



CEPPE

Centro de Pós-Graduação,

Pesquisa e Extensão

MESTRADO EM ENFERMAGEM

SUZANA CURCINO NOGUEIRA LINO

**REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DO
RISCO E PRESENÇA DE ABUSO E DEPENDÊNCIA DE OPIÓIDES EM
PACIENTES COM DOR CRÔNICA NÃO RELACIONADA AO CÂNCER**

GUARULHOS

2012

SUZANA CURCINO NOGUEIRA LINO

**REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE INSTRUMENTOS
PARA AVALIAÇÃO DE RISCO E PRESENÇA DE ABUSO E
DEPENDÊNCIA DE OPIÓIDES EM PACIENTES COM DOR
CRÔNICA NÃO RELACIONADA AO CÂNCER.**

**Dissertação apresentada à Universidade Guarulhos
para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.**

Orientadora: Profa. Dra. Karine São Leão Ferreira

Guarulhos

2012

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo preciso dizer que meus agradecimentos não são formais. Eu não conseguiria fazer assim. Gratidão é um ato carregado de forte emoção – e emoção não cabe em frases feitas. Assim, com o intuito de não cometer aqui nenhuma injustiça desejo, singelamente, agradecer a todas as pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho e torceram para que ele se tornasse realidade.

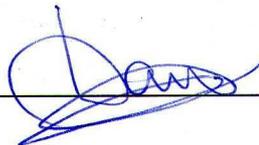
Os agradecimentos não estariam completos, no entanto, sem reconhecer a importância da professora Karine São Leão Ferreira que plantou as sementes desse trabalho e com quem espero poder também compartilhar os frutos – minha profunda e sincera gratidão.

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de MESTRADO, intitulada “**Revisão Sistemática sobre Instrumentos para Avaliação de Risco e Presença de Abuso e Dependência de Opióides em Pacientes com Dor Crônica não Relacionada ao Câncer**”, em sessão pública realizada em 12 de Abril de 2012, considerou a candidata SUZANA CURCINO NOGUEIRA LINO aprovada.

1. Profa. Dra. Karine Azevedo São Leão Ferreira



2. Prof. Dr. Daniel Ciampi de Andrade



3. Profa. Dra. Edna Aparecida Moura Arcuri



É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua produção total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que citada a fonte.

“Estranha criatura o homem: não pede para nascer, não sabe viver e não quer morrer”.

Albert Einstein

RESUMO

Objetivo: identificar instrumentos para avaliação do risco e/ou presença de abuso e dependência relacionada ao uso de opióides em pacientes com dor crônica não relacionada ao câncer (DCNRC), assim como suas características e propriedades psicométricas. Método: foi realizada revisão sistemática dos estudos publicados até dezembro de 2011, nas seguintes bases de dados: Scopus, PubMed, BIREME (LILACS, IBECs, Cochrane e SciELO), ScienceDirect, OVID, bando de teses da USP, UNICAMP e Capes, além de busca nas referências dos artigos. Resultados: foram identificados 1.706 estudos, dos quais, apenas, 18 foram incluídos, sendo 11 estudos de publicação de escalas. Cinco escalas avaliavam a presença de abuso e dependência e 6 avaliavam o risco. Os instrumentos mostraram: 1) sensibilidade e especificidade acima de 0,70; 2) boa confiabilidade (COMM, PDUQ, POMI, PMQ, SOAPP e SOAPP-R). No entanto, 5 estudos não avaliaram algumas propriedades psicométricas; 3) Valor preditivo positivo e negativo foram calculados apenas para 4 instrumentos (SOAPP, SOAP-R, NI e COMM). Os instrumentos SOAPP, SOAP-R e COMM foram submetidos a processos mais rigorosos de validação. Todos foram publicados e validados apenas em inglês. Conclusão: há um número significativo de instrumentos para avaliação de risco e presença de abuso e dependência em pacientes com DCNRC. Os melhores instrumentos são: SOAPP, SOAPP-R e COMM. É necessário disponibilizar instrumentos para o Brasil. Implicações para prática: Este estudo analisa as propriedades psicométricas e limitações dos instrumentos para avaliar o risco e a presença de abuso e dependência de opióides em pacientes com DCNRC. Ele poderá ajudar os profissionais de saúde a identificarem pacientes em risco.

Palavras-chave: opióide, dor crônica, dependência, comportamento aberrante, desordens relacionadas ao uso de opióides.

ABSTRACT

Objective: To identify tools to assess presence and/or risk for opioid abuse and opioid addiction in patients with chronic noncancer pain (CNCP), as well as their diagnostic test characteristics and psychometric properties. **Methods:** systematic review of PubMed, Scopus, BIREME (LILACS, IBECs, Cochrane databases, SciELO), ScienceDirect, Ovid, portal of thesis of USP, UNICAMP, CAPES, and the references of articles published up to December 2011. **Results:** 1706 studies were identified. Only 18 studies were included. From those, 11 tools were identified: 5 assessed the presence of aberrant opioid behavior and 6 assessed the risk. The tools showed: 1) sensitivity and specificity cutoff above 0.70; 2) good reliability (COMM, PDUQ, POMI, PMQ, SOAP, and SOAP-R). However, five did not assess this psychometric property; 3) Negative and positive predictive values were evaluated only in 4 tools (SOAP, SOAP-R, NI, and COMM). SOAPP, SOAPP-R and COMM were submitted to process more rigorous validity. All instruments were published and validated into English. **Conclusion:** There is a significant amount of tools. The best rated ones were: SOAPP, SOAPP-R and COMM. It is necessary to validity tools for Brazil.

Perspective: This study analyses psychometric properties and limitations of tools available to assess the risk of opioid abuse, and addiction. It could help health care providers to screening and identify risk potential for aberrant opioid behavior, addiction, and opioid abuse.

Keywords: opioid, chronic pain, addiction, aberrant drug behavior, opioid-related disorders.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	14
2.1 AVALIAÇÃO DOS RISCOS E DA ADESÃO AO TRATAMENTO	17
3 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS	23
4 UTILIZAÇÃO DAS ESCALAS	24
5 CARACTERÍSTICAS DAS ESCALAS	27
5.1 CONFIABILIDADE	27
5.2 - VALIDADE	28
VALIDADE APARENTE	29
VALIDADE DE CONTEÚDO	29
VALIDADE DE CRITÉRIO	29
6 OBJETIVO	31
6.1 OBJETIVO GERAL	31
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
7 REFERENCIAL TEÓRICO	32
7.1 FORMULAÇÃO DA PERGUNTA DA PESQUISA	33
7.2 IDENTIFICAÇÃO E SELEÇÃO DOS ESTUDOS	34

7.3 AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS	34
7.4 COLETA DE DADOS	35
7.5 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS	35
7.6 INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	36
7.7 APERFEIÇOAMENTO E ATUALIZAÇÃO	36
8 MÉTODO	37
<hr/>	
8.1 FORMULAÇÃO DA PERGUNTA DA PESQUISA	37
8.2 IDENTIFICAÇÃO E SELEÇÃO DOS ESTUDOS	37
8.3 AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS	38
8.4 COLETA DE DADOS	38
8.5 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS	40
8.6 INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	40
9 RESULTADOS	43
<hr/>	
9.1 ESCALAS PREDITIVAS	48
9.1.1 VALIDADE	48
9.1.2 FIDEDIGNIDADE	53
9.1.3 MEDIDAS DE ACURÁCIA	54
9.1.4 TEMPO DE PREENCHIMENTO	55
9.1.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	55
9.2 ESTUDOS DE VALIDAÇÃO DAS ESCALAS PREDITIVAS	55
9.3 ESCALAS DISCRIMINATIVAS	60

9.3.1 VALIDADE	60
9.3.2 FIDEDIGNIDADE	63
9.3.3 MEDIDAS DE ACURÁCIA	65
9.3.4 TEMPO DE PREENCHIMENTO	65
9.3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	65
9.4 ESTUDOS DE VALIDAÇÃO DAS ESCALAS DISCRIMINATIVAS	66
<u>10 DISCUSSÃO</u>	<u>69</u>
<u>11 CONCLUSÃO</u>	<u>76</u>
<u>12 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA</u>	<u>77</u>
<u>APÊNDICES</u>	<u>78</u>
<u>ANEXOS</u>	<u>81</u>
ANEXO 1– CRITÉRIOS DE ABUSO E DEPENDÊNCIA SEGUNDO DSM-IV-TR⁵⁰	81
ANEXO 2 – DEFINIÇÃO DOS TERMOS SEGUNDO A APS – 2001⁵⁴	91
ANEXO 3 – DEFINIÇÃO DOS TERMOS SEGUNDO A APS – 2009⁵¹.	92
<u>REFERÊNCIAS</u>	<u>96</u>

1 INTRODUÇÃO

O uso dos opióides no tratamento da dor aguda e crônica em pacientes com câncer tem sido amplamente aceito e divulgado, principalmente, após a proposição da escada analgésica pela Organização Mundial da Saúde^{1, 2}. Entretanto a indicação dos opióides para o tratamento de dor crônica não relacionada ao câncer (DCNRC) de intensidade moderada a intensa ou não responsiva ao tratamento com anti-inflamatórios não esteroidais (AINES) ainda é relativamente recente e cercada por preconceitos, embora alguns estudos tenham comprovado o benefício do uso.

