol	1	Asma/bronquite
<b>Trato gastrointestinal</b>		
Omeprazol	11	Prevenção de gastrite e dor estomacal
Pantoprazol	1	Dor estomacal/refluxo
Esomeprasol	1	Prevenção de gastrite e dor estomacal
Óleo mineral	1	Constipação Intestinal
<b>Outros</b>		
Metformina	4	Diabetes Mellitus
Sinvastatina	3	Dislipidemia
Levotiroxina	2	Hipotireoidismo
Tapazol	1	Hipertireoidismo
Coquetel HIV	1	HIV
Sulfato ferroso	1	Anemia

Dada a grande quantidade de medicamentos (n = 221), em média 7,1 ( $\pm$  4,4) por paciente, foi feita a verificação da ocorrência de potenciais IM entre os medicamentos de cada paciente. Assim, foi encontrada uma média de 9,8 ( $\pm$ 12,27) em um total de 304 interações (Gráfico 1), distribuídas como: “*Altamente significativa clinicamente - Grave*” quando a combinação de medicamentos deve ser evitada, pois o risco da interação supera o benefício para a saúde do paciente; “*Moderadamente significativa clinicamente - Moderada*” quando a combinação de medicamentos deve ser evitada normalmente, podendo ser usada apenas em circunstâncias especiais; “*Minimamente significativa clinicamente - Leve*”, nesse caso se deve avaliar o risco e considerar um medicamento alternativo, tomar medidas para contornar o risco de interação e/ou monitorar.

**Gráfico 1. Quantidade de interação medicamentosa por nível de gravidade.**



Fonte desta imagem: (o autor deste trabalho, 2021)

Um paciente chamou a atenção para a quantidade de interações entre suas medicações, pois o mesmo possuía 18 medicamentos prescritos, para os quais tiveram 58 potenciais interações, distribuídas em: 13 “*Grave*”, 43 “*Moderada*” e 2 “*leve*”.

Ao averiguar quais medicamentos mais apresentaram interações, dentre o total geral de 304, os opioides (metadona, codeína, tramadol e morfina) juntos foram os mais envolvidos nas de maior relevância clínica (90,1%) seguidos dos antidepressivos (amitriptilina, imipramina, duloxetina, venlafaxina, lítio, citalopram, escitalopram, bupropiona e sertralina) com (43,8 %) e antiepilépticos (gabapentina,

carbamazepina, pregabalina e oxcarbazepina) com (10,7%), respectivamente (Tabela 5).

**Tabela 5.** As classes de fármacos mais envolvidas nas interações medicamentosas.

	Opioides n (%)	Antidepressivos n (%)	antiepiléptico n (%)
Muito significativa (Grave)	101 (90,1)	49 (43,8)	12 (10,7)
Significativa (Moderada)	41 (23,7)	64 (37)	27 (15,6)
Pouco significativa (Leve)	0 (0)	1 (5,3)	0 (0)
Total de interações / classe	142 (33,2)	114 (37,5)	39 (12,8)
Total geral das interações	304 (100)		

Na 2º e 3º CF foi verificada a ocorrência de alterações nos esquemas de medicamentos em uso, no intuito de identificar se havia melhora ou piora no estado de dor, se as potenciais IM e EA se mantinham ou não. Evidenciou-se que a maioria manteve a prescrição do primeiro atendimento (Tabela 6), evoluindo para cada vez menos alterações.

**Tabela 6.** Alterações no esquema de medicamentos prescritos na 2ª e 3ª Consulta Farmacêutica.

	Nº de pacientes por tipo de alteração	
	2ª consulta	3ª consulta
	n (%)	n (%)
Sem alteração na prescrição	14 (45,2)	22 (71)
Alteração na posologia	12 (38,7)	2 (9,7)
Inclusão de medicamento	11 (35,5)	2 (6,5)
Suspensão de medicamento	9 (29)	5 (16,1)
Mudança de dose	9 (29)	6 (19,4)
Total de pacientes	31 (100)	

E, quanto à inclusão ou suspensão de algum medicamento, estão dispostas na Tabela 7, onde é possível identificar que no segundo e terceiro atendimento farmacêutico a maioria das alterações se referiam ao tratamento de DC.

**Tabela 7.** Inclusões e suspensões de medicamentos nas prescrições.

2º contato			
Incluídos		Suspensos	
	Quantidade		Quantidade
Amitriptilina (Dor)	2	Paracetamol (Dor)	2
Betametasona (Dor, inflamação)	2	Codeína (Dor)	3
Pregabalina (Dor)	2	Amitriptilina (Dor)	2
Baclofeno (Dor, inflamação)	1	Morfina (Dor)	1

Codeína (Dor)	1	Bupivacaína (Dor)	1
Duloxetina (Dor)	1	Nortriptilina (Depressão)	1
Gabapentina (Dor)	1	Imipramina (Depressão)	1
Paracetamol (Dor)	1	Prednisona (Dor, inflamação)	1
Restiva - adesivo (Dor)	1	Sertralina (Depressão)	1
Tramadol (Dor)	1	Etna (Dor, inflamação)	1
Imipramina (Dor, Depressão)	1	Sumatriptana (Dor)	1
Alprazolam (Insônia)	1		
Bromazepam (Insônia)	1		
Clormipramina (Insônia)	1		
Diazepam (Insônia)	1		
Ezetimiba (Dislipidemia)	1		
Rosuvastatina (Dislipidemia)	1		
Hidroclorotiazida (HAS)	1		
Ácido acetilsalicílico (HAS)	1		
<b>Total</b>	<b>22</b>		<b>15</b>
<b>3º contato</b>			
Lactulose (Constipação intestinal)	1	Carbamazepina (Dor)	2
Metoclopramida (Náusea, vômito)	1	Torsilax (Dor - automedicação)	1
Simeticona (Dor abdominal)	1	Metadona (Dor)	1
<b>Total</b>	<b>3</b>		<b>4</b>

A Tabela 8 mostra o número de potenciais interações entre os medicamentos em uso nos três atendimentos. Os fármacos para dor informados como inclusão na 2ª CF, por ter seu local de ação no SNC, são na maioria os responsáveis pelas IM altamente e moderadamente significativas. Já na 3ª CF a inclusão da Metoclopramida foi responsável por somar uma interação *grave* e 10 *moderadas*, pois ainda que o seu mecanismo de ação não seja totalmente esclarecido, sabe-se que o mesmo faz parte do grupo dos neurolépticos, um antiemético com ação no SNC, dessa forma a possibilidade de interagir com os outros fármacos para DC, também, com ação no SNC é grande.

**Tabela 8.** Interações medicamentosas na 1ª, 2ª e 3ª consulta farmacêutica.

	1ª consulta	2ª consulta		3ª consulta	
		Inclusões	Suspensões	Inclusões	Suspensões
Muito significativa (Grave)	112	6	7	1	9
Significativa (Moderada)	173	27	5	10	12
Pouco significativa (Leve)	19	4	1	2	0
<b>Total</b>		<b>37</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>21</b>
<b>Total geral das interações</b>	<b>304</b>	<b>328</b>		<b>296</b>	

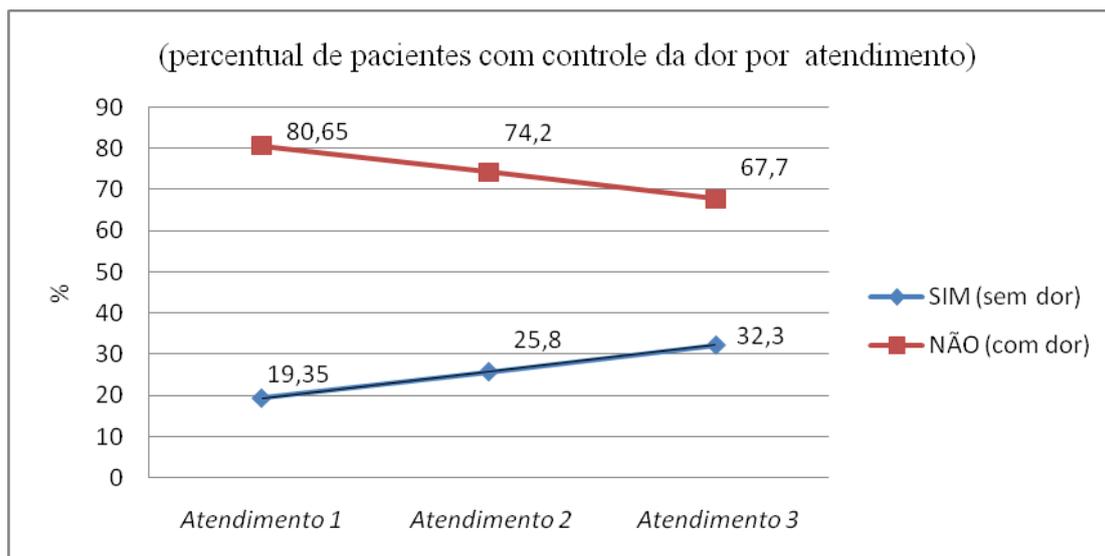
A respeito da administração de medicamentos, 22 pacientes (71,0%) seguiam a posologia conforme prescrito pelo médico, porém, os demais abrangeram pacientes que alteravam a dose por conta própria e modificaram os intervalos entre as doses, tanto para mais como para menos, conforme a dor diminuía ou aumentava. Além disso, um paciente não costumava tomar o medicamento no horário certo por esquecimento, outro não seguia os horários e administrava a dose só se sentisse muita dor para economizar medicamento, em virtude da dificuldade em conseguir uma receita médica devido a redução nos atendimentos médicos por conta da pandemia de Covid 19 (Tabela 9).

**Tabela 9.** Verificação da administração das medicações para dor crônica.

<b>Segue a prescrição médica</b>	<b>N (%)</b>
Sim	22 (71,0)
Não (aumenta a dose conforme a dor aumenta)	2 (6,5)
Não (aumenta a dose conforme a dor aumenta ou administra a dose prescrita mais vezes)	2 (6,5)
Não (aumenta a dose conforme a dor aumenta ou administra a dose prescrita antes do horário)	1 (3,2)
Não (aumenta ou reduz a dose conforme a intensidade da dor. Administra antes ou pula dose conforme presença de dor ou não)	1 (3,2)
Não (reduz a dose conforme a dor reduz)	1 (3,2)
Não (esquece de administrar no horário certo)	1 (3,2)
Não (administra só se muita dor para economizar doses)	1 (3,2)
<b>Total</b>	<b>31 (100)</b>

Sobre a eficácia terapêutica para o controle da dor, a maioria dos pacientes relatou que os medicamentos prescritos não atingiam o completo controle da dor e apenas 6 (19,3%), 8 (25,8%) e 10 (32,3%) disseram que sim, respectivamente às CF 1, 2 e 3 (Gráfico 2).

**Gráfico 2.** Evolução no controle da dor.



Fonte desta imagem: (o autor deste trabalho, 2021)

Mesmo com o uso de AO associados a outras classes de medicamentos para dor, os pacientes referiram sentir dor leve, moderada e forte (Tabela 10). Embora a maioria não tenha alcançado o completo controle da dor, verificou-se nos três atendimentos que apenas uma minoria se automedica na tentativa de obter o alívio da dor, enquanto que a maioria prefere conviver com a dor, evitando aumentar a quantidade de medicamentos em uso e o risco para potenciais EA. Quando questionados acerca da eficácia, a maioria nas três CF sente que precisaria de um opioide mais forte para controlar a dor, para os demais que disseram não precisar, os motivos são por ter a sua dor controlada pelos medicamentos em uso ou por temerem a dependência ao AO. Acerca da necessidade de ajuste de dose, a grande maioria relatou a necessidade de aumentar a dose do opioide, apenas 1 (3,2%), 2 (6,5%) e 2 (6,5%) respectivamente aos atendimentos 1, 2 e 3, acreditam que precisam reduzir. Três (9,6%) dos que sentem necessidade de um opioide mais forte para controle completo de dor, referente à primeira CF, acreditam que não há necessidade de aumento de dose porque possuem intensidade de dor leve após a medicação. Dois pacientes (6,5%), também no atendimento 1, negaram necessidade de um AO mais forte, um referiu que ajuste de dose para mais poderia ser suficiente e, outro atingiu controle adequado de dor, mas os sintomas de abstinência e a dor ressurgem bem antes da próxima dose.