Um dos primeiros estudos que relatou benefício do uso de opióides no tratamento da DCNRC é da década de 1980. Trata-se do relato de uma série de casos que sugeriu serem os opióides seguros e efetivos, tendo sido utilizados por período médio de quatro anos³. Após este estudo, diversos ensaios clínicos e a experiência de grupos especializados no tratamento de dor crônica têm demonstrado resultados semelhantes. Contudo são raros os estudos que avaliaram a efetividade e segurança do uso prolongado dos opióides, sendo crescente a preocupação com a continuidade do efeito analgésico, aumento do risco de eventos adversos e o desenvolvimento de adição, dependência e abuso.

Dados sobre a eficácia e segurança da utilização dos opióides por longo prazo para DCNRC são escassos e inconclusivos^{4, 5, 6, 7, 8}. A recomendação para a utilização prolongada ainda permanece baseada em fracas evidências⁹. Muitos pacientes têm o tratamento com opióides interrompido pela presença de efeitos adversos como constipação, náusea, sonolência e cefaleia, ou pela discreta analgesia alcançada^{7, 9}. Eventos graves (incluindo a dependência) ocorrem raramente⁹. Apesar disso, a justificativa para a defesa do emprego dos opióides na DCNRC baseia-se na sua capacidade de ajudar no controle da dor (redução média de 30%)⁷, especialmente, quando outras modalidades tenham sido empregadas sem resultado adequado ou tenham apresentado efeitos indesejáveis^{8, 10, 8, 11}.

Considerando que os objetivos principais do tratamento são diminuir a dor e melhorar a função, minimizando efeitos adversos^{11,12}, a utilização dos opióides para DCNRC pode ser eficaz e segura quando corretamente indicada⁹. Assim, em pacientes adequadamente selecionados e monitorados, os analgésicos opióides são aceitos e, em alguns momentos, indispensáveis para o manejo adequado da dor, mas eles também têm um potencial de abuso e devem ser controlados^{8, 13, 14,15}.

As DCNRCs são muito prevalentes na população brasileira, sendo relatadas por 28,7% dos indivíduos com idade superior a 18 anos, dos quais 42,4% não recebem tratamento de forma regular¹⁶. Muitos destes pacientes poderiam se beneficiar do uso dos opióides, quando bem-indicados. Entretanto, no Brasil, o uso de opióides no tratamento da dor ainda é limitado. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), o consumo de opióides no país é significativamente baixo se comparado ao de países europeus, da América do Norte e também do Chile, Peru, Cuba e outros países em desenvolvimento. No Brasil, o consumo médio de doses diárias de opióides por milhão de habitantes, no período de 1994 a 1998, foi de apenas 148 doses, sendo 49 doses de codeína, 19 de morfina, zero de metadona e nove de meperidina¹⁷.

Nos países europeus e na América do Norte, onde a prescrição de opióides para tratamento de DCNRC tem se popularizado e aumentado desde 1990, os relatos de abuso e uso indevido para diversão são crescentes e preocupa médicos, gestores e demais profissionais de saúde^{18, 19}. No Brasil, não há dados precisos sobre a prevalência de adição e uso recreativo dos opióides entre indivíduos que fazem uso médico dos opióides²⁰.

A estratificação de risco por meio de métodos adequados e sistematizados é necessária para garantir o emprego adequado dos opióides⁹. *Guideline*, publicado pela *American Pain Society (APS)* e pela *American Academy of Pain Medicine (AAPM)*, enfatiza a necessidade de estratificação do risco para pacientes que estão iniciando a terapia com opióides juntamente com a reavaliação periódica²¹.

Escalas compõem ferramentas simples, rápidas e de baixo custo. Várias escalas estão disponíveis para avaliar o risco e a presença de abuso e dependência

relacionada ao uso de opióides para o tratamento da DCNRC. A escolha pelo instrumento deve levar em conta os objetivos, características do processo de desenvolvimento, validade e propriedades psicométricas²². Embora uma revisão de literatura já tenha sido conduzida com estudos publicados até julho de 2008, o foco central foi nos resultados do teste de diagnóstico, tais como sensibilidade, especificidade, ponto de corte, valores preditivos positivos e negativos sem, contudo, analisar as propriedades psicométricas dos instrumentos²³.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Diversas pesquisas internacionais têm tentado estimar a prevalência do uso não médico dos opióides na população em geral. Uma grande barreira para se chegar a informações consistentes é a divergência conceitual encontrada entre elas, o que torna difícil a comparação e conclusão sobre a incidência, prevalência e as consequências deste problema para a saúde pública. A dificuldade de quantificar o fenômeno pode resultar em prejuízo ao planejamento de intervenções adequadas.

O Conselho Internacional de Controle de Entorpecentes da Organização Mundial da Saúde e das Nações Unidas, publicado em seu Relatório Anual (*International Narcotics Control Board, 2006*)²⁴, indica que o abuso de medicamentos (incluindo opióides) é um problema importante na Estados Unidos, Canadá e México, e que, em todo o mundo, o uso indevido de medicamentos controlados ultrapassou, a partir de 2007, o uso de drogas ilícitas¹³. No Brasil, levantamento realizado pelo Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID)²⁵, em 2005, mostrou que 1,3% da população havia utilizado opiáceo na vida sem prescrição médica, sendo 0,5% e 0,3% o uso sem prescrição médica nos últimos 12 e 2 meses, respectivamente. Entre estudantes universitários, em 2009, 2% relataram ter feito uso de opióide sem prescrição médica nos mês anterior ao da entrevista. É possível observar ainda um aumento do uso com a idade e predomínio do sexo feminino²⁶. No entanto, não existem dados brasileiros de estimativa de abuso e dependência.

Sabe-se que a prescrição de opióides aumentou nos EUA, em parte, devido à sua maior utilização em doentes com DNCRC²¹. Além disso, o aumento na disponibilidade dessas drogas é apontado por Chou²¹, Edlund²⁷, Porucznik²⁸ como o principal fator responsável pelo abuso. Nos EUA, inquérito telefônico de base nacional realizado mostrou que 5% dos adultos havia feito uso de opióide na semana anterior. A taxa de uso regular, considerada como a utilização por mais de 5 dias na semana por um período maior que 4 semanas, foi de 2%, que se traduz em

4,3 milhões de indivíduos em todo o país²⁹. Em inquérito telefônico no estado de Utah²⁸ (Estados Unidos), 20,8% dos indivíduos entrevistados havia recebido prescrição de opióide no ano de 2008. Destes, 72% dos pacientes dispunham de sobras dessa medicação, sendo que 71% dos entrevistados afirmaram guardar os opióides, 25% descartavam e em 2,3% dos casos doavam a outras pessoas. Cerca de 1,8% dos indivíduos reportou utilização de opióides sem prescrição médica, na maioria das vezes, para alívio da dor (72,4%). Outros motivos apontados foram: diversão/euforia (15,3%) e para aliviar ansiedade/depressão (3,7%), sendo que para esta finalidade a principal forma de obtenção do opióide foi a obtenção gratuita proveniente de amigos e parentes (85,2%), seguido por retirada de seus donos sem autorização (9,8%) e compra (4,2%). Entre 240 indivíduos cujas mortes foram atribuídas aos opióides (intencionais ou não, como causa primária ou secundária), os dados mostraram que: 63% estavam desempregados, 59% tinham problemas financeiros, 27% não eram segurados (contra 14% da população em geral), 40% tinham problemas de abuso, 12% sabidamente utilizavam opióides por outros motivos que não para tratar a sua dor, 49%, em algum momento, já tinham sido tratados para abuso de substância, 24% apontavam internações por problemas psiquiátricos e 49% indicavam diagnóstico de doença psiquiátrica pelo médico.

A literatura sobre dependência iatrogênica, definida como aquela decorrente da utilização de opióides para o tratamento da dor, é divergente e varia de 3 a 74% de acordo com os diferentes métodos, populações e critérios adotados³⁰. Os médicos são a principal fonte de obtenção dos opióides, seja por meio direto ou indireto, como, por exemplo, quando o opióide é dado por familiares e amigos. Pequena parcela dos indivíduos obtém a droga de fontes como traficantes e compra pela internet³¹. Pesquisa, publicada em 2011, também, mostrou que, em 75% dos casos de morte (intencionais ou não), os pacientes haviam recebido prescrição médica desses fármacos nos últimos 12 meses²⁸. Na literatura, são apontadas possíveis “vantagens” da utilização de opióides sobre as drogas ilícitas: as receitas são relativamente fáceis de serem obtidas, a compra de drogas ilícitas pode resultar em situações de perigo e o consumo de opióides é socialmente mais aceito^{32, 33}.

O risco de abuso, adição e uso recreativo dos opióides por indivíduos com DCNRC é uma preocupação crescente em todo o mundo. Segundo revisão de

estudos publicados de 1966 a 2006 avaliando as frequências dessas condições, verificou-se que, de 2.507 pacientes com dor crônica em uso de opióides, 3,27% apresentavam adição. Entre estes, a frequência diminuiu para 0,19%, quando analisados apenas os pacientes sem exposição prévia a opióide e sem história de abuso/adição. Ao ser analisada a frequência de comportamento aberrante relacionada ao uso de opióide, em 2.466 indivíduos, o percentual elevou-se para 11,5%. Já para os pacientes sem exposição prévia a opióide e sem história de abuso/adição o percentual diminuiu para 0,59%. Em 15.442 pacientes em que a presença de comportamento aberrante relacionado ao uso de opióide foi avaliada pela toxicologia da urina, o percentual aumentou para 20,4% e estes indivíduos estavam em uso de opióide em média há 22,1 meses¹⁹.

Os resultados da revisão aqui apresentada sugerem que os indivíduos em uso crônico de opióides indicam risco de desenvolver dependência ou comportamentos aberrantes, especialmente quando têm história prévia de abuso ou uso de opióides. Deste modo, é fundamental a triagem dos pacientes antes da prescrição do opióide e monitoramento regular^{9,30}.

Vários fatores estão associados ao uso inadequado de opióides, entre eles, um dos mais importantes é a presença de doenças psiquiátricas prévias²⁷. Apesar de a doença mental ser considerada como um fator que predispõe ao aumento do risco, ainda não está claro se a dor crônica aumenta os transtornos mentais ou estes aumentam a dor crônica²⁷. Entre as comorbidades mais realçadas pelos pacientes com dor estão: depressão, ansiedade, transtornos por uso de substância e de somatização e transtornos de personalidade. Pacientes com lombalgia chegam a ter uma prevalência de 18% de depressão em contraste com a população geral, que fica em 5%. Parece razoável, portanto, postular que o abuso de opióides pode refletir condições psiquiátricas preexistentes. Ademais, certamente, o abuso de álcool, nicotina, opióides e outras drogas só pode prejudicar ainda mais a saúde física e mental³⁴. Edlund²⁷ estudou a presença de doenças mentais e a taxa de abuso de opióides em veteranos de guerra nos EUA e constatou que a prevalência de doenças mentais era muito maior que a presença de história prévia de abuso de outras substâncias (45,3% *versus* 7,6%).

Apesar do reconhecido valor médico dos opióides, o uso não médico dos opióides traz uma série de prejuízos para a sociedade. Estes estão associados a um maior risco de doença, aumento significativo da morbidade, gastos com a saúde, mortalidade e criminalidade³⁵. Estudo realizado em 2001, por White et al.³⁶, mostrou que, nos EUA, os custos relacionados com o tratamento da dependência, as despesas trabalhistas e com a justiça criminal decorrentes da utilização inadequada dos opióides estavam estimados em 8,6 bilhões de dólares. Os custos de saúde e gastos com medicamentos para pacientes com abuso eram respectivamente oito e cinco vezes maiores quando comparados aos pacientes sem diagnóstico de abuso de opióides. No entanto, talvez, o maior custo decorrente da utilização dos opióides para fins não médicos seja o subtratamento da dor frequentemente fundamentado em crenças inadequadas sobre os fatores de dependência ou forma de identificar comportamentos inadequados relacionados à droga³⁵. A literatura aponta que o tratamento prolongado com opióides implicará dependência/abuso em uma porcentagem muito pequena de pacientes^{9,19} e este percentual pode ser dramaticamente diminuído pela pré-seleção dos pacientes que receberão terapia com opióide⁹.

2.1 Avaliação dos riscos e da adesão ao tratamento

Avaliação sistemática do risco, adesão e cumprimento do acordo de tratamento devem ser realizados sistematicamente em todos os pacientes^{8,21,37}. Existem diversos métodos disponíveis, como a contagem de medicamentos, métodos biológicos e as escalas. Cada método apresenta vantagem e desvantagem e deve ser empregado de forma racional, pois nunca substitui a avaliação clínica²³.

Testes para drogas de abuso podem ser realizados em diversos materiais biológicos, como urina, sangue, saliva, cabelo e pelos corporais. Cada técnica

apresenta características próprias, como janela de detecção, facilidade de coleta e conforto no momento da coleta³⁸

Urina: a análise de urina é uma valiosa ferramenta, porém ainda pouco empregada, de forma sistemática, na clínica para acompanhar os padrões de uso de opióides e a adesão ao tratamento. A análise pode constatar presença de substâncias não prescritas, assim como ausência das substâncias prescritas. A ausência do medicamento prescrito pode estar relacionada a uma gama de causas, como tomar doses menores que as prescritas, uso em horários irregulares, amostra adulterada e desvio da medicação. A evidência de drogas de abuso pode indicar a presença de dependência por outras drogas ou uso recreativo³⁹. Para pacientes que utilizam drogas de forma recreativa ou de forma intermitente é possível fornecer um exame de urina negativo para drogas de abuso, visto que o paciente, nos períodos próximos às consultas, pode se abster do uso das drogas³⁸. Se ele é incapaz de fornecer um painel negativo, pode haver incapacidade de abstenção da droga e, provavelmente, um prejuízo no controle do uso, aumentando a suspeita de adição³⁹. A coleta frequentemente não pode ser supervisionada e a janela de detecção é de 3 dias para a maior parte das drogas (tempo máximo de detecção de 7 dias para a maconha).

Cabelo: teste de drogas de abuso em fios capilares tem sido proposto como uma forma de contornar as limitações impostas pelo exame de urina. Possui maior janela de detecção (até 90 dias) e, pela segmentação, é capaz de diferenciar exposições únicas do uso crônico das drogas. A coleta é fácil, não constrangedora e pode ser testemunhada. A amostra não necessita de condições especiais de armazenamento, como refrigeração. Além disso, é relativamente fácil obter uma segunda amostra para confirmação dos resultados sem perder a janela de detecção da droga. Essas características mostram-se adequadas para a avaliação da abstinência em tratamentos de recuperação⁴⁰.

Pelo crescimento lento (0,4mm/dia), o cabelo não mostrará indícios da droga utilizada nos últimos 7 dias, sendo incapaz de detectar o uso recente⁴¹. Apesar de identificar a droga utilizada e o período de exposição, não é possível estabelecer uma relação entre a dose utilizada e a concentração das drogas nos fios capilares. Para uma janela de detecção de drogas de 90 dias é necessária a coleta

de 80 a 100 fios com comprimento aproximado de 4cm. Embora tratamentos estéticos possam alterar a concentração das drogas nos cabelo, não diminuem a ponto de torná-la indetectável³⁸.

A avaliação do risco de dependência, adição, uso abusivo e recreativo dos opióides também pode ser realizada com o auxílio de alguns instrumentos que têm sido desenvolvidos e validados. Entre eles, a *American Pain Society* e a *American Academy of Pain Medicine* recomendam o *Opioid Risk Tool*⁴² (ORT) e o *Screening and Opioid Assessment for patients with pain-revised* (SOAPP-R)⁴³. A *American Pain Society*, juntamente com a *American Academy of Pain Medicine*²¹, enfatiza a necessidade da estratificação do risco dos pacientes que iniciarão tratamento com opióides. A presença de comportamentos aberrantes é um importante preditor de abuso e dependência relacionados ao uso prolongado de opióides. Entre as ações preconizadas estão: avaliação e documentação da dor, funcionalidade e aderência ao esquema prescrito. Além disso, paciente com comportamentos aberrantes devem ser submetidos periodicamente a testes de urina. Para pacientes que não se enquadram como de alto risco, também, devem ser solicitados exames de urina e outras informações que possam assegurar o cumprimento adequado do tratamento. Existe, ainda, a necessidade de constante reavaliação dos pacientes a partir do princípio de que os benefícios e riscos não permanecem estáticos, além da necessidade de identificar o real benefício da terapia e distinguir quais necessitam de acompanhamento especializado e cuidados adicionais^{11,21,44}.

A estratificação de risco pode levar à decisão de renunciar ou protelar o início da terapia com opióide ou evidenciar a necessidade de monitorização e assistência para esse risco específico³⁰. Medidas como médico prescritor único, fornecimento exclusivo por uma farmácia¹¹, testes de urina realizados aleatoriamente, contagem dos comprimidos, prescrições limitadas a um pequeno período e visitas mais frequentes podem ser implementadas para o controle da droga, embora não existam evidências suficientes sobre qual e como realiza-las³⁰. Em pacientes com história de abuso de substância ou de uma comorbidade psiquiátrica, pode ser oportuno o adiamento do tratamento com opióides até que as alterações mentais tenham sido adequadamente tratadas²¹.