**Tabela 10.** Quantidade de pacientes por percepções do controle de dor.

		1° atendimento	2° atendimento	3° atendimento
		n (%)	n (%)	n (%)
O medicamento prescrito atinge completo controle da dor	SIM	6 (19,4)	8 (25,8)	10 (32,3)
	NÃO	25 (80,6)	23 (74,2)	21 (67,7)
Intensidade da dor após o opioide	Sem dor	6 (19,4)	8 (25,8)	9 (29,0)
	Dor leve	12 (38,7)	9 (29,0)	6 (19,4)
	Dor moderada	9 (29,0)	14 (45,2)	15 (48,4)
	Dor forte	4 (12,9)	7 (22,6)	8 (25,8)
Faz automedicação para dor crônica	SIM	7 (22,6)	6 (19,4)	6 (19,4)
	NÃO	24 (77,4)	25 (80,6)	25 (80,6)
Sente que precisa de opioide mais forte	SIM	22 (71)	20 (64,5)	18 (58,1)
	NÃO	9 (29,0)	11 (35,5)	13 (41,9)
Sente que precisa ajustar a dose do opioide	NÃO	9 (29,0)	13 (41,9)	13 (41,9)
	SIM, (aumentar)	21 (67,7)	16 (51,6)	15 (48,4)
	SIM (reduzir)	1 (3,2)	2 (6,5)	2 (6,5)
	Não sabe dizer, talvez aumentar	0	0	1 (3,2)

Dos que estavam em tratamento de comorbidades concomitante com a DC, 25 (80,6%) dos pacientes relataram fazer tratamento de algum outro problema de saúde, 5 (16,1%) não possuíam doença concomitante e 1 (3,2%) não soube informar se a medicação associada era para DC ou para depressão (Tabela 11). Foi encontrada média de 3 ( $\pm$  1,7) comorbidades, sendo máximo 7 e mínimo 1 por paciente, sendo as mais frequentes: depressão 11 (14,1%), hipertensão arterial sistêmica 9 (12,7%) e insônia 8 (11,3%).

**Tabela 11.** Outros problemas de saúde em tratamento concomitante.

Problema de saúde	N (%)
Depressão	10 (14)
Hipertensão Arterial Sistêmica	9 (13)
Insônia	8 (11,1)
Doença reumática	8 (11,1)
Hipotireoidismo	4 (5,6)
Dislipidemia	4 (5,6)
Ansiedade	4 (5,6)
Cardiopatia	3 (4,2)
Diabetes Mellitus	3 (4,2)
Asma	2 (2,8)
Epilepsia	2 (2,8)
AVC	1 (1,4)
Alergias	1 (1,4)

Anemia	1 (1,4)
Bronquite crônica	1 (1,4)
Câncer de mama	1 (1,4)
Circulação sanguínea	1 (1,4)
Constipação	1 (1,4)
Crise de ausência	1 (1,4)
Dor lombar	1 (1,4)
Dor na coluna	1 (1,4)
HIV	1 (1,4)
Problema na visão	1 (1,4)
Reposição de vitaminas	1 (1,4)
Síndrome do pânico	1 (1,4)
Não sabe informar	1 (1,4)
<b>Total</b>	<b>72 (100)</b>

O tratamento de vários problemas de saúde ao mesmo tempo comumente condiciona o paciente ao uso de vários medicamentos (polifarmácia), o que pode ser traduzido no potencial para ocorrência de EA. Quando questionados se percebiam algum efeito adverso, 19 pacientes (61,3%) responderam que “Sim, sempre”, 8 “Não” (25,8%), 2 “Sim, às vezes” (6,5%) e 2 “Sim, no começo” (6,5%). Sonolência, boca seca, constipação intestinal e náusea foram os mais descritos, e os demais estão indicados na Tabela 12. A variedade de reações adversas chama atenção para a necessidade de acompanhamento para verificar estratégias de manejo.

**Tabela 12.** Efeitos adversos percebidos pelos pacientes.

	<b>N (%)</b>
<b>Percebe sempre</b>	<b>19 (61,3)</b>
Sonolência	5
Boca seca	3
Constipação intestinal	3
Náusea	3
Aéreo	2
Abstinência	2
Depressão	2
Dor de estômago	2
Impotência	2
Amnésia	2
Sudorese	2
Tontura	2
Agressividade	1
Ansiedade	1
Boca amarga	1
Cansaço	1

Coceira	1
Dependência	1
Dificuldade para urinar	1
Dor abdominal	1
Dor nos olhos	1
Falta de atenção	1
Fica dopado se tomar dose mais alta	1
Gastrite	1
Irritabilidade na falta do opioide	1
Letargia	1
Mancha na pele	1
Nervosismo	1
Olho seco	1
Pânico	1
Pesadelos	1
Picos de alerta	1
Queimação no estômago	1
Refluxo	1
Sensação ruim antes de tomar a metadona e demais medicamentos	1
Tremedeira	1
Vômito	1
<b>Percebe às vezes</b>	<b>2 (6,5)</b>
Amnésia	2
<b>Percebeu só no começo</b>	<b>2 (6,5)</b>
Confusão mental	1
Não recorda quais, foi há 22 anos.	1
<b>Não percebe</b>	<b>8 (25,8)</b>
Não	8

Para verificar a presença de potenciais EA dos opioides não relatados pelo paciente, foram listados os efeitos mais conhecidos e descritos em bula, e questionado em que momento ocorria: “antes, no início ou durante o tratamento com opioide. A descrição e quantidades de pacientes que apresentou o EA estão na Tabela 13.

**Tabela 13. Presença de potenciais efeitos adversos de medicamentos opioides**

Efeito adverso	Nº de pacientes por efeito adverso			
	Antes do uso	Somente no início	Durante o tratamento	Não apresentou
Dor de estômago	0	0	15	16
Náusea	0	0	14	17
Vômito	0	0	7	24
Constipação intestinal	6	0	13	12
Dificuldade para urinar *	0	0	5	25
Boca seca	0	1	10	8

Sonolência	0	1	19	11
Dificuldade de concentração	0	1	15	13
Pesadelo	1	2	9	19
Confusão mental	0	2	8	21
Alucinação	0	1	1	29
Irritabilidade	1	1	7	13

\* Uma paciente estava em uso de sonda vesical.

O Quadro 1 apresenta a comparação das quantidades de potenciais EA percebidos pelos pacientes, relatados como efeitos dos opioides e, os outros mais comuns que foram verificados, mas que não sabiam se poderiam estar relacionados com os opioides em uso. Quando comparados os resultados, tem-se que apenas um dos pacientes, que referiu não perceber algum EA, também não apresentava qualquer um dos citados durante a CF. No geral, 8 dos 9 pacientes que disseram não perceber algum EA, quando questionados informaram que apresentavam alguns dos efeitos listados.

**Quadro 1.** Quantidade de potenciais efeitos adversos de medicamentos opioides por nº de pacientes

PERCEBIDOS		VERIFICADOS					
Durante o tratamento		Antes do tratamento com AO		No início do tratamento com AO		Durante o tratamento com AO	
Pacientes	Nº efeito adversos	Pacientes	Nº efeito adversos	Pacientes	Nº efeito adversos	Pacientes	Nº efeito adversos
9	** Não percebe	8	1	6	1	4	1
9	1			1	3	4	2
5	2					2	3
2	3					3	4
2	4					8	5
2	5					2	6
1	6					4	7
1	8					1	8

Apenas uma paciente relatou sentir no início, mas não lembra mais o que sentia, usa há 22 anos.

\*\* Apenas um paciente que relatou não perceber, quando verificado não apresentava potencial efeito adverso.

A respeito do manejo dos EA, quando perguntado se tomavam alguma medida para resolver 22 (71%) responderam que sim, 7 (23%) não e 2 (6%) não souberam responder. Um dos que responderam não, disse que *apenas se tranca em casa e espera o mal estar passar*. Dos que tomam alguma medida 14 (45%), usam medicamento para evitar ou resolver a dor de estômago causada pelo tratamento da DC. Contudo, ainda enfrentam outros EA sem qualquer intervenção para sequer amenizá-los (Quadro 2).

**Quadro 2. Medidas praticadas para resolver efeitos adversos**

	Nº pacientes
Omeprazol (estômago)	4
Omeprazol (estômago), não faz nada para os demais problemas	1
Omeprazol (estômago) e fez endoscopia para investigar gastrite	1
Reduz a dose da metadona (sonolência); faz acompanhamento com psicológico (pesadelos)	1
Omeprazol (estômago), toma bastante água (constipação, boca seca)	1
Omeprazol (estômago) e consulta psicólogo	1
Buscopan (quando dor de estômago) e descansa	1
Omeprazol (estômago), atividades gerais para se manter acordado (sonolência)	1
Toma mais água (constipação)	1
Alimentação adequada e tomar bastante água (constipação)	1
Acompanhamento psicológico	1
Toma leite como laxante para constipação (tem intolerância a lactose); masca chiclet valda (boca seca)	1
Omeprazol (quando dor de estômago)	1
Omeprazol (estômago), Clonazepam (ansiedade)	1
Domperidona (estômago)	1
Omeprazol (estômago), alimentos com fibras (constipação)	1
Deslanzoprazol e pastilha antiácida (dor de estômago)	1
Fibras (constipação)	1
Laxante e água (Constipação)	1
Total	22

É conhecido que o uso por tempo prolongado de opioides pode desencadear inúmeras alterações no organismo como tolerância, síndrome de abstinência e dependência e outras alterações fisiológicas. Então, no intuito de conhecer o perfil de uso dos AO desses pacientes, procurou-se saber o tempo de uso dessa classe medicamentosa. O tempo de cada paciente variou bastante em relação aos demais, alterando de 0,5 a 24 anos (Tabela 14), mas a maioria 30 (97%) tem a partir de 1 ano de uso, mas quando agrupados por período, percebe-se que a maioria 17 (54,8%) já faz uso há mais de 5 anos e, apenas 1 (3%) tem 6 meses de uso. Também, 29 (93,5%) pacientes informaram ter feito uso de algum AO antes do tratamento atual, e 2 (6,5%) não.

**Tabela 14. Tempo de uso dos analgésicos opioides no tratamento atual**

Nº paciente	Metadona	Morfina	Codeína	Tramadol	Pacientes (n)/Período
1	24 anos	*	24 anos	*	> 20 anos (3)
1	22 anos	*	*	*	
1	21 anos	*	4 anos	*	

1	15 anos	*	*	*	13 a 15 anos (3)
1	14 anos	*	14 anos	*	
1	13 anos	*	*	13 anos	
2	10 anos	*	10 anos	*	6 a 10 anos (11)
1	9 anos	*	*	*	
1	5 anos	*	8 anos	*	
1	7 anos	*	*	<6 meses	
2	7 anos	*	*	*	
3	6 anos	*	*	*	
1	6 meses	6 anos	6 meses	*	
2	5 anos	*	*	*	1 a 5 anos (13)
1	5 anos	*	*	< 6 meses	
1	4 anos	4 anos	4 anos	4 anos	
1	4 anos	*	4 anos	*	
3	4 anos	*	*	*	
1	2 anos	*	2 anos	*	
3	2 anos	*	*	*	
1	1 ano	*	*	*	
1	6 meses	*	6 meses	*	< 1 ano (1)

Também, buscou-se saber os principais motivos de ajuste de dose realizados nos medicamentos para DC no tratamento atual e nos opioides utilizados anteriormente, como resultado da TM em curso, o aumento da dor e tolerância foram a maioria com 29% cada um (Tabela 15). Já os do tratamento anterior, 23 (74%) pacientes não tiveram ajuste nas medicações, 4 (13%) dos que tiveram ajuste 2 (6,5%) foi aumento da dor, 1 (3%) por aumento de dor e tolerância e 1 (3%) por tolerância ao medicamento, os outros 4 (13%) não lembram.

**Tabela 15. Pacientes por motivo do ajuste de dose**

	n (%)
Aumento de dor	9 (29)
Tolerância	9 (29)
Superdose	3 (10)
Subdose	1 (3)
Redução da dor	1 (3)
Não relatado	1 (3)
Sem ajuste	7 (23)
Soma	31 (100)

Foram encontradas associações estatisticamente significativas entre necessidade de um AO mais forte com nível de dor e, com percepção do controle de dor dos pacientes (Tabela 16).

**Tabela 16. Associação entre as variáveis de percepção de dor e adequação da farmacoterapia**

	Valor - p
Necessidade de ajuste de dose Necessidade de opioide mais forte	0,054
Necessidade de ajuste de dose Controle da dor	0,141
Necessidade de ajuste de dose automedicação	0,551
Necessidade de opioide mais forte automedicação	0,329
Necessidade de opioide mais forte Nível de dor	*0,003
Controle da dor Automedicação	0,7
Controle da dor Necessidade de opioide mais forte	*0,001

\* Diferença estatisticamente significativa entre as variáveis com  $p < 0,05$ .

Quando perguntados sobre orientações recebidas do prescritor a respeito da farmacoterapia para DC, 17 pacientes (54,8%) informaram ter recebido alguma informação/orientação, 13 (41,9%) não receberam e 1 (3,2%) não lembrava se recebera alguma. Dentre os pacientes que afirmaram ter sido orientados, 5 (16,1%) não se lembravam mais das orientações médicas. As informações/orientações fornecidas pelo médico estão detalhadas na tabela 17.

**Tabela 17. Orientações médicas sobre os medicamentos opioides para dor crônica**

Orientações Médicas	N (%)	
Sem orientação	Não recebeu orientação	13 (41,9)
	Sim, mas não lembra das orientações	5 (16,1)
	Não lembra se recebeu	1 (3,2)
Sim (risco de efeito adverso, mas a prioridade é o alívio da dor)	1 (3,2)	
Sim (risco de dependência e cuidados no armazenamento)	1 (3,2)	
Sim (risco de dependência e constipação)	1 (3,2)	
Sim (poderia sentir secura na boca, náusea, dor de estômago)	1 (3,2)	
Sim (risco de dependência, dor de estômago, náusea, queda de cabelo, anorexia)	1 (3,2)	

Sim (o médico explicou os riscos e o paciente leu a bula)	1 (3,2)
Sim (o médico falou alguma coisa, mas não foi claro)	1 (3,2)
Sim (risco de constipação extrema, náusea e aceleração cardíaco pela morfina)	1 (3,2)
Sim (pode causar constipação e ansiedade)	1 (3,2)
Sim (tomar a metadona após se alimentar para evitar dor de estômago)	1 (3,2)
Sim (desde o começo o médico explicou os riscos)	1 (3,2)
Sim (tomar menos para não agredir o estômago)	1 (3,2)
<b>Total</b>	<b>31 (100)</b>

Do risco de dependência, 23 (74%) sabiam do risco de dependência aos opioides porque foram informados pelo médico e/ou leram na bula, 8 (26%) não conheciam o risco.

A respeito de queixas dos outros medicamentos para DC não opioides, 18 (58%) pacientes se mantiveram sem queixa nos 3 atendimentos, 4 (13%) se queixaram nos 3, 3 (10%) no segundo e terceiro, 3 (10%) apenas no segundo, 2 (6,5%) apenas no primeiro e, 1 (3%) no terceiro atendimento não soube dizer quais medicamentos causavam os EA (Quadro 3).

<b>Quadro 3. Queixas sobre outros medicamentos para dor</b>		
<b>1º atendimento</b>		
Sim	Imipramina	Pânico
Sim	Imipramina	Impotência sexual
Sim	Dipirona	Dor ou incômodo no estômago
Sim	Clonazepam	Dependência
Sim	Amitriptilina	Sonolência
Sim	Ketamina	vômito, alucinação
<b>2º atendimento</b>		
Sim	Omeprazol	Osteoporose*
Sim	Imipramina	Boca seca*
Sim	Indefinido	Amnésia, vários micro AVC's de causa desconhecida. *
Sim	Clonazepam	Abstinência*
Sim	Venlafaxina	Vertigem*
Sim	Indefinido	Dor estômago
Sim	Clonazepam	Aminésia, dor de estômago e falta de apetite
Sim	Metadona + amitriptilina	constipação intestinal, dificuldade para urinar, pedra no rim
Sim	Indefinido	Insônia
Sim	Indefinido	Constipação intensa, apesar de comer mamão.
<b>3º atendimento</b>		
Sim	Omeprazol	Osteoporose*
Sim	Imipramina	Boca seca*
Sim	Indefinido	Amnésia, vários micro AVC's de causa desconhecida. *
Sim	Clonazepam	Abstinência*
Sim	Venlafaxina	Vertigem*
Sim	Amitriptilina	amnésia, pesadelo, câimbra

<b>Quadro 3. Queixas sobre outros medicamentos para dor</b>			
Sim	Escitalopram	Mal estar, falta de apetite, perda de peso.	
Não sabe dizer	Não consegue definir qual medicamento causa.		
<b>Total geral das queixas</b>			
	n (%)	n (%)	n (%)
Atendimento	<b>Não</b>	<b>Sim</b>	<b>Não sabe dizer</b>
1º	25 (81)	6 (19)	*
2º	21 (68)	10 (32)	*
3º	23 (74)	7 (23)	1 (3)
* Obs.: algumas das queixas se repetem entre os atendimentos, por não ter sido resolvida, pois o paciente continua em uso do medicamento causador.			

Além da TM, outras terapias para amenizar a DC foram descritas por 20 pacientes (64,5%). Média de 1,6 ( $\pm$  0,99) terapias por paciente foi observada, incluindo fisioterapia (n = 12; 37,5%), acupuntura (n = 5; 15,6%) como as mais frequentes. Um paciente (3,2%) declarou ter recebido contra indicação para tratamentos alternativos por possuir prótese e não poder fazer esforço físico. Detalhamento das demais terapias adotadas se encontra nas Tabelas 18 e 19.

**Tabela 18.** Terapias no tratamento da dor crônica relatadas.

<b>Terapias</b>	<b>N (%)</b>
Fisioterapia	20 (62,4)
Acupuntura	5 (15,6)
Caminhada	3 (9,4)
Acompanhamento psicológico	1 (3,1)
Alongamentos	1 (3,1)
Estratégia de distração (criação de galinhas)	1 (3,1)
Hemoterapia	1 (3,1)
<b>Total</b>	<b>32 (100)</b>

**Tabela 14.** Distribuição das terapias no tratamento da dor crônica conforme indicações profissionais.

**Indicação médica**

Acupuntura, fisioterapia (por 1 ano)
Fisioterapia (por 8 anos, não foi eficaz)
Fisioterapia (por 1 ano)
Fisioterapia (por 2 anos, ajudou a andar novamente)
Fisioterapia (aumentar a dor)
Fisioterapia (por 10 a 20 dias)
Faz compressa e usa joelheira (alivia rápido)
Alongamentos (somente alivia, mas depois piora a dor); Fisioterapia (não resolve e aumenta a dor)
Fisioterapia (hidroterapia), acupuntura, mas não ajuda na dor.
Fisioterapia

Caminhada
Fisioterapia (hidroterapia) (há 5 anos), diclofenaco pomada, pomada para cavalo, acupuntura (há 2 anos)
Acupuntura e caminha, mas não consegue, pois dói muito
A cada 4 anos faz 70 sessões de fisioterapia para ajudar no controle de dor
Fisioterapia (3 vezes/semana, mas sem efeito desde que iniciou, há 4 anos)
<b>Indicação de outro profissional de saúde</b>
Acupuntura (por 2 meses, mas não foi eficaz), Hemoterapia (por 1 ano, auxiliou o controle de dor)
Fisioterapias (Hidroterapia, cinesioterapia, eletroterapia, osteopatia) desde 2005
<b>Indicação própria</b>
Estratégia de distração (criação de galinhas)
Caminhada (há 1 ano)
<b>Outros</b>
Faz acompanhamento psicológico (há 1 ano)

Da satisfação com a sua TM, a maioria dos pacientes disse que estava satisfeito (Tabela 19). No entanto, na primeira CF 2 dos pacientes, ainda que satisfeitos, gostariam de um medicamento mais eficaz e, um paciente gostaria de acompanhamento médico por necessidade de ajuste dos medicamentos para melhor controle da dor. Na segunda consulta, nenhum dos satisfeitos relatou necessidade de melhorias em sua TM. Já na terceira consulta, 2 outros pacientes, dentre os satisfeitos, gostariam de melhorar algo em suas medicações, um acredita precisar de dose maior do opioide e o outro de um medicamento mais forte para dor.

**Tabela 20. Satisfação dos pacientes com a terapia medicamentosa**

	<b>1º Consulta</b>	<b>2º Consulta</b>	<b>3º Consulta</b>
<b>Satisfeito</b>	n (%)	n (%)	n (%)
Sim	20 (64,5)	26 (83,9)	24 (77,4)
Não	6 (19,4)	5 (16,1)	7 (22,6)
Não responderam	5 (16,1)	0	0
Total	31 (100)		

A respeito dos pacientes insatisfeitos, ao serem questionados sobre o que poderia melhorar em seu tratamento para DC, a maioria relatou que precisa melhorar os medicamentos prescritos, pois ainda sentem dor mesmo com o uso dos medicamentos. Apenas uma paciente relatou necessidade de um melhor acompanhamento médico nas três consultas (Quadro 4).

**Quadro 4.** Relato dos pacientes sobre o que poderia melhorar no seu tratamento da Dor Crônica

<b>1ª consulta</b>
Se tivesse algo melhor eu gostaria. Gostaria de um medicamento único para tudo que sinto, e deixar de tomar tanto medicamento.
Poderia melhorar o tratamento.
Ainda sinto muita dor.
Ainda sinto dor, mesmo usando o medicamento.
Acompanhamento médico mais adequado. *
Gostaria que fosse melhor. Talvez um medicamento mais forte e com menos efeito adverso. Ainda sinto muita dor.
<b>2ª consulta</b>
Precisa melhorar o tratamento.
Gostaria de um medicamento que passe a dor.
Gostaria que fosse melhor.
Ainda sinto muita dor.
O acompanhamento médico precisa ser mais adequado. *
<b>3ª consulta</b>
Vou conversar com o médico para ele revisar a prescrição.
Às vezes tomo 0,5 comprimido a mais de METADONA, mas tenho medo de causar algum problema.
Precisa melhorar o tratamento.
Ainda sinto dor.
Mesmo com o aumento da dose ainda sinto muita dor, que piora no frio.
Precisa de um melhor acompanhamento médico. *
Ainda sinto dor. Tentei com o médico o uso de bomba de MORFINA, mas o SUS não fornece.