Outro problema enfrentado na avaliação sistemática dos pacientes decorre do número insuficiente de médicos especialistas em dor, de forma que um grande contingente de pacientes será tratado em serviços primários, por médicos que, por um lado, podem temer receitar opióide pela possibilidade de suscitar a dependência; e, por outro, podem apresentar dificuldades para avaliar, reconhecer e tratar o uso indevido¹¹. O trabalho conduzido por Weisner e colaboradores confirma este temor. Eles verificaram que pacientes com história prévia de abuso de substâncias tiveram cerca de quatro vezes mais opióides prescritos do que aqueles sem história prévia de abuso, e eles ainda eram mais potentes e receitados em maiores doses. Havia também o dobro da chance de ter sedativos hipnóticos prescritos concomitantemente⁴⁵. Morasco³⁰, em uma revisão sistemática, também encontrou dados semelhantes: pacientes com transtorno relacionado ao uso de substância (que inclui abuso e dependência) recebiam mais opióides e em maiores doses. Especialistas apontam como causas básicas para mortes relacionadas aos opióides: déficit de conhecimento pelos médicos, falta de aderência dos pacientes ao regime prescrito, uso concomitante de outros depressores do SNC, dificuldade para avaliar problemas psiquiátricos e comorbidades. Assim, propõem a educação médica com o objetivo de triar e avaliar adequadamente os candidatos à terapia com opióides como uma medida efetiva na diminuição do número de mortes relacionadas a este fármaco⁴⁶. Segundo Edlumb²⁷, o risco pode ser minimizado através da detecção e tratamento adequado das doenças mentais em candidatos para a terapia crônica com opióides. Isso também pode facilitar o controle da dor, pois existem indícios que apropriado tratamento dos transtornos mentais contribui para a o manejo da dor.

Portenoy⁴⁷ compilou uma série de comportamentos aberrantes relacionados ao uso da droga, que ele dividiu em duas categorias: os "provavelmente mais preditivos" foram: falsificar receitas, furtar ou pegar emprestado medicamentos de outros, perder frequentemente a receita e resistência a mudar a prescrição apesar dos efeitos colaterais. Os menos preditivos foram: solicitação de mais drogas, acúmulo da droga, aumento da dose ou outras formas de não adesão ao tratamento.

Savage⁴⁸ sugere que a adição a opióides poderia ser revelada através de comportamentos como resistência para diminuição dos opióides, perda funcional apesar da melhora da dor, pedidos frequentes de medicação antes do tempo previsto. Conquanto um único padrão desse comportamento não possa indicar um problema, múltiplos padrões podem ser mais sugestivos.

Outro aspecto que pode constituir fator de risco para a dependência psicológica é a duração da terapia: indivíduos com maior duração do tratamento (acima de 211 dias) tinham 1,8 vezes mais chance de desenvolver uso abusivo/dependência psíquica¹³.

Também a avaliação da história prévia pessoal e familiar sobre o abuso de drogas deve ser contemplada, pois pacientes com relato de abuso prévio desenvolvem mais frequentemente um uso aberrante durante a terapia.

Apesar do tratamento prolongado com opióides implicar em dependência/abuso em uma porcentagem muito pequena de pacientes²¹, esse percentual pode ser dramaticamente diminuído pela pré-seleção dos pacientes que receberão terapia com opióide¹⁴.

A estratificação de risco e monitoramento durante o tratamento é amplamente recomendada pela literatura^{8, 21}, e pode ser realizada por diversos métodos, embora ainda não haja consenso sobre o intervalo de tempo que eles devem ser aplicados. Diversos testes, escalas e instrumentos têm sido desenvolvidos e validados para a mensuração do risco e estratificação dos pacientes, além disso, outros estudos estão em andamento para verificar as suas limitações e potencialidades.

A literatura ainda necessita de estudos bem-conduzidos que possa esclarecer como adequar a necessidade de prescrição dos opióides por razões legítimas com o risco de abuso e dependência. Tem sido constante a busca por aspectos que possam proporcionar um maior entendimento sobre como maximizar os benefícios e minimizar os seus riscos. A escolha de um instrumento confiável, válido e adequado aos objetivos e necessidades é o primeiro passo para a utilização correta de qualquer instrumento.

3 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Atualmente, não existe consenso sobre os conceitos para o diagnóstico de desordens relacionados ao uso de opióides, o que torna complexa a estimativa de pacientes com esses transtornos.⁴⁹ Atualmente, dois critérios de classificação para transtornos relacionados a opióides estão disponíveis: DSM-IV TR⁵⁰ e definições da APS⁵¹. Ambos apresentam definições e princípios distintos, tornando o diagnóstico desses pacientes discrepante e impreciso.

Segundo Chapman⁵², a utilização de critérios diagnósticos segundo o DSM-IV-TR (ANEXO 2) pode resultar em superestimativa dos níveis de dependência, principalmente, pela inclusão da tolerância e abstinência como aspectos relacionados à dependência. Sabe-se que são eventos esperados em pacientes com uso de opióide. Deste modo, pesquisadores defendem que esses critérios podem não ser totalmente adequados para o emprego em pacientes com dor⁵³.

Em 2001, a APS⁵⁴ publicou consenso sobre os termos adição, dependência física e tolerância (ANEXO 3). Em 2009⁵¹, o consenso foi revisado e incluído os termos: comportamento aberrante, abuso, diversão e uso inadequado. Porém, por se tratar de uma publicação recente, poucos estudos utilizam essas definições (ANEXO 4). Diversos autores julgam estes critérios diagnósticos como os mais adequados para a utilização em pacientes com DCNRC em uso prolongado de opióides.

Para 2013, há uma previsão para o lançamento do DSM-V que agregará os critérios de abuso e dependência de opióides em apenas um item “desordem relacionada ao uso de opióides” e a classificará de acordo com a gravidade do quadro: moderada, se presença de dois ou mais critérios, e severa, com presença de 4 ou mais critérios⁵⁵ (ANEXO 5).

4 UTILIZAÇÃO DAS ESCALAS

Instrumentos de avaliação quantitativa foram desenvolvidos para fornecerem medidas acuradas, relevantes e reproduzíveis. Sua utilização propicia melhor registro das informações, melhora da comunicação entre profissionais e permite a coleta de dados de forma sistematizada, incluindo alguns aspectos que, muitas vezes, passariam despercebidos⁵⁶. Assim como outras ferramentas de avaliação, as escalas podem auxiliar na tomada de decisões clínicas objetivas, imparciais e baseada em evidências^{56, 57}. Devem ser consideradas como uma das diversas fontes de informação e nunca devem excluir ou substituir a avaliação clínica e o acompanhamento dos pacientes. Podem ser empregadas para a estratificação inicial e constantes reavaliações dos pacientes, pois as condições que levam à presença e risco de comportamento aberrante são dinâmicas²³. Elas são desenvolvidas por especialistas, em centros de referência, com o objetivo de tornar mais fácil a avaliação por médicos não especialistas que tratam os pacientes diariamente⁵⁸. Por isso, as amostras utilizadas nesses estudos podem não ser necessariamente similares àquelas encontradas diariamente em serviços de cuidados primários, o que constitui um viés que, embora não desqualifique a utilização das escalas, pode limitar a generalização dos resultados criando a necessidade de validação das escalas em outras populações⁵⁸.

Ao contrário de outras áreas da medicina, onde estão disponíveis exames de imagem e recursos tecnológicos de alta complexidade que permitem facilmente a avaliação objetiva, na psiquiatria, habitualmente, o diagnóstico é fundamentado na avaliação subjetiva da sua apresentação clínica. Vale lembrar que qualquer sistema classificatório constitui-se de uma forma padronizada de avaliar um conceito, baseado em um referencial teórico. Processo similar é realizado intuitivamente pelo clínico, ou seja, o profissional que realiza a sua análise, fundamentado em sua experiência profissional e impressão pessoal, do mesmo modo, está utilizando um

referencial teórico, provavelmente o mesmo que gerou os critérios analisados nos instrumentos padronizados⁵⁹. Normalmente os instrumentos são desenvolvidos por profissionais extremamente especializados e com denso conhecimento no assunto e, assim, permitem que profissionais com menor especialização e experiência usufruam desse saber.

A utilização de instrumentos padronizados para a avaliação permite ao clínico e ao pesquisador minimizar disparidades na coleta. Propicia medidas padronizadas, acuradas e reproduzíveis, as quais viabilizam comparações ao longo do tempo e em ambientes diferentes⁵⁶. Também, possibilita a abordagem de aspectos que não seriam espontaneamente falados pelo paciente ou questionados pelo clínico.