\* A mesma paciente nas três consultas.

Acerca de dúvidas que os pacientes tinham sobre os medicamentos, apenas 2 (6,5%) queriam saber sobre os efeitos da metadona, um queria saber se tem risco de morte, assim, foi orientado a seguir a prescrição e orientação médica, pois em caso de dose excessiva dos AO pode levar a danos à saúde, incluindo overdose podendo levar ao óbito. O outro queria saber se tem risco de dependência, a orientação dada a este foi que os AO podem desencadear dependência física e psíquica, mas é importante conversar com o seu médico, em caso de apresentar sintomas, para que sejam feitas adequações na TM com a finalidade de reduzir os problemas com a medicação. Já os outros 29 (93,5%) disseram que já usam há muito tempo, não tendo mais dúvidas, pois as que tinham esclareceram com o médico.

Quanto à posologia do opioides, duração do tratamento: 31 (100%) informaram uso contínuo por tempo indeterminado; administração: a maioria 24 (77,4%) com água, 4 (12,9%) com água ou suco e 3 (9,7%) com água, suco ou alimento; interação: 31 (100%) desconheciam se havia alguma interação com

alimento ou entre os medicamentos; via de administração: 31 (100%) pela via oral e, apenas uma paciente informou, também, fazer uso sublingual de metadona, mas somente quando muita dor, por orientação médica.

A respeito da destinação dos resíduos de medicamentos (sobras ou vencidos), a maioria 15 (48,4%) tinha conhecimento da importância da destinação correta (levam à farmácia ou posto de saúde), porém 12 (38,7%) costumavam descartar em lixo comum, 2 (6,5%) em vaso sanitário ou pia, uma paciente informou que costuma macerar e jogar nas plantas para deixá-las bonitas e, 1 (3%) não informado. Para todos os pacientes foi ressaltada a importância da destinação adequada com o fim de evitar a contaminação do meio ambiente e, que em caso de dificuldade de encontrar um local que recolha próximo à sua residência, poderiam levar ao posto de saúde da sua região, ou na própria FAE que faz o recolhimento dos mesmos.

## **9. DISCUSSÃO**

O presente estudo apresentou uma amostra relativamente pequena de 31 pacientes, os principais motivos que influenciaram o tamanho da mesma foram pelo local da pesquisa que restringe a quantidade de pacientes em uso de opioides para DC, dispensando apenas dois tipos de opioides, e nas seguintes apresentações: Metadona 5 mg e Morfina, Sulfato, 10 mg/mL, solução oral - frasco 60 mL, devidamente prescritas por especialistas em receituário do SUS. As informações obtidas a respeito dos demais AO em uso, foi por meio de prescrições apresentadas ou pelos relatos dos pacientes. Outro motivo foi as dificuldades, principalmente, em decorrência da pandemia de Covid 19, pois um dos requisitos para participar da pesquisa foi a assinatura do termo de consentimento, mas uma grande parcela dos pacientes que trata DC ,também, possui outros problemas de saúde que os coloca em grupo de risco para a COVID 19, logo, não foi possível a obtenção da assinatura pela dificuldade de conversar pessoalmente e explicar sobre a pesquisa. Outro meio de obter o consentimento foi via telefone, mediante a gravação da ligação, mas não teve muita aceitação por parte dos pacientes.

Embora as limitações, os resultados obtidos demonstram a importância do acompanhamento farmacoterapêutico desses pacientes. Do perfil encontrado os

mais prevalentes foram: mulheres (n = 21; 67,7%), sem plano de saúde (n = 23; 74,2%) que dependia unicamente do SUS, casados (n = 12; 38,7%); renda de 1 a 3 salários-mínimos (n = 24; 77,4%); faixa etária predominante foi de 41 a 60 anos, que reuniram 58,0% da amostra. Perfil parecido foi encontrado no estudo de Cunha e Mayrink (2011) sobre DC e QV, e no de Postin *et al.* (2021) sobre educação em dor de pacientes com DC, maioria mulher, casados, escolaridade ensino médio e fundamental e faixa etária predominantes de 40 a 60 anos. Já, Aguiar *et al.* (2021) sobre a prevalência de DC no Brasil, apresenta um perfil populacional nacional mais heterogêneo.

A quantidade de pacientes, desse estudo, que precisou ser afastada das atividades laborais foi de 35,5%, juntando aposentados por invalidez e afastados, demonstrando o quanto a DC pode ser incapacitante. Souza e colaboradores (2017), em seu estudo sobre o perfil de resiliência na DC apresentaram uma frequência de 69,8% de pessoas afastadas por causa da dor. Embora não quantifiquem sua população estudada, Siqueira e Morete (2014) apresentaram em seu estudo os aspectos psicológicos envolvidos na incapacitação de quem sofre com DC.

Os tipos mais frequentes de DC variam muito conforme a região de realização da pesquisa, no presente estudo foi por traumas 35,0% e por doenças reumáticas 27,5%. No de Cunha e Mayrink (2011) no Maranhão, as dores por doenças reumáticas foram as mais frequentes (62%). No estudo de Vasconcelos e Araújo (2018), sobre a Prevalência de DC no Brasil, teve maior prevalência na região dorsal/lombar.

Os opioides são analgésicos empregados para tratamento de várias síndromes dolorosas, mas a prescrição dessa classe deve seguir protocolos que visem minimizar os riscos que estes têm para a saúde do paciente. Todos os pacientes deste estudo estavam em uso de metadona associada ou não a outros AO, codeína (38,7%), tramadol (12,9%) e morfina (6,5%) e, uma média de 7,9 anos ( $\pm 6$ ) de uso de medicação opioide foi encontrada. Uma paciente, com diagnóstico de fibromialgia, estava em uso de 3 doses ao dia de metadona + codeína + paracetamol + pregabalina tomados juntos, intercalava com o tramadol + duloxetina + dipirona juntos, 2 doses diárias (a última automedicação), e toda semana procurava o hospital para tomar morfina e, dos ajustes de dose ao longo do tratamento o motivo relatado foi aumento da dor, não referiu tolerância. Há um grande temor no uso prolongado de opioides porque, apesar de promover excelente

efeito analgésico, há aumento substancial do risco da principal complicação, a dependência (NASCIMENTO E SAKATA, 2011).

Kraychete e Sakata (2012) citam que o uso de opioides potentes é controverso e não são recomendados como medicamentos de primeira linha pela possibilidade de dependência física e psíquica. E ainda, citam que múltiplos investigadores mostraram a prevalência de abuso em 18 a 41% dos pacientes que tratam a DC com opioide. O consumo de AO tem aumentado no Brasil, e é importante reconhecer que trazem benefícios ao paciente, mas é necessário, também, compreender que o uso contínuo envolve riscos que vão além da dependência e síndromes de abstinências severas, pois comumente são associados a morbimortalidade. E, algumas medidas como cuidados com a titulação, ajustes individuais e redução gradual podem auxiliar para um uso seguro contribuindo para a redução de danos (COLUZZI *et al.*, 2016; MELLO e FUJII, 2020).

Os resultados para os medicamentos mais prescritos neste estudo condizem com o indicado no protocolo de DC que tem como base a escada da dor para prescrição do tratamento mais adequado conforme o tipo de dor do paciente (BRASIL, 2012), (KRAYCHETE E SAKATA, 2012; HENNEMANN-KRAUSE e SREDNI, 2016). As classes mais prescritas foram: analgésicos opioides e não opioides, anti-inflamatórios esteroidais e não esteroidais, antidepressivos, antiepiléticos e relaxantes musculares, os quais são indicados para tratamento das causas e alívio dos sintomas da DC.

Quando somados aos medicamentos para outros problemas de saúde em uso concomitante, aumenta o risco de ocorrência de interações e EA, pois a polifarmácia normalmente apresenta essas possibilidades. E, dentre esses outros estão fármacos para saúde mental (antidepressivos, antiepiléticos, antipsicóticos atípicos), distúrbios do sono (benzodiazepínicos, fenotiazina, hipnótico não benzodiazepínico), doenças reumáticas (osteoporose e artrite), doenças do sistema cardiocirculatório (anti-hipertensivos, anticoagulantes, antidiurético, antiarrítmico, cardiotônico), doenças respiratórias (broncodilatadores e glicocorticoide), distúrbios do trato gastrointestinal (inibidores da bomba de prótons) e outros: antiglicêmicos, estatina, levotiroxina, antirretrovirais. Sendo várias classes envolvidas, é compreensível o grande número de potenciais interações e EA encontrados. Pois, a IM potencial ocorre quando um fármaco modifica a intensidade dos efeitos farmacológicos de outro, aumentando ou diminuindo o resultado esperado da farmacoterapia, sendo mais frequente na

presença de polifarmácia (YUNES, COELHO e ALMEIDA, 2011; ALVIM *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2021).

Para esse estudo teve um total de 304 ocorrências de potenciais IM, com média de 9,8 ( $\pm 12,27$ ), distribuídas em 56,5% moderadas, 36,6% graves e 6,2% leves referente a 221 medicamentos prescritos, em média 7,1 ( $\pm 4,4$ ) por paciente. No estudo de Cortes *et al.* (2019), em 244 prescrições foram identificadas 846 IM potenciais para um grupo de 60 pacientes, dentre os quais 54 apresentavam “polifarmácia excessiva”. O estudo de Santos *et al.* (2021) apresentou um grande número de IM potenciais (n = 913) referente a 1717 medicamentos prescritos, numa população com 97,1% de “polifarmácia excessiva” com uma mediana de 7 IM por prescrição. Um paciente, do presente estudo, chamou a atenção para a quantidade de interações e medicamentos prescritos (n = 18), pois foram 58 ocorrências, distribuídas em: 13 “Grave”, 43 “Moderada” e 2 “leve”.

As IM envolvem os mecanismos de ação, local de ação e metabolismo dos fármacos (KRAYCHETE *et al.* 2013; HENNEMANN-KRAUSE e SREDNI, 2016), nas prescrições da primeira CF os opioides (metadona, codeína, tramadol e morfina) foram os mais envolvidos nas de maior relevância clínica com uma frequência de 90,1%, seguidos dos antidepressivos (amitriptilina, imipramina, duloxetina, venlafaxina, lítio, citalopram, escitalopram, bupropiona e sertralina) com 43,8% e antiepilépticos (gabapentina, carbamazepina, pregabalina e oxcarbazepina) com 10,7%. O mecanismo de ação desses medicamentos acontece principalmente no SNC, metabolismo hepático e excreção renal, então muito facilmente irão interagir entre si. Com a inclusão e suspensão de alguns medicamentos, verificados na 2ª e 3ª CF ficou ainda mais evidente a ocorrência da potencial IM. Na segunda consulta, embora tenham sido suspensos 13 fármacos, 37 novos foram incluídos, dentre os quais estavam opioides e antidepressivos, elevando o total de potenciais IM de 304 para 328. Já na terceira, a quantidade suspensa foi maior (n = 21) e a inclusão foi menor (n = 13), resultando em 296 IM, dentre esses teve a inclusão para um paciente de metoclopramida que sozinho o fármaco foi responsável por somar uma interação grave e 10 moderadas em potencial, pois ainda que o seu mecanismo de ação não seja totalmente esclarecido, sabe-se que o mesmo faz parte do grupo dos neurolépticos, um antiemético com ação no SNC, podendo interagir com os outros fármacos para DC com o mesmo local de ação.

Dentre as principais reações das IM que podem acontecer tem-se a neurotoxicidade, déficits psicomotores, danos cerebrais, fraqueza muscular, discinesias, diminuição ou aumento da concentração plasmática do medicamento e/ou da sua eficácia. Aumentando, assim, o risco de ineficácia do fármaco, gerando consequências graves ao paciente. Tem sido cada vez mais interesse da psicofarmacologia a ocorrência de IM e suas implicações clínicas, pois a polifarmácia é prática frequente nas psicopatologias com aumento progressivo (BALEN *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2019).

A respeito de eficácia terapêutica no controle da DC, a maioria dos pacientes relatou que não atingiram o completo controle da dor, apenas 19,3%, 25,8% e 32,3% disseram que sim, respectivamente na CF 1, 2 e 3. Além de todos os cuidados profissionais já citados aqui, também é de grande importância que o paciente faça uso responsável, da farmacoterapia, caso contrário, pode resultar na ineficácia medicamentosa com recorrência da dor e necessidade de mais medicamentos associados, incluindo a automedicação que, por sua vez, gera mais problemas para a saúde por conta do uso sem a devida orientação e conhecimento dos riscos relativos ao fármaco (KRAYCHETE e SAKATA, 2012).

Quanto à administração de medicamentos, a maioria (71,0%) seguia a posologia conforme prescrito pelo médico, porém, os demais abrangeram pacientes que alteravam a dose por conta própria e modificavam os intervalos de administração tanto para mais como para menos conforme a dor diminuía ou aumentava. Um paciente não costumava tomar o medicamento no horário certo por esquecimento, um não seguia os horários e administrava a dose só se sentisse muita dor para economizar medicamento, em virtude da dificuldade em conseguir uma receita médica por conta da pandemia da COVID 19. E, poucos disseram fazer uso de automedicação nos 3 atendimentos, 7 (22,6%), 6 (19,4%) e 6 (19,4%). Apesar desses impasses, observou-se uma evolução no controle da dor desses pacientes, 19,4%, 25,8% e 32,3% respectivamente à CF 1, 2 e 3, apresentaram completo controle da DC, que pode estar relacionada às alterações na prescrição ocorridas ao longo dos 3 atendimentos. No estudo de Barros *et al* (2019), foi encontrado um total de 78,4% pacientes portadores de DC com automedicação analgésica, como provável consequência da falta de um esquema terapêutico adequado e eficaz para DC. Sobre a automedicação no Brasil, Arrais *et al.* (2016), cita uma prevalência de 16,1%, sendo maior na região Nordeste.

A respeito dos EA, 19 pacientes (61,3%) informaram que apresentam sempre, 8 (25,8%) não, 2 (6,5%) às vezes e 2 (6,5%) somente no começo. E, os mais relatados foram sonolência, boca seca, constipação intestinal e náusea. Quando verificado a presença de potenciais EA percebidos pelos pacientes, mas que não sabiam se poderiam estar relacionados com os opioides em uso, apenas um paciente, que referiu não perceber algum EA, também não apresentava qualquer um dos mais comuns listados durante a CF. E, 8 dos 9 pacientes que disseram não perceber algum EA, quando questionados informaram que apresentavam alguns dos efeitos listados. E, sobre o manejo dos EA, quando perguntado se tomavam alguma medida para resolver, 22 (71%) respondeu que sim, 7 (23%) não e 2 (6%) não soube responder. Um dos que responderam não, disse que *apenas se tranca em casa e espera o mal estar passar*. Dos que tomam alguma medida, 14 (45%) usa medicamento para evitar ou resolver a dor de estômago causada pelo tratamento da DC. Contudo, ainda enfrentam outros EA sem qualquer intervenção para sequer amenizá-los.

Normalmente, os motivos para não associar os EA aos medicamentos em uso são a falta de conhecimento a respeito dos riscos inerentes à sua farmacoterapia e/ou por utilizarem muitos medicamentos ao mesmo tempo, tornando difícil distinguir qual deles seria o responsável pelo EA. Demonstrando, assim, a falta de esclarecimentos que os pacientes possuem quanto aos riscos que implica a TM com opioides, as orientações necessárias e manejos para a minimização dos EA. Balen *et al.* (2017) ressalta, em seu estudo, a importância da prescrição da TM ser feita por um profissional especialista que tenha conhecimento para o manejo adequado da potenciais IM e EA. E, Bosetto, Silva e Peder (2020) comentam sobre os profissionais de saúde que especialistas ou não, devem estar cientes das possíveis IM para que possam manejar possíveis EA relacionados às associações de risco. Ainda, o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes polimedicados pode evitar problemas relacionados ao uso dos vários medicamentos.

O uso por tempo prolongado de opioides pode desencadear inúmeras alterações no organismo como tolerância, síndrome de abstinência e dependência e outras alterações fisiológicas (NASCIMENTO e SAKATA, 2011; HENNEMANN-KRAUSE e SREDNI, 2016). O tempo de uso de cada paciente variou bastante em relação aos demais, indo de 0,5 a 24 anos, a maioria 17 (54,8%) já faz uso há mais de 5 anos e, apenas 1 (3%) tem 6 meses de uso. Também, 29 (93,5%) pacientes

informaram ter feito uso de algum AO antes do tratamento atual. Sendo assim, buscou-se investigar os principais motivos de ajuste de dose realizados nos medicamentos para DC, tanto no tratamento atual como nos utilizados anteriormente e, foi encontrado aumento da dor e tolerância na TM em curso, como maioria 29%, cada um. Já os da TM anterior, 23 (74%) não relataram ajustes nas medicações, 4 (13%) dos que tiveram ajuste 2 (6,5%) foi por aumento da dor, 1 (3%) por aumento de dor e tolerância e 1 (3%) por tolerância, os outros 4 (13%) não lembram.

Quanto às informações que os pacientes tinham a respeito dos opioides, quando perguntados sobre orientações recebidas do prescritor a respeito da farmacoterapia para DC, 61% deles informou não ter qualquer orientação sobre cuidados na administração e possíveis efeitos adversos e, 23 (74%) sabiam do risco de dependência dos opioides porque foram informados pelo médico e/ou leram na bula, 8 (26%) não conheciam o risco. Pinto *et al.* (2016), em seu estudo sobre a compreensão da farmacoterapia entre idosos encontrou uma maioria de 51,1% dentre os 227 entrevistados com compreensão insuficiente e concluiu que esta pode comprometer o uso racional de medicamentos gerando problemas de efetividade e segurança. Por outro lado, mesmo que o conhecimento da medicação seja um componente importante do uso apropriado desta, a baixa frequência de conhecimento entre os pacientes pode ser explicado, em parte, pelo fato dos profissionais não descreverem essas informações por temerem a não adesão à farmacoterapia, pois ao saberem dos EA ficam com medo de utilizar os medicamentos, e é possível que ocorra uma influência psicológica culminando em efeito nocebo o que, conseqüentemente, poderia gerar abandono do tratamento (CHAN *et al.*, 2013; PINTO *et al.*, 2016; ALVES *et al.*, 2021). Assim, o acompanhamento é relevante no sentido de permitir educação continuada em saúde, orientando os pacientes para o uso racional de medicamento, manejo dos EA para redução dos riscos, contribuindo para a adesão à TM e, no estabelecimento de outro elo de comunicação com a equipe multiprofissional.

Ao verificar se tinham alguma queixa dos outros medicamentos não opioides para DC, 18 (58%) pacientes se mantiveram sem nenhuma nos 3 atendimentos, os demais referiram EA principalmente dos antidepressivos, e em mais de um atendimento. SHAROVSKY *et al.* (2013) encontraram em seu estudo, 100% de não adesão persistente em pacientes com TM para depressão, e os principais motivos foram a ocorrência de EA dos antidepressivos, medo da dependência e a

necessidade de uso contínuo para o resto da vida. Aqui, novamente é apontada a questão discutida anteriormente, a necessidade do acompanhamento e orientação desses pacientes.

Além da TM, outras terapias para amenizar a DC foram descritas por 20 pacientes (64,5%) com uma média de 1,6 ( $\pm$  0,99) por paciente, tendo a fisioterapia (n = 12; 37,5%) e a acupuntura (n = 5; 15,6%) como as mais frequentes. Silva *et al.* (2021) apresenta resultados positivos com a aplicação da fisioterapia convencional em seu estudo com 15 pacientes, maioria mulheres com dor crônica lombar, no SUS, as quais apresentaram melhoras no quadro álgico.

A respeito da satisfação com a sua TM, a maioria dos pacientes apresentou satisfação nos três atendimentos 20 (64,5%), 26 (83,9%) e 24 (77,4%). E dos insatisfeitos, a maioria reclamou da inefetividade dos medicamentos, pois ainda sentiam muita dor. Apenas uma paciente reclamou do atendimento médico.

A cerca de dúvidas que os pacientes tinham sobre os medicamentos, apenas 2 (6,5%) queriam saber sobre os efeitos da metadona (risco de morte e dependência). Os demais informaram não possuir mais dúvidas, pois usam há muito tempo que não tem mais dúvidas, e as que tinham esclareceram com o médico, dispensando a necessidade de mais orientações. E, a respeito da posologia, somente na questão de interação dos medicamentos nenhum sabia se interagia com alimento ou com os demais medicamentos em uso; todos faziam administração oral, apenas uma paciente informou, também, fazer uso sublingual de metadona, mas somente quando muita dor, por orientação médica, nesse caso foi ressaltado que a via sublingual tem maior absorção do fármaco aumentando os riscos para EV, logo é importante utilizar pela via oral que é a indicada e evitar o máximo possível a sublingual; os horários e doses eram seguidos conforme discutido anteriormente, alguns seguiam conforme a presença de dor.

Devido ao fato desse trabalho ter relação da saúde e meio ambiente foi levantada a questão do descarte consciente de medicamentos (sobras e/ou vencidos), a maioria dos pacientes 15 (48,4%) tinha conhecimento da importância da destinação correta (levam à farmácia ou posto de saúde), de modo geral, para todos os pacientes foi ressaltada a importância da destinação adequada com o fim de evitar a contaminação do meio ambiente e, que em caso de dificuldade de encontrar um local que recolha próximo à sua residência, poderiam levar ao posto de saúde da sua região, ou na própria FAE que faz o recolhimento dos mesmos. No estudo de

Pinto *et al.* (2014) sobre descarte doméstico de medicamentos vencidos, a grande maioria 91% dentre os 613 entrevistados faz o descarte de forma ambientalmente incorreta, sendo jogado no lixo comum, no reciclável e na água corrente, sendo que somente 4% destinam os medicamentos adequadamente em postos de saúde, farmácias ou centros comunitários. Parente, Silva e Carvalho (2020) apresentaram 78% de descarte incorreto, apesar de 26 (44,1%) saberem onde descartar os medicamentos vencidos, e 40 (67,8%) saberem os impactos para o meio ambiente.

Das limitações deste estudo, ocorreram principalmente pela restrição de contato em decorrência da pandemia de Covid 19, não foi possível intervenção farmacêutica nas prescrições, pois os pacientes estavam realizando consulta médica com frequência irregular, variando de 3 a 6 meses ou mais e, para conseguir os medicamentos para DC apenas retiravam novo receituário com a secretária no ambulatório sem necessariamente falar com o médico prescritor. E, as consultas com o farmacêutico na FAE seguiam conforme conseguia encontrar o paciente no local para retirada de metadona e/ou morfina. No primeiro atendimento foram 58 pacientes, mas 27 foram retirados da pesquisa por falta de contato para os atendimentos seguintes. E falar com os pacientes sobre potenciais EA e/ou IM sem estar de comum acordo com o médico que o acompanha poderia facilmente interferir na adesão e gerar novos problemas relacionados a um potencial efeito Nocebo.