Segundo Córdas⁶⁰, as escalas em psiquiatria permitem: “pesquisar indivíduos que necessitam de tratamento médico, auxiliar no diagnóstico clínico, avaliar aspectos clínicos que se encontram além do diagnóstico, como a intensidade dos sintomas, monitorar efeitos positivos e negativos de tratamentos farmacológicos”. A aplicação de escalas não está isenta de problemas: seu uso isolado ou inadequado pode transmitir a impressão errônea de que apenas a aplicação do instrumento é suficiente.

As escalas podem ser classificadas quanto à finalidade: discriminativas (determinam se o fenômeno está ou não presente); preditivas (avaliam se determinados indivíduos desenvolverão ou não a condição alvo) e avaliativas (cujo objetivo é quantificar mudanças ao longo do tempo)^{61,62}.

A opção pela utilização de um instrumento deve ser resultado de um processo cuidadoso, tendo em vista que pode influenciar de forma significativa o resultado. Streiner⁶³ cita como quesitos que devem ser ponderados: origem dos itens, clareza, reprodutibilidade e utilidade além da análise psicométrica. Também devem ser considerados: objetivos, população, tipo de serviço, forma de administração, treinamento necessário e custo financeiro^{64,65}. Assim, a opção pela “melhor” escala pode variar de acordo com inúmeras características e necessidades.

Instrumentos de triagem são desenhados especialmente para identificar indivíduos com grandes chances de apresentar a alteração avaliada, com ênfase na sensibilidade. Normalmente, são de aplicação rápida e não exigem longos treinamentos⁶⁴.

5 CARACTERÍSTICAS DAS ESCALAS

Dois critérios são essenciais e sem os quais não se pode afirmar a segurança quanto aos resultados encontrados: confiabilidade e validade. A confiabilidade produz resultados reproduzíveis e constantes, enquanto a validade representa precisamente aquilo que se deseja mensurar.

Ainda que apresentadas separadamente, validade e confiabilidade estão intimamente relacionadas. Embora a validade de um instrumento seja apresentada como seu primeiro atributo, é presumível aceitar que se uma medida não é confiável, naturalmente, ela também não poderá ser válida⁶⁶.

5.1 Confiabilidade

Também denominada de fidedignidade, está relacionada com a constância dos resultados obtidos quando o mesmo indivíduo (ou objeto) é avaliado, medido ou quantificado mais do que uma vez. Refere-se ao grau com que aplicação em ocasiões diferentes apresenta os mesmos resultados avaliando o quanto o instrumento é consistente, exato e estável ao longo do tempo, entre pacientes e avaliadores. A confiabilidade pode ser testada das seguintes maneiras^{65,67,68}:

a) estabilidade (ou teste-reteste): os sujeitos são testados pelo mesmo instrumento em dois momentos diferentes com intervalos determinados de forma suficiente para que as características medidas não se modifiquem. Tempos longos comumente podem ser suscetíveis a mudanças que, embora tenham sido

adequadamente mensuradas pelo instrumento, podem comprometer a estabilidade levando a uma subavaliação. Períodos demasiadamente curtos podem levar à influência da estabilidade pelo efeito de memória, quando o indivíduo é capaz de lembrar claramente as respostas fornecidas no primeiro teste, ocasionando um aumento na estimativa da estabilidade. Assim, com o transcorrer do tempo, a chance de superavaliação diminui e a subavaliação tende a aumentar.

b) equivalência: dois instrumentos equivalentes são administrados no mesmo momento e se espera que os resultados sejam idênticos ou muito próximos. O instrumento será considerado confiável se os resultados obtidos nas duas avaliações estiverem relacionados. Uma limitação desta técnica é que nem sempre poder contar com dois instrumentos equivalentes.

c) interobservadores: dois observadores treinados observam o mesmo evento e atribuem escores de forma independente, de acordo com critérios preestabelecidos. O grau de concordância indica a confiabilidade do instrumento.

Os índices de concordância, se contínuos, são medidos pelo Coeficiente de Correlação Intraclasse e, se categóricos, pelo Coeficiente Kappa. Para ambos os coeficientes valores acima de 0.8 são considerados desejáveis.

d) consistência interna: relaciona-se ao quanto os itens concordam entre si. É calculada a partir do escore obtido em cada item com o escore total dos demais. Os valores variam entre 0 a 1, sendo considerados adequados acima de 0,7. Uma vantagem desta técnica é a possibilidade da aplicação de instrumento apenas uma vez.

Flutuação na confiabilidade pode ser consequência de mudanças reais entre as medidas e/ou decorrente de falhas na mensuração. O problema fundamental é fazer a distinção entre as duas possibilidades.

5.2 - Validade

Refere-se ao grau em que o instrumento mede precisamente aquilo que se deseja⁶⁸.

Validade aparente: técnica mais simples, onde é considerada apenas se determinada variável parece medir aquilo que se propõe. Realizada por um juiz, ou mais, é um processo subjetivo. Segundo Matins⁶⁶, todo indivíduo que constrói um instrumento realiza um processo de julgamento no qual avalia se aquela medida é adequada ou não. Dessa maneira, todo instrumento, ao ser construído, é automaticamente submetido à validade aparente. Conquanto, isoladamente, não garanta a validade de uma medida, não existe razão para sujeitar um instrumento a outras provas sem essa validade.

Validade conceitual: identifica o conceito teórico utilizado a partir do qual se deu o desenvolvimento do instrumento.

Validade de conteúdo⁶⁸: realizada por especialistas que julgam se o instrumento contém todos os domínios relevantes e importantes para a variável ser mensurada. Os domínios envolvidos precisam ser intensamente avaliados para garantir que os aspectos vitais sejam abrangidos e estejam alocados em adequadas proporções. Para que seja garantida, essa validade deve ser executada antes da construção do teste.

Validade de critério^{50,68}: capacidade de o instrumento medir aquilo que se propõe de acordo com uma medida externa escolhida (também chamado de “padrão-ouro”). Pode ser:

- a) concorrente: quando o instrumento e o critério são aplicados simultaneamente;
- b) preditiva: quando o critério é aplicado posteriormente;
- c) divergente: o instrumento não deve estar relacionado com variáveis que não lhe dizem respeito.

Validade discriminante^{68, 69}: realizada a partir comparação dos resultados obtidos entre dois grupos distintos. Sensibilidade e especificidade estão relacionadas a esta validade.

Validade de construto: avalia se a escala se correlaciona bem com outras medidas utilizadas para verificar a presença do mesmo fenômeno (convergente) ou fenômenos opostos (divergente).

6 OBJETIVO

6.1 Objetivo geral

Identificar, na literatura, instrumentos disponíveis para avaliação do risco e/ou presença de abuso e dependência em pacientes em uso de opióides para tratamento da DCNRC.

6.2 Objetivos específicos

Avaliar as principais características dos estudos de publicação das escalas identificadas (desenho, amostra, critérios de inclusão e exclusão, número de itens, escore máximo e mínimo, ponto de corte e tempo de preenchimento).

Avaliar as principais propriedades psicométricas (validade e confiabilidade) das escalas identificadas.

Avaliar as medidas de acurácia (sensibilidade, especificidade, VPP, VPN) das escalas identificadas.

Avaliar os estudos de replicação/validação/teste das escalas.

7 REFERENCIAL TEÓRICO

Atualmente, profissionais de saúde e pesquisadores estão imersos em um número incrível de informações, mas necessitam de recursos que permitam uma tomada de decisão racional eficiente e em tempo hábil. Inegavelmente a quantidade de informações disponíveis na área da saúde é admirável e segue em ritmo crescente, o que usualmente não permite o acompanhamento de todas as informações disponíveis e interessantes para a prática clínica. Nesse contexto, a revisão de literatura facilita a formação de opinião baseada em resultados oriundos de múltiplos estudos⁷⁰ pela seleção, organização, análise, síntese dos resultados e transformação em conhecimento⁷¹.

A revisão da literatura narrativa (ou tradicional) tem como propósito fornecer respostas a questões amplas. É caracterizada pela seleção arbitrária dos estudos e não exige método rígido. As buscas nem sempre esgotam as fontes e possibilidades, sendo passível de influência pessoal e viés de seleção⁷⁰. É considerada adequada quando o objetivo é fornecer síntese qualitativa, conhecimento na área sem contudo prover respostas quantitativas⁷¹.

A revisão integrativa combina dados da literatura teórica e empírica com propósitos mais amplos, desse modo, agregando trabalhos com diferentes métodos (quantitativo e qualitativo). A vasta composição dos estudos fornece um entendimento completo sobre um tema mais abrangente, mas também pode dificultar a análise⁷².

A revisão sistemática, com ou sem meta-análise, compõe importante instrumento para a pesquisa e clínica na área da saúde por reunir, de modo organizado, explícito e sistematizado, os resultados obtidos por um grande número de estudos^{73, 74}.