## **10. CONCLUSÃO**

Apesar da maior parte dos pacientes seguirem as prescrições, poucos atingem controle suficiente da dor e a adoção de outras terapias não medicamentosas associadas foi frequentemente percebida, além da presença de comorbidade. Acerca dos medicamentos, fração significativa dos pacientes ou não recebeu orientações pelo médico, ou não se recorda mais destas, e mais da metade dos pacientes referiu sempre sentir EA. Assim, o acompanhamento farmacoterapêutico pode constituir um canal de comunicação adicional e acessível aos pacientes, permitir o estabelecimento de uma relação mais humanizada com os pacientes para o esclarecimento de dúvidas e orientação em saúde, com possibilidade para auxílio e encaminhamentos referentes à prevenção e à resolução

de problemas relacionados aos medicamentos e considerações acerca de medidas que possam ser auxiliares no controle de dor.

Os dados apresentados são referentes a três CF, os quais apresentam as quantidades de potenciais interações e EA dos medicamentos de cada paciente e o grau de risco destas, tempo de uso dos opioides, ajustes de dose e os motivos destes. Também, dados acerca de outras classes de fármacos utilizadas no manejo de DC, e satisfação do paciente com sua terapia medicamentosa. Ainda, considerações acerca de intervenções ligadas à educação em saúde, que permitirão caracterizar melhor os benefícios do acompanhamento.

Perspectivas futuras: divulgar os resultados para a FAE e Secretaria de Saúde, considerar criação de grupo de apoio multiprofissional para portadores de DC. Criação de um consultório farmacêutico exclusivo para resolução de dúvidas desses pacientes. Produção de material educativo acerca dos benefícios e riscos dos opioides. E, criação de aplicativo para celular para que o paciente registre seu controle de dor e efeitos adversos.

## 11. REFERÊNCIAS

ADESOYE, A.; DUNCAN, N. Acute pain management in patients with opioid tolerance. **US Pharmacist**, [s. l.], v. 42, ed. 3, p. 28-32, 2017. Disponível em: <https://www.uspharmacist.com/article/acute-pain-management-in-patients-with-opioid-tolerance>. Acesso em: 1 dez. 2021.

AGUIAR, D. P. *et al.* Prevalence of pain in Brazil: systematic review. **BrJP**, São Paulo, SP, v. 4, n. 3, p. 257-267, sep. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210041>. Acesso em: 2 dez. 2021.

ALVES, L. C. *et al.* Evaluation of the Level of Knowledge of Elderly and Caregivers about Medicines Withdrawn in a Basic Health Unit (UBS) in Maringá-PR. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, PR, v. 7, n. 11, p. 107613-107630, nov. 2021. Disponível em: [://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/40040/pdf](http://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/40040/pdf). Acesso em: 2 dez. 2021.

ALVIM, M. M. *et al.* Eventos adversos por interações medicamentosas potenciais em unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, SP, v. 27, n. 4, p. 353-359, dec. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20150060>. Acesso em: 2 dez. 2021.

ARCO, R. *et al.* Diagnosis and medical treatment of neuropathic pain in leprosy. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Jose do Rio Preto, SP, v. 24, e2731, set. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0676.2731>. Acesso em: 2 dez. 2021.

ARRAIS, O. S. D. *et al.* Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. **Rev Saude Publica** [online], São Paulo, SP, v. 50, n. 2, 13s. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006117>. Acesso em: 2 dez. 2021.

Associação Médica Brasileira (AMB). Abuso e Dependência dos Opióides e Opiáceos. **Projeto Diretrizes**, Bela Vista, SP, out. 2012. Disponível em: [https://amb.org.br/files/\\_BibliotecaAntiga/abuso\\_e\\_dependencia\\_de\\_opioides.pdf](https://amb.org.br/files/_BibliotecaAntiga/abuso_e_dependencia_de_opioides.pdf). Acesso em: 2 dez. 2021.

AUDI, E. G. *et al.* Estudo SABE: Fatores associados ao uso de medicamentos para controle da dor crônica em idosos (SABE study: Factors associated with the use of drugs to control chronic pain in the elderly). **Scientia Medica** [online], Porto Alegre, RS, v. 29, n. 4, e34235, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2019.4.34235>. Acesso em: 2 dez. 2021.

BALEN, E. *et al.* Interações medicamentosas potenciais entre medicamentos psicotrópicos dispensados. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** [online], Cascavel, PR, v. 66, n. 3, pp. 172-177, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000167>. Acesso em: 1 dez. 2021.

BARROS, G. A. M. *et al.* The use of analgesics and risk of self-medication in an urban population sample: cross-sectional study. **Revista Brasileira de Anestesiologia** [online], [s. l.], v. 69, n. 6, pp. 529-536, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2019.10.006>. Acesso em: 1 dez. 2021.

BOSETTO, A.; SILVA, C. M. DA, E PEDER, L. D. Interações medicamentosas entre psicofármacos e a relação com perfil de prescritores e usuários/ Drug interactions between psychoactive drugs and the relationship with prescribers and users profile/ Interacciones farmacológicas entre drogas. **Journal Health NPEPS**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 186–206, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4104>. Acesso em: 1 dez. 2021.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução N° 585, 2013. **Atribuições clínicas do farmacêutico**. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>. Acesso em: 1 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Para Práticas Seguras No Uso De Medicamentos. **Desafio global de segurança do paciente medicação sem danos**. [s. l.], v. 7, n.1, fev. 2018. Disponível em: <https://www.ismp-brasil.org/>. Acesso em: 1 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas **Dor Crônica**. Portaria SAS/MS nº 1083, de 02 de outubro de 2012. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Protocolos/DorCronica.pdf>. Acesso em: 1 dez. 2021.

CAMANHO, G. L.; IMAMURA, M.; ARENDT-NIELSEN, L. Gênese da dor na artrose. **Revista Brasileira de Ortopedia** [online], São Paulo, SP, v. 46, n. 1, p. 14-17, jun. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-36162011000100002>. Acesso em: 1 dez. 2021.

CHAN, F. W. k. *et al.* How much do elders with chronic conditions know about their medications?. **BMC Geriatrics** [online], [s. l.], v. 13, n. 59, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-59>. Acesso em: 1 dez. 2021.

CIPRIANO, A.; ALMEIDA, D. B.; VALL, J. Perfil do paciente com dor crônica atendido em um ambulatório de dor de uma grande cidade do sul do Brasil. **Revista**

**dor** [online], São Paulo, SP, v. 12, n. 4, p. 297-300, dez. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-00132011000400003>. Acesso em: 1 dez. 2021.

COLUZZI, F. *et al.* Orientação para boa prática clínica para opioides no tratamento da dor: os três "Ts" - titulação (teste), ajustes (individualização), transição (redução gradual). **Revista Brasileira de Anestesiologia** [online], Campinas, SP, v. 66, n. 3, p. 310-317, June 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2014.09.005> . Acesso em: 1 nov. 2021.

CORTES, A. L. B. *et al.*, Drug interactions prevalence involving high-surveillance drugs: a cross-sectional study. **REME - Revista Mineira de Enfermagem** [online], Belo Horizonte, MG, v. 23, e-1226, Jan. 2019. Disponível em: [10.5935/1415-2762.20190074](https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190074). Acesso em: 11 nov. 2021.

CROFFORD, L. J. Chronic Pain: Where the Body Meets the Brain. **American Clinical and Climatological Association**, [s. l.], v.126, p. 167-183, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4530716/>. Acesso em: 11 nov. 2021.

CUNHA, L. L.; MAYRINK, W. C. Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. **Revista Dor** [online], São Paulo, SP, v. 12, n. 2, pp. 120-124, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-00132011000200008>. Acesso em: 11 nov. 2021.

CUNHA, R. P. A. S. **Dor Crônica - mecanismos fisiopatológicos da sensibilização e inibição da dor.** Tese (Mestrado integrado em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Fev 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/32133>. Acesso em: 12 nov. 2021.

DE SANTANA, J. M. *et al.* Revised definition of pain after four decades. **BrJP** [online], São Paulo, SP, v. 3, n. 3, pp. 197-198, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200191>. Acesso em: 12 nov. 2021.

DELLAROZA, M. S. G. *et al.* Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 325-334, fev. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000200019>. Acesso em: 12 nov. 2021.

DIAS, D. *et al.* Evaluation of pharmaceutical clinical interventions in the icu of a public hospital of Santa Catarina. **SBRAFH**, São Paulo, SP, v. 9, n. 3, p. 1-5, jul-set. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.30968/rbfhss.2018.093.005>. Acesso em: 12 nov. 2021.

FERNANDES, B. H. P.; GOMES, C. R. G. Mecanismo e Aspectos Anatômicos da Dor. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, PR, v. 4, n. 2, p. 237-246, maio-ago. 2011. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/1868>. Acesso em: 12 nov. 2021.

FERREIRA, V. C. *et al.* Uso de Opioides no Tratamento da Dor Crônica / Use of Opioids in the Treatment of Chronic Pain. **Revista de psicologia**, [on line], [s.l.], v. 14, n. 53, p. 522-534, dez. 2020. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2797/4593>. Acesso em: 16 nov. 2021.

FURTADO, R. N. V. *et al.* Dor lombar inespecífica em adultos jovens: fatores de risco associados. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, SP, v. 54, n. 5, p. 371-377, out. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rbr.2014.03.018>. Acesso em: 16 nov. 2021.

GARCIA, J. B. S. *et al.* Dores neuropáticas centrais. **Revista Dor** [online], São Paulo, SP, v. 17, supl. 1, p. 67-71, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160052>. Acesso em: 14 nov. 2021.

GENEEN, L. J. *et al.* Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. **Cochrane database of systematic reviews**, [online], [s. l.], v. 1, n. 1, CD011279, jan. 2017. Disponível em: [10.1002/14651858.CD011279.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011279.pub3). Acesso em: 16 nov. 2021.

GLASS, A. W.; OLIVEIRA, C. A. N. Utilização da terapia cognitivo-comportamental e mindfulness no tratamento da dor crônica. **Revista das Ciências da Saúde do Oeste Baiano - Higia**. [s. l.], V. 3, n. 1, p. 112-128, 2018. Disponível em: <http://fasb.edu.br/revista/index.php/higia/article/view/263/243>. Acesso em: 16 nov. 2021.

HENNEMANN-KRAUSE, L.; SREDNI, S. Systemic drug therapy for neuropathic pain. **Revista Dor** [online], São Paulo, SP, v. 17, suppl 1, pp. 91-94, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160057>. Acesso em: 19 nov. 2021.

JAMAL, I *et al.* Pharmacist's interventions in reducing the incidences of drug related problems in any practice settings. **International Current Pharmaceutical Journal** [online], [s. l.], v. 4, n. 2, p. 347-352, 2015. Disponível em: [10.3329/ICPJ.V4I2.21483](https://doi.org/10.3329/ICPJ.V4I2.21483). Acesso em: 14 nov. 2021.

JANEIRO, I. M. I. **Fisiologia da dor**. Dissertação (Mestrado) - Curso de Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10437/8904>. Acesso em: 14 nov. 2021.

KOSCIUCZUK, U.; KNAPP, P.; LOTOWSKA-CWIKLEWSKA, A M. Opioid-induced immunosuppression and carcinogenesis promotion theories create the newest trend in acute and chronic pain pharmacotherapy. **Clinics**, São Paulo, SP, v. 75, e1554, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.6061/clinics/2020/e1554>. Acesso em: 14 nov. 2021.

KRAYCHETE, D. C.; SAKATA, R. K. Uso e rotação de opioides para dor crônica não oncológica. **Revista Brasileira de Anestesiologia** [online], Campinas, SP v. 62, n. 4, pp. 558-562, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-70942012000400010>. Acesso em: 04 nov. 2021.

KRAYCHETE, D. C.; SIQUEIRA, J. T. T.; GARCIA, J. B. S. Recomendações para uso de opioides no Brasil: parte I. **Revista dor**, São Paulo, SP, v. 14, n. 4, p. 295-300, Dec. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-00132013000400012>. Acesso em: 20 nov. 2021.

LEMOS, S.; AMBIEL, C. R. Dor em Pediatria: Fisiopatologia, Avaliação e Tratamento. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, PR, v. 3, n. 3, p. 371-378, set.-dez. 2010. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/1685>. Acesso em: 20 nov. 2021.

LIM, T. K. *et al.* Acupuncture and Neural Mechanism in the Management of Low Back Pain-An Update. **Medicines (Basel)**, [s. l.], v. 5, n. 3, p. 63, jun. 2018. Disponível em: [10.3390/medicina5030063](https://doi.org/10.3390/medicina5030063). Acesso em: 20 nov. 2021.

MARCHESINI STIVAL, R. S. et al . Acupuntura na fibromialgia: um estudo randomizado-controlado abordando a resposta imediata da dor. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, SP, v. 54, n. 6, p. 431-436, dec. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rbr.2014.06.001>. Acesso em: 20 nov. 2021.

MELLO, A. P.; FUJII, Y. W. H. Retirada de Opioides: uma revisão bibliográfica. **Unicesumar**, Maringá, PR, 2020. Disponível em: <http://rdu.unicesumar.edu.br/handle/123456789/7632>. Acesso em: 20 nov. 2021.

MOURA, C. C. *et al.* Effects of auricular acupuncture on chronic pain in people with back musculoskeletal disorders: a randomized clinical trial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP – REEUSP**, São Paulo, SP, v. 53, e03418, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018009003418>. Acesso em: 03 nov. 2021.

NASCIMENTO, D. C. H. e SAKATA, R. K. Dependência de opioide em pacientes com dor crônica. **Revista Dor** [online], São Paulo, SP, v. 12, n. 2, pp. 160-165, sep. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-00132011000200013>. Acesso em: 03 nov. 2021.

NASCIMENTO, R. C. R. M. *et al.* Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Revista Saude Publica**, São Paulo, SP, v. 51, Supl 2, p. 19s, set. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007136>. Acesso em: 30 nov. 2021.

NOVO, J. F. S. C. Terapias **avançadas no tratamento da dor crônica não oncológica**. Dissertação de Mestrado. Universidade da Beira Interior. Ciências da Saúde. 2017. Disponível: <http://hdl.handle.net/10400.6/8058>. Acesso em: 30 nov. 2021.

OLIVEIRA, M. A. S.; FERNANDES, R. S. C.; DAHER, S. S. Impacto do exercício na dor crônica. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte** [online], São Paulo, SP, v. 20, n. 3, p. 200-203, Jun. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1517-86922014200301415>. Acesso em: 03 nov. 2021.

OLIVEIRA, M. G. *et al.* Consenso brasileiro de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, Rio de Janeiro, RJ, v. 10, n. 4, p. 1-14, 2016. Disponível em: <http://www.ggaging.com/details/397/pt-BR>. Acesso em: 03 nov. 2021.

OLIVEIRA, S.; RIBEIRO, L. A Hostilidade e a Raiva na Dor Crônica. **Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE** [online], [s. l.] v. 10, n. 1, p. 09-18, mar. 2012. Disponível em: [http://www.psilogos.com/Revista/Vol10N1/Indice12\\_ficheiros/Oliveira,%20Ribeiro\\_p9-18.pdf](http://www.psilogos.com/Revista/Vol10N1/Indice12_ficheiros/Oliveira,%20Ribeiro_p9-18.pdf). Acesso em: 22 nov. 2021.

OLIVENCIA, S. A. *et al.* Pharmacological treatment of chronic non-malignant pain among elderly persons: an integrative review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** [online], Rio de Janeiro, RJ, v. 21, n. 3, p. 372-381, Jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170179>. Acesso em: 30 nov. 2021.

PAGNO, A. R. *et al.* A terapêutica medicamentosa, interações potenciais e iatrogenia como fatores relacionados à fragilidade em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** [online], Rio de Janeiro, RJ, v. 21, n. 5, p. 588-596, out. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180085>. Acesso em: 22 nov. 2021.

PARENTE, G. C.; SILVA, M. M. P.; CARVALHO, C. R. O conhecimento da população sobre o descarte adequado de medicamento vencido. **REVISA** [online], [s. l.], v. 9, n. 4, p. 784-91, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n4.p784a791>. Acesso em: 22 nov. 2021.

PICCIN, C. F. *et al.* Aspectos clínicos e psicossociais avaliados por critérios de diagnóstico para disfunção temporomandibular. **Revista CEFAC**, São Paulo, SP, v. 18, n. 1, p. 113-119, fev. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-021620161817215>. Acesso em: 25 nov. 2021.

PINHEIRO, A. L. U. *et al.* Avaliação e manejo da dor aguda: revisão integrativa. **Jornal of Nursing and Health**, v. 4, ed. 1, p. 77-89, 2014. Disponível em: [HTTPS://DOI.ORG/10.15210/JONAH.V4I1.3395](https://doi.org/10.15210/JONAH.V4I1.3395). Acesso em: 25 nov. 2021.

PINHEIRO, J. *et al.* Dor Lombar Crônica Inespecífica e Função. Estudo Clínico no Âmbito de uma Consulta de Medicina Física e de Reabilitação. **Acta Médica Portuguesa (AMP)** [online], Coimbra, Portugal, v. 24, (S2), p. 287-292, 2011. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/1489/1075>. Acesso em: 22 nov. 2021.

PINTO, G. M. F. *et al.* Estudo do descarte residencial de medicamentos vencidos na região de Paulínia (SP), Brasil. **Engenharia Sanitaria e Ambiental** [online], Rio de Janeiro, RJ, v. 19, n. 3, pp. 219-224, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-41522014019000000472>. Acesso em: 22 nov. 2021.

PINTO, I. V. L. *et al.* Avaliação da compreensão da farmacoterapia entre idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, RJ, v. 21, n. 11, pp. 3469-3481, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.19812015>. Acesso em: 22 out. 2021.

PONTIN, J. C. B. *et al.* Positive effects of a pain education program on patients with chronic pain: observational study. **BrJP** [online], [s. l.], v. 4, n. 2, pp. 130-135, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210026>. Acesso em: 30 nov. 2021.

QUEIRÓZ, D. T. G. *et al.* Dor – 5º sinal vital: conhecimento de enfermeiros. **Revista de Enfermagem, UFPE** [online]. Recife, BA, v. 9, n. 4, p. 7186-92, abr. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10477/11322>. Acesso em: 30 nov. 2021.

RAJA, S.N. *et al.* The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. **Pain** [online], [s. l.]. v. 161, n. 9. P. 1976-1982, set. 2020. Disponível em: 10.1097/j.pain.0000000000001939. Acesso em: 30 nov. 2021.

RIBEIRO, H. S. S.; COSTA, J. M. Acompanhamento farmacoterapêutico de idosos em uso de analgésicos opioides em um hospital de ensino. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, São Paulo, SP, v.6, n.1, p. 18-23, jan.-mar. 2015. Disponível em: <http://www.v1.sbrafh.org.br/public/artigos/2015060104000654BR.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2021.

RODRIGUES, M. C. S.; OLIVEIRA, C. Drug-drug interactions and adverse drug reactions in polypharmacy among older adults: an integrative review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 24, e2800, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1316.2800>. Acesso em: 30 nov. 2021.

SAEZ LOPEZ, M.P. *et al.* Tratamiento del dolor en el anciano: opioides y adyuvantes. **Rev. Soc. Esp. Dolor**, Madrid, Espanha, v. 23, n. 2, p. 93-104, abr. 2016. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462016000200007&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462016000200007&lng=es&nrm=iso). Acesso em: 30 nov. 2021.

SANTOS, B. S. *et al.* Interações medicamentosas potenciais e polifarmácia em prescrições de pacientes acompanhados por farmacêuticos clínicos em Unidades de Terapia Intensiva. **Revista Científica Multidisciplinar** [online], [s. l.], V. 2, n. 9, e29674, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.47820/recima21.v2i9.674>. Acesso em: 30 nov. 2021.

SANTOS, F. A. A. *et al.* Prevalência de dor crônica e sua associação com a situação sociodemográfica e atividade física no lazer em idosos de Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional. **Rev. bras. epidemiol.** [online], São Paulo, SP, v. 18, n. 1, p. 234-247, mar. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010018>. Acesso em: 30 nov. 2021.

SANTOS, F. C. *et al.* Programa de autogerenciamento da dor crônica no idoso: estudo piloto. **Rev. Dor** [online], São Paulo, SP, v. 12, n. 3, p. 209-214, set. 2011.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-00132011000300003>. Acesso em: 30 nov. 2021.

SANTOS, F. C. *et al.* Dor crônica em idosos longevos: prevalência, características, mensurações e correlação com nível sérico de vitamina D. **Rev. Dor** [online], São Paulo, SP, v. 16, n. 3, p. 171-175, Set. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20150034>. Acesso em: 30 nov. 2021.

SHAROVSKY, Lilian L. *et al.* A percepção do paciente sobre adesão à medicação antidepressiva. **Est. Inter. Psicol.** [online], Londrina, PR, v. 4, n. 1, p. 2-14, jun. 2013. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2236-64072013000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072013000100002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 30 jan. 2022.

SILVA, A. J. H. *et al.* Interações medicamentosas entre psicofármacos em um centro de atenção psicossocial. **Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC)** [online], [s.l.], v. 6, nov. 2019. Disponível em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/eedic/article/view/3797/3265>. Acesso em: 01 dez. 2021.

SILVA, L. P. S.; MORSCH, P. Os benefícios da fisioterapia nas doenças osteomusculares associadas ao trabalho. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente** [online], [s. l.], v. 10, n. 1, p. 183-191, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.31072/rcf.v10iedesp.759>. Acesso em: 01 dez. 2021.

SILVA, R. P. *et al.* Efeito do treinamento de força e fisioterapia sobre parâmetros morfofuncionais e qualidade de vida de pacientes com dor lombar crônica inespecífica do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista De Medicina** [online], [s. l.], v. 100, n. 3, p. 229-237, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v100i3p229-237>. Acesso em: 01 dez. 2021.

SILVEIRA, R. P. R.; CRISTIANNE M. F. Verdades em (des)construção: uma análise sobre as práticas integrativas e complementares em saúde. **Saúde e Sociedade** [online], [s. l.], v. 29, n. 1, e180906, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180906>. Acesso em: 03 dez. 2021.

SIQUEIRA, J. L. D.; MORETE, M. C. Avaliação psicológica de pacientes com dor crônica: quando, como e por que encaminhar?. **Revista Dor** [online], São Paulo, SP, v. 15, n. 1, pp. 51-54, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20140012>. Acesso em: 30 nov. 2021.

SOUZA, I. *et al.* Perfil de resiliência em pacientes com dor crônica. **Cadernos de Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro RJ, v. 33, n. 1, e00146915, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00146915>. Acesso em: 30 nov. 2021.