Para superar a possibilidade dos vieses da revisão narrativa⁷⁵, a revisão sistemática baseia-se na seleção rigorosa de estudos primários por critérios

definidos previamente, sistematizada e reproduzível de estudos primários cuja natureza depende da questão a ser respondida e permite superar os achados de estudos independentes^{70, 71}. Constitui a ponte entre a literatura e a prática e subsidia decisões na área da saúde, que devem levar em conta, igualmente, a experiência clínica, ambiente e recursos, além da necessidade dos pacientes^{71, 76}. Diferencia-se das revisões narrativas pelo rigor metodológico⁵⁴, possibilitando a integração entre resultados obtidos em diferentes pesquisas, realizadas em diferentes ambientes e pesquisadores. Pode ainda ser utilizada para nortear a prática profissional e apontar a direção para a realização de novos estudos⁷⁵. Seus resultados podem ser apresentados de forma descritiva ou meta-análise⁷⁷.

A meta-análise é um procedimento estatístico realizado para avaliar conjuntamente o resultado de diversos estudos, que devem obrigatoriamente fazer uso de método, população, intervenções e avaliação dos resultados de forma coincidente. Quando isso não é possível, a realização da meta-análise não é apropriada⁷⁷.

O Centro Cochrane⁷¹ recomenda que a revisão sistemática seja efetuada seguindo os sete passos seguintes.

7.1 Formulação da pergunta da pesquisa

É o passo inicial para a revisão sistemática. A pergunta adequada permite a realização acertada das demais etapas. Questões malformuladas podem resultar na inclusão inadequada dos estudos, comprometendo todo o processo.

7.2 Identificação e seleção dos estudos

Inicia-se com a definição das palavras-chave, descritores, estratégias de busca e base de dados selecionada. Deve ser realizada a busca extensa e exaustiva por estudos primários em bases eletrônicas e periódicos, além da pesquisa manual em artigos e periódicos, mantendo sempre o cuidado de se utilizar o método correto em cada uma delas. É frequente a necessidade do desenvolvimento de uma estratégia para cada base de dados.

7.3 Avaliação crítica dos estudos

A seleção dos artigos incluídos no estudo deve respeitar rigorosamente os critérios estabelecidos previamente para permitir a reprodutibilidade e evitar que os critérios sejam baseados nos resultados obtidos, permitindo a influência subjetiva do autor. O mesmo rigor deverá ser adotado para a exclusão dos estudos. Nesta etapa, recomenda-se que a adequação aos critérios de inclusão e exclusão seja checada por mais de um revisor cego ao resultado obtido pelo seu(s) par(es). Quando as avaliações do título e resumo não são suficientes para incluir ou excluir um estudo, a leitura do texto na íntegra deverá ser realizada para evitar que estudos importantes sejam inadequadamente excluídos. É importante que para cada estudo excluído seja explicitada a razão.

7.4 Coleta de dados

As variáveis de interesse em cada estudo são extraídas com o auxílio de um instrumento padronizado, assim, garantindo que os dados sejam sistematicamente coletados, por conseguinte, minimizando erros, facilitando a análise e comparação dos dados. A avaliação da coleta das variáveis por outro pesquisador é considerada desejável. Se houver possibilidade, recomenda-se uma reunião para estabelecimento da forma como os dados serão coletados e, se possível, a realização de um teste piloto para avaliar o instrumento padronizado.

7.5 Análise e apresentação dos dados

Nesta fase, os estudos são avaliados, quanto ao método adotado, com o objetivo de verificar se os resultados obtidos podem ser considerados válidos para a resposta ao problema formulado. Recomenda-se dois processos para análise dos dados:

- análise qualitativa: onde o objetivo é encontrar similaridades e diferenças entre os estudos que resultam na descrição da qualidade metodológica pela avaliação da validade interna e externa do estudo;

- análise estatística: realização de uma série de cálculos que dará origem ao resultado da revisão, cujo objetivo é obter a melhor acurácia e precisão por meio da meta-análise e análises de sensibilidade.

7.6 Interpretação dos resultados

A interpretação deve levar em conta a força da evidência, eficácia apresentada, custos, riscos X benefícios e limitações.

7.7 Aperfeiçoamento e atualização

Após a publicação, a revisão será submetida a uma análise crítica pelos leitores, com o surgimento de críticas e sugestões que poderão ser incorporadas às novas publicações.

8 MÉTODO

A pesquisa foi realizada buscando artigos publicados até dezembro de 2011 e dividida em seis etapas: 1) formulação do problema de pesquisa; 2) identificação e seleção dos estudos; 3) avaliação crítica dos estudos; 4) coleta de dados; 5) análise e apresentação dos dados; e 6) interpretação dos resultados.

8.1 Formulação da pergunta da pesquisa

A pergunta norteadora para o estudo foi: “Quais as escalas disponíveis para a avaliação do risco e/ou presença de abuso e dependência de opióides em pacientes com dor crônica não relacionada ao câncer?”

8.2 Identificação e seleção dos estudos

As bases de dados consultadas foram: SCOPUS, PubMed, BIREME (LILACS, IBECs, Cochrane e SciELO), ScienceDirect, OVID, Banco de teses da USP, Capes e UNICAMP, além das referências nos estudos levantados. Os descritores/palavras-chave foram adaptados de acordo com cada base de dados (TABELA 1). Não foi estabelecido nenhum critério de restrição em relação a idioma ou data de publicação do estudo.

8.3 Avaliação crítica dos estudos

A análise para a inclusão dos estudos obedeceu aos seguintes critérios: 1) ser artigo original; 2) apresentar escala para avaliação da presença e/ou risco de abuso e dependência relacionada ao uso de opióide para o tratamento da DCRNC; 3) validar ou testar escala cujo foco era avaliar exclusivamente o risco de comportamento aberrante, abuso ou dependência relacionada ao uso de opióides para tratamento da DCNRC. Estudos de revisão foram excluídos.

8.4 Coleta de dados

Os dados foram extraídos utilizando-se um formulário desenvolvido pelo autor (APÊNDICE 1). Alguns critérios foram estabelecidos para a extração das informações:

- validade conceitual procurou-se identificar se havia definição do conceito pelos proponentes do estudo;
- validade de conteúdo foi considerada quando os autores relataram a avaliação da escala por um grupo de especialistas;
- validade de critério foi verificada pela presença de padrão-ouro;
- validade convergente e divergente foi considerada quando os autores aplicaram outros instrumentos com o objetivo de correlacionar as medidas;

- informações quanto à confiabilidade foram consideradas quando presentes teste-reteste, equivalência, consistência interna e confiabilidade intraobservadores

- medidas de acurácia (sensibilidade, especificidade, VPP, e VPN) foram consideradas presentes quando explicitadas pelos autores;

Quanto à finalidade, os estudos foram classificados em quatro categorias:

- artigos para publicação de escalas discriminativas;

- artigos de teste/validação de escalas discriminativas;

- artigos para publicação de escalas preditivas;

- artigos de teste/validação de escalas preditivas.

Estudos foram considerados como discriminativos quando distinguiam entre sujeitos que apresentam ou não o fenômeno e as escalas preditivas como aquelas que buscavam identificar quais indivíduos desenvolveriam a condição⁶⁹.

Outros dados importantes para a compreensão do estudo também foram extraídos: nome do instrumento; abreviatura; autores; ano de publicação; objetivo do estudo (publicação de nova escala ou estudo de validação); conceito avaliado segundo a APS⁵¹ (ANEXO 2); tamanho e tipo de amostra; critérios de inclusão e exclusão no estudo; desenho; forma de preenchimento; escore máximo e mínimo; ponto de corte, assim como seu significado.

Quando não colocados de forma explícita pelo autor, os seguintes critérios foram adotados por ele:

- amostra: se não havia nenhuma referência ao método de seleção dos pacientes, considerou-se como amostra de conveniência;

- desenho do estudo⁷⁸: coorte (quando indivíduos eram acompanhados por um período de tempo para verificar a ocorrência ou não do desfecho) e transversal (quando os indivíduos não eram acompanhados).

8.5 Análise e apresentação dos dados

O pequeno número de estudos que definia o conceito avaliado e a utilização de termos não padronizados impediu a classificação dos estudos de acordo com os conceitos: abuso e dependência. Deste modo, as escalas foram classificadas apenas em preditivas e discriminativas. O conceito avaliado, quando presente, foi reclassificado de acordo com o critério da APS⁵¹ definidos em 2009, ano em que as escalas já tinham sido publicadas.

Os dados foram apresentados de acordo com a frequência absoluta, por meio de tabelas e gráficos gerados pelos programas Microsoft Word e Microsoft Excel 2007.

Os estudos não foram classificados segundo evidências por não existir nenhuma classificação padronizada para estudos metodológicos até o momento.

A análise qualitativa foi realizada, porém os diferentes métodos empregados nos estudos impediram a realização da análise estatística.

8.6 Interpretação dos resultados

Os dados foram interpretados de acordo com os resultados levantados e as recomendações realizadas pela literatura.

TABELA 1. Estratégias de busca e número de estudos. São Paulo, 2012.

Base de dados	Descritores/Palavras-chave	Identificados	Selecionados	Repetidos	Analisados	Incluídos
Scopus	Opioid and Risk Management (Limites: medicine, pharmacology, toxicology and pharmaceutics)	851	19	0	19	5
PubMed	((("Behavior, Addictive"[Mesh] OR "Opioid-Related Disorders"[Mesh]) OR "Morphine Dependence"[Mesh]) AND "Risk Assessment"[Mesh])	187	43	6	36	11
BIREME	"Analgésicos Opióides" AND "instrumentos"; "Adição à morfina" AND "Questionários"; Dependência de opióides" AND "Questionários"; "Transtornos relacionados à opióides" AND "Questionários"	380	38	38	0	0
ScienceDirect	(((ALL(opioid) and ALL(dependence)) and not smitxt(#AIPA#) AND EXCLUDE(topics, "opioid receptor,nmda receptor")) and not smitxt(#AIPA#) and risk) and not smitxt(#AIPA#) AND LIMIT-TO(topics, "substance abuse,chronic pain")	287	8	1	7	1
OVID	Opioid AND self assessment; opioid AND risk assessment; morphine AND risk assessment	0	0	0	0	0
Referência nos estudos levantados		1	1	0	1	1
Banco de teses USP	Instrumento opióides Escalas opióides	0	0	0	0	0
Banco teses UNICAMP	Instrumento opióides Escalas opióides	0	0	0	0	0
Banco de teses CAPES	Instrumento opióides Escalas opióides	0	0	0	0	0
Total		1706	109	44	63	18

9 RESULTADOS

A busca resultou em 1.707 publicações, sendo que 63 foram incluídas na análise, com 19 trabalhos selecionados (FIGURA 1).

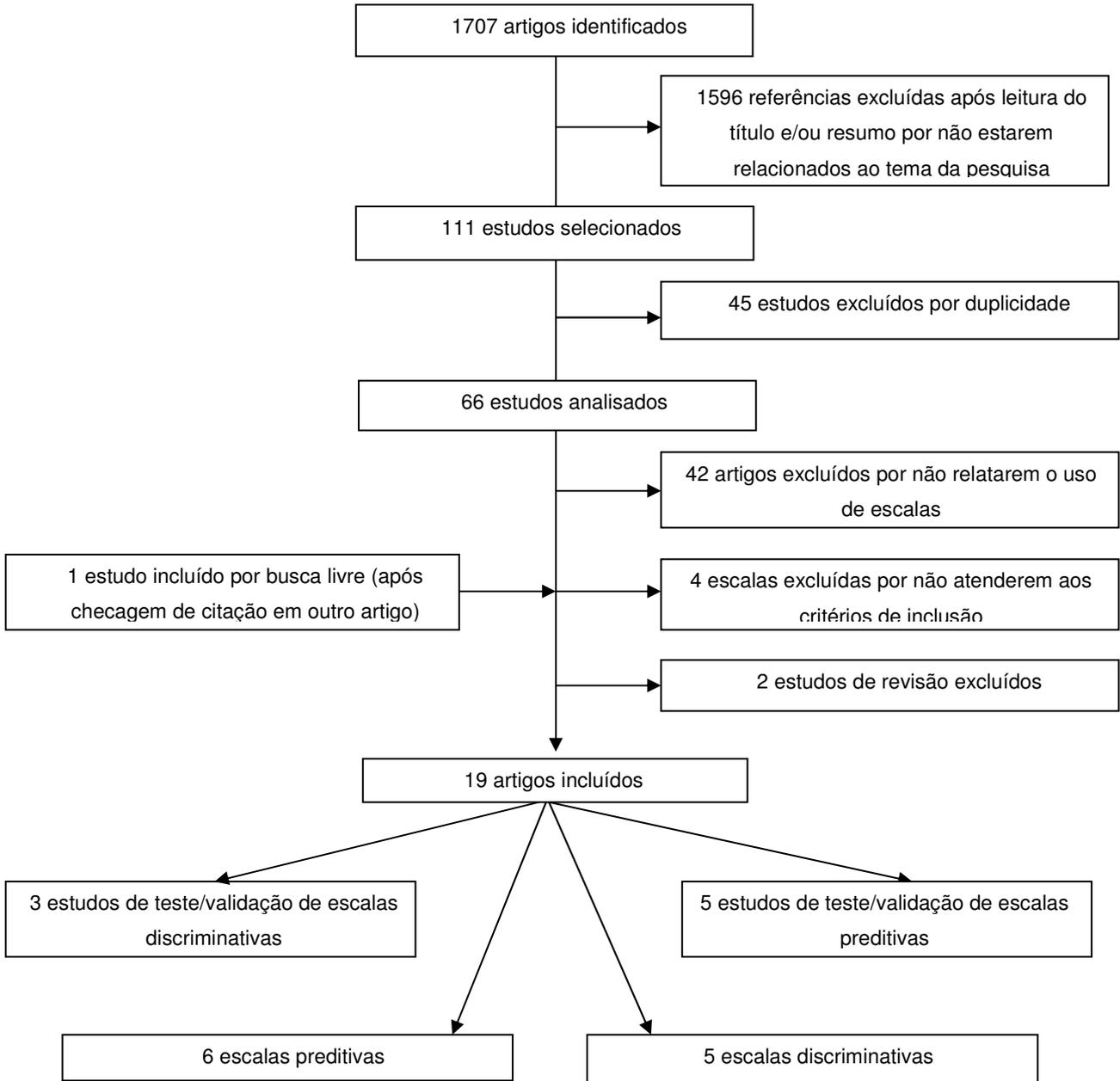


FIGURA 1. Fluxograma da revisão sistemática.

Quatro escalas foram excluídas por não atenderem aos critérios de inclusão para o estudo conforme TABELA 2.

TABELA 2. Instrumentos excluídos. São Paulo, 2012.

Instrumento	Autor, ano	Motivo da exclusão
DIRE	Belgrade, 2006 ⁵⁷	Avalia resposta do paciente à terapia prolongada com opióide
SISAP (The Screening Instrument for Substance Abuse Potential)	Coombs, 1996 ⁷⁹	Não avaliou pacientes com DCNRC
PADT (Pain Assessment and Documentation Tool)	Passik, 2004 ⁸⁰	Foco na documentação da resposta à terapia com opióide
SODQ (Severity of Opiate Dependence Questionnaire)	Sutherland, 1986 ⁸¹	Desenvolvida com pacientes em uso de heroína. Nenhum estudo validou a escala para pacientes com DCNRC

O período de publicação das escalas variou de 1998 a 2008 (GRÁFICO 1), com tendência ao aumento após o ano de 2003, sendo apenas 2 publicados entre os anos de 1998 e 2003. Os estudos de teste e validação das escalas foram publicados após o ano de 2006, sendo que, no ano de 2009, foram publicados 4.

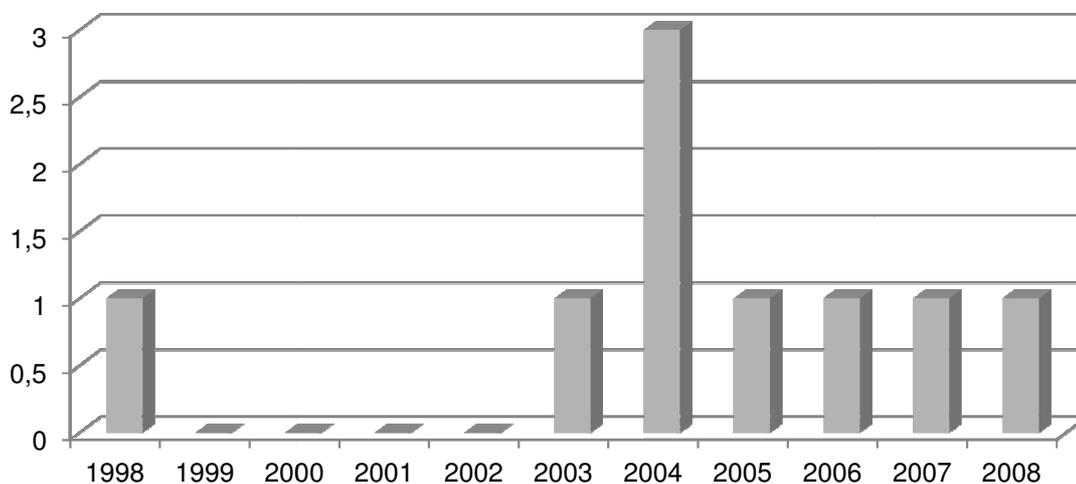


GRÁFICO 1. Número de escalas publicadas segundo o ano.