SYDNEY, P. B. H.; CONTI, P. C. R. Diretrizes para avaliação somatossensorial em pacientes portadores de disfunção temporomandibular e dor orofacial. **Revista dor**, São Paulo, SP, v. 12, n. 4, p. 349-353, dez. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-00132011000400012>. Acesso em: 30 nov. 2021.

VARANDAS, C. M. B. **Fisiopatologia da Dor**. Mestrado. Universidade Fernando Pessoa. Porto. ed. [s.n.], 2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10284/3955>. Acesso em: 30 nov. 2021.

VASCONCELOS, F. H.; ARAÚJO, G. C. Prevalence of chronic pain in Brazil: a descriptive study. **BrJP** [online], [s. l.], v. 1, n. 2, pp. 176-179, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180034>. Acesso em: 30 nov. 2021.

VERGNE-SALLE, P. Escada Analgésica da Organização Mundial da Saúde: Ela é Adequada para a Dor Articular? Dos AINH aos Opióides. **IASP - Associação Internacional para o Estudo da Dor** [online], [s. l.], n. 18, 2016. Disponível em: [https://www.aped-dor.org/images/FactSheets/DorArticulacoes/18\\_Formatted\\_Portuguese.pdf](https://www.aped-dor.org/images/FactSheets/DorArticulacoes/18_Formatted_Portuguese.pdf). Acesso em: 30 nov. 2021.

VIANA, S. S. C.; ARANTES, T.; RIBEIRO, S. C. C. Intervenções do farmacêutico clínico em uma Unidade de Cuidados Intermediários com foco no paciente idoso. **Einstein** [online], São Paulo, SP, v. 15, n. 3, p. 283-288, jul. 2017. Disponível em: [10.1590/S1679-45082017AO3894](https://doi.org/10.1590/S1679-45082017AO3894). Acesso em: 30 nov. 2021.

YUNES, L. P.; COELHO, T. D. A.; ALMEIDA, S. M. D. Principais interações medicamentosas em pacientes da UTI - adulto de um hospital privado de Minas Gerais. **Rev Bras Farm Hosp Serv Saude** [Internet], São Paulo, SP, v. 2, n. 3, dez. 2021. Disponível em: <https://www.rbfhss.org.br/sbrafh/article/view/73>. Acesso em: 01 dez. 2021.

## **ANEXO I**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes em uso de opioides para dor crônica no âmbito do Sistema Único de Saúde, coordenada por Danielle Dias. O objetivo deste estudo é realizar o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes em uso de analgésicos opioides para dor crônica, fornecidos pelo Sistema Único de Saúde como medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica disponibilizados pela Farmácia Escola do município de Joinville (Santa Catarina).

Como participante desta pesquisa, você responderá a um questionário que contém perguntas sobre dados sociodemográficos e sobre o uso de medicamentos para dor e outras comorbidades no sentido de garantir o uso racional e seguro de medicamentos. A sua participação nesta pesquisa acontecerá entre 24 de novembro de 2020 a 30 de julho de 2021.

Com sua participação nesta pesquisa, você estará exposto a riscos mínimos que referem-se a perturbações da integridade física (acidentes físicos no que envolver deslocamento para participação na pesquisa) ou psíquica (sensibilização emocional), e caso eles venham a ocorrer, serão manejados pela responsável pela pesquisa, que tomará todas as providências cabíveis para resolução e arcará com as despesas referentes a tais condutas. Os benefícios desta pesquisa serão traduzidos em conhecimento específico da área e contribuição para minimização dos problemas relacionados ao uso de analgésicos opioides. O acompanhamento de eventuais acontecimentos relacionados à farmacoterapia com opioides irá permitir investigar os motivos que os causam e refletir sobre formas de minimizá-los. Essas providências também contribuirão para a melhoria da qualidade do atendimento deste ramo do serviço farmacêutico. A partir da coleta dos dados, será realizada a análise destes e será elaborado um artigo científico.

Sua participação é voluntária e você terá a liberdade de se recusar a responder quaisquer questões que lhe ocasionem constrangimento de alguma natureza. Você também poderá desistir da pesquisa a qualquer momento, sem que a recusa ou a desistência lhe acarrete qualquer prejuízo, bem como, terá livre acesso aos resultados do estudo e garantido esclarecimento antes, durante e após a pesquisa. É importante saber que não há despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação, pois esta é voluntária após assinatura deste termo. O pesquisador garante indenização por quaisquer danos causados a você, participante, no decorrer da pesquisa. Guarde este TCLE assinado por, no mínimo, cinco anos.

Você terá garantia de acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas por meio de telefone e e-mails informados neste documento. A pesquisadora responsável por esta investigação é farmacêutica Danielle Dias, que pode ser contatada pelo telefone: 47 99774-5194 em horário comercial ou através do e-mail: danidias3@yahoo.com.br.

É garantido o sigilo e assegurada a privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Os resultados deste estudo poderão ser apresentados por escrito ou oralmente em congressos e revistas científicas, sem que os nomes dos participantes sejam divulgados.

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Univille, no endereço Rua Paulo Malschitzki, 10, Bairro Zona Industrial, Campus Universitário, CEP 89.219-710 - Joinville/SC, telefone (47) 3461-9235, em horário comercial, de segunda a sexta, ou pelo e-mail comitetica@univille.br.

Após ser esclarecido sobre as informações da pesquisa, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine este consentimento de participação, que está impresso em duas vias, sendo que uma via ficará em posse do pesquisador responsável e esta via com você, participante. Em caso da aplicação do questionário por via contato telefônico, a autorização por parte do participante será gravada e arquivada, sendo que uma cópia do TCLE poderá ser enviada por WhatsApp ou por e-mail para o mesmo.

Pesquisadores participantes:

\_\_\_\_\_  
Orientadora – Profa. Dra. Daniela Delwing de Lima.

\_\_\_\_\_  
Co-Orientador – Prof. Msc. Eduardo Manoel Pereira

\_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável – Mestranda Danielle Dias

Consentimento de Participação. Eu .....concordo voluntariamente em participar da pesquisa intitulada Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes em uso de opioides para dor crônica no âmbito do Sistema Único de Saúde, conforme informações contidas neste TCLE.

Joinville, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável legal  
(Caso o participante seja impedido legalmente)

## APÊNDICE I

## FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

### DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DO PACIENTE

Código de identificação  Nome completo  Idade  Sexo

- **Escolaridade (grau de instrução):**
- **Ocupação:**
- **Possui plano de saúde?**
- **Renda:**
- **Estado civil:**

### FARMACOTERAPIA

- **Qual analgésico opioide em uso?**
- **Há quanto tempo faz uso do opioide atual?**
- **Já precisou ajustar a dose?**  Sim  Não
  - Ajustou quantas vezes?
  - Ajustou para mais ou para menos em cada vez?
  - Motivo de cada ajuste de dose?
- **Já utilizou outro(s) opioide(s) antes? Qual? Por quanto tempo e em que dose?**
- **Faz uso de outros Analgésicos ou Antiinflamatório Não Esteroidal?**  Sim  Não **Se sim, qual/quais? Foram prescritos ou iniciou por conta própria?**
- **Há quanto tempo faz uso de outros Analgésicos ou Antiinflamatório Não Esteroidal?**
- **Já precisou ajustar a dose?**  Não  Sim, aumentar  Sim, reduzir (Por que?)
- **Faz uso de Corticoesteroide?**  Não  Sim **Se sim, qual?** \_\_\_\_\_
- **Há quanto tempo faz uso de Corticoide?** \_\_\_\_\_
- **Foi prescrito ou iniciou por conta própria?** \_\_\_\_\_
- **Outras classes de medicamentos em uso para dor?**  Não  Sim
- **Se sim, qual?** \_\_\_\_\_
- **Há quanto tempo faz uso dessa outra classe?** \_\_\_\_\_
- **Medicamentos em uso para Dor Crônica sem prescrição médica (AUTOMEDICAÇÃO).**
- **Há quanto tempo faz uso de medicamento sem prescrição médica para dor crônica (AUTOMEDICAÇÃO)?** \_\_\_\_\_
- **Entendimento da Posologia prescrita**
- **Horários da administração; Dose (quantidade a ser administrada); Por quanto tempo deve usar o medicamento; Como deve ser administrada a dose; Em jejum ou com alimento; Com outros medicamentos ou não; Potenciais efeitos adversos.**
- **Segue a posologia conforme a prescrição médica?**  Não  Sim
- **Eficácia da farmacoterapia para dor crônica**
  - Sente que o medicamento prescrito faz efeito? Atinge controle completo da dor (ausência de dor)? Caso não, que intensidade de redução de dor atinge?
  - Precisa usar algum medicamento por conta própria para dor?
  - Sente que precisa de opioide mais forte?
  - Sente que precisa reduzir ou aumentar a dose do opioide?
- **Você foi orientado sobre efeitos adversos dos opioides ou cuidados com essa medicação?**  Sim  Não
- **Que orientações recebeu?** \_\_\_\_\_
- **Percebe algum efeito colateral do opioide para dor crônica?**  Sim  Não  Às vezes
- **Se sim, qual?** \_\_\_\_\_
- **Presença de potenciais efeitos adversos de opioides** ( Não apresenta  Antes do tratamento com opioide ou  Após o opioide)
- **Tomou alguma medida para resolver o efeito adverso?**  Sim  Não
- **Se sim, qual/quais?** \_\_\_\_\_
- **Tem alguma queixa que acredite que possa guardar relação com outros medicamentos para dor que utiliza?**  Sim  Não
- **Se sim, quais? Por que?** \_\_\_\_\_

- Foi informado sobre o risco de dependência que os opioides possuem?  Sim  Não
- Se sim, que informações recebeu a respeito? \_\_\_\_\_
- Tem buscado outras formas de alívio de dor?  Sim  Não
- Se sim, quais? \_\_\_\_\_
- Há quanto tempo? \_\_\_\_\_
- O que motivou a procura por elas? \_\_\_\_\_
- Como ficou sabendo? Foi o médico que sugeriu? \_\_\_\_\_

#### COMORBIDADES

- Trata algum outro problema de saúde?
- Há quanto tempo trata cada um desse(s) problema(s) de saúde?
- Quais são os medicamentos utilizados para cada comorbidade? Em que dose e aprazamento e há quanto tempo? Verificar o horário que é tomado cada medicamentos (se são todos juntos ou não).
- Existem interações com os medicamentos utilizados para dor?
- Quais e qual a gravidade de cada uma?
- Você está satisfeito (a) com o seu tratamento para dor?
- Você gostaria de deixar alguma sugestão?

## **ANEXO II**

## Termo de Autorização para Publicação de Teses e Dissertações

Na qualidade de titular dos direitos de autor da publicação, autorizo a Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE) a disponibilizar em ambiente digital institucional, Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/IBICT) e/ou outras bases de dados científicas, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o texto integral da obra abaixo citada, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data 02/02/2022.

1. Identificação do material bibliográfico:  Tese  Dissertação  Trabalho de Conclusão

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

Autor: DANIELLE DIAS

Orientador: DANIELA DELWING DE LIMA

Colaborador: EDUARDO MANOEL PEREIRA

Data de Defesa: 14/12/2021

Título: ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE PACIENTES EM USO DE OPIOIDES PARA DOR CRÔNICA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Instituição de Defesa: UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE - UNIVILLE

3. Informação de acesso ao documento:

Pode ser liberado para publicação integral  Sim  Não

Havendo concordância com a publicação eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese, dissertação ou relatório técnico.



Assinatura do autor

02/02/2022

Local/Data