Foram identificados 11 instrumentos: 6 preditivos (risco para desenvolver abuso e/ou dependência): *PMQ* (*Pain Medical Questionnaire*)⁵³, *NI* (*não informado*)⁸², *SOAPP* (*Screeener and Opioid Assessment for Patients with Pain*)⁸³, *SOAPP-R* (*Revised Screeener and Opioid Assessment for Patients with Pain*)⁴³, *STAR* (*Screening Tool for Addiction Risk*)⁸⁴, *ORT* (*Opioid Risk Tool*)⁴². Cinco instrumentos foram desenvolvidos para avaliar a presença de abuso e/ou dependência (discriminativos): *COMM* (*Current Opioid Misuse Measure*)⁸⁵, *PDUQ* (*Prescription Drug Use Questionnaire*)^{86, 87}, *PDUQp* (*Self Reported Version of the Prescription Drug Use Questionnaire*)⁵³, *POMI* (*Prescription Opioid Misuse Index*)⁸⁸ e *ABC* (*Addiction Behaviors Checklist*)⁸⁹.

As informações e principais características dos instrumentos estão resumidas nas TABELAS 3 e 4.

TABELA 3. Autores, instrumentos e método dos estudos de desenvolvimento das escalas preditivas. São Paulo, 2012.

Autor (data)	Nome completo do instrumento	Objetivo do instrumento	Amostra	Desenho*	Tamanho	N. itens	Preenchimento	Escore (Min-Max)	Ponto de corte	Significado do ponto de corte	Tipo de amostra
Adams, 2004 ⁵³ PMQ	Pain Medical Questionnaire	Risco para comportamento aberrante	Pacientes com DCNRC	Transversal	184	26	Autopreenchimento	0-104	NI	NI (escores maiores evidenciam maiores riscos)	Conveniência
Atluri,, 2004 ⁸² NI	NI	Risco para comportamento aberrante	Pacientes com dor DCNRC em uso de opióides por mais de 6 meses	Caso controle	210	6	Médico	0-6	3	≤3: baixo risco >4 alto risco	Conveniência (para o grupo de casos) e aleatória (para o grupo controle)
Butler, 2004 ⁸³ SOAPP	Screening and Opioid Assessment for Patients with Pain	Risco para comportamento aberrante	Pacientes com dor DCNRC tratados com opióides por um longo período	Coorte (6 meses)	175 recrutados, 95 acompanhados	14	Autopreenchimento	0-64	7	<7: baixo risco ≥7; alto risco	Conveniência
Butler, 2008 ⁴³ SOAPP-R	Revised Screening and Opioid Assessment for Patients With Pain	Risco para comportamento aberrante	Pacientes com dor DCNRC tratados com opióides por mais de 6 meses	Coorte (5 meses)	283 recrutados, 233 acompanhados	24	Autopreenchimento	0-96	18	<18: baixo risco ≥18: alto risco	Conveniência
Friedman, 2003 ⁸⁴ STAR	Screening tool for addiction risk	Risco de abuso	Pacientes com DCNRC e sem diagnóstico de adição	Transversal	48	14	Autopreenchimento	0 a 14	NI	NI	Conveniência
Webster, 2005 ⁴² ORT	Opioid Risk Tool	Risco para desenvolver comportamentos aberrantes	Paciente com DCNRC em uso prolongado de opióides	Coorte (12 meses)	18	10	Autopreenchimento	0 a 26	0 a 3, 4 a 7 e ≥8	0 a 3: baixo risco; 4 a 7: moderado ≥8: alto risco.	Conveniência

TABELA 4. Autores, instrumentos e método dos estudos de desenvolvimento das escalas discriminativas. São Paulo, 2012.

Autor (data)	Nome completo do instrumento	Objetivo do instrumento	Amostra	Desenho*	Tamanho	N. itens	Preenchimento	Escore (Min. Max)	Ponto de corte	Significado do ponto de corte	Tipo de amostra
Butler, 2007 ⁸⁵ COMM	Current Opioid Misuse Measure	Presença de comportamento aberrante	Pacientes DCNRC tratados com opióides por mais de 6 meses	Coorte (3 meses)	177 recrutados, 86 acompanhados	17	Autopreenchimento	0-68	9	<9: uso inadequado ≥9 sem comportamento de mau uso .	Conveniência
Compton, 1998 ⁸⁶ PDUQ	Prescription Drug Use Questionnaire	Adição	Pacientes com comportamentos aberrantes	Transversal	52	42	Pesquisador treinado	0-39	15;	≥15: comportamento disfuncional	Conveniência
Compton, 2008 ⁸⁷ PDUQp	Self-Report Version of the Prescription Drug Use Questionnaire	Adição	Pacientes com dor crônica não oncológica em uso de opióides	Coorte (12 meses)	135 selecionados, 66 acompanhados	31	Autopreenchimento	0 a 30	10	>10: maior risco de interrupção do tratamento por violação no tratamento	Conveniência
Knisely, 2008 ⁸⁸ POMI	Prescription Opioid Misuse Index (POMI)	Adição	Pacientes com dependência e em uso de Oxycontin®	Transversal	74	6	Médico	0 a 6	2	≥2: indicativo de desvio de medicação	Conveniência
Wu, 2006 ⁸⁹ ABC	Addiction Behaviors Checklist	Adição	Pacientes (veteranos de guerra) em uso de opióides por longo prazo	Coorte (4 a 5 meses)	136	20	Entrevista (não específica quem)	0 a 20	3	≥3: apresenta comportamentos de adição	Conveniência

Todas as escalas foram publicadas em inglês e nenhuma delas estava disponível em outra língua. Nenhuma escala foi submetida a processo de adaptação transcultural.

9.1 Escalas preditivas

Foram identificadas 6 escalas preditivas: STAR⁸⁴, PMQ⁵³, NI⁸², SOAPP⁸³, ORT⁴² e SOAPP-R⁴³.

9.1.1 Validade

9.1.1.1 *Validade de conceito*

Entre as escalas preditivas, poucos estudos (ORT⁴² e SOAPP-R⁴³) trazem a definição do conceito que se propõe a avaliar (TABELA 5). No entanto, os critérios adotados são baseados nas definições pessoais dos autores e não em definições padronizadas como DSM-IV⁵⁰ ou APS⁵¹. As demais escalas não definem os

conceitos mensurados, assim, impossibilitando a identificação do que está sendo verdadeiramente analisado.

TABELA 5 Comparação entre objetivos do estudo, conceitos utilizados e reclassificação segundo APS⁵¹ para escalas preditivas. São Paulo, 2012.

Instrumento	O que avalia	Definição do conceito	Classificação segundo a APS ⁵¹
PMQ ⁵³	Risco para comportamento aberrante	NI	NA [†]
NI ⁸²	Risco para uso inadequado	NI	NA [†]
SOAPP ⁸³	Risco para comportamento aberrante	NI	NA [†]
SOAPP-R ⁴³	Risco para comportamento aberrante	Comportamentos que impliquem no uso indevido da medicação	Comportamento aberrante
STAR ⁸⁴	Risco para abuso	NI	NA [‡]
ORT ⁴²	Risco para abuso e dependência	Abuso: uso deliberado e ilegal	Uso inadequado
		Dependência: uso sem finalidade médica	Abuso

NI: não informado

NA[†]: não se aplica (sem definição do conceito no estudo)

NA[‡]: Não se aplica (utiliza critérios de adição do DSM-IV).

9.1.1.2 Validade de Conteúdo

Três instrumentos foram submetidos à validação de conteúdo: PMQ⁵³, SOAPP⁸³ e SOAPP-R⁴³. No trabalho publicado por Adams⁵³, foi realizada avaliação da escala por 10 profissionais (médicos e psicólogos) que possuíam experiência no tratamento de pacientes com dor, que, em uma escala de 0 a 10, julgaram a

adequação do documento. O resultado foi considerado satisfatório com nota média de 9,05 e desvio-padrão de 0,72, mostrando que os profissionais julgavam a escala adequada.

Butler^{43,83} submeteu as escalas SOAPP e SOAPP-R a comitês formados por especialistas que avaliaram o quanto cada comportamento do instrumento era importante para avaliar abuso e dependência e obtenção de consenso. Na construção da escala SOAPP⁸³, foram consultados 39 especialistas, entre eles, médicos especialistas em dor, adição, em ambos e enfermeiros especialistas em dor. No desenvolvimento da escala SOAPP-R⁴³, além de selecionar itens mais preditores de abuso e dependência, os profissionais avaliaram os itens em relação a outras características, como evitar itens ofensivos, descartar possíveis ambiguidades ou uso de termos que rapidamente pudessem entrar em desuso (gírias), itens curtos (preferencialmente até 10 palavras) e de fácil compreensão.

9.1.1.3 Validade de critério

No que diz respeito à validade de critério, diferentes medidas foram utilizadas nos estudos, conforme TABELA 6.

TABELA 6. Validade de critério utilizada nos instrumentos preditivos. São Paulo, 2012.

Instrumento	Validade concorrente	Validade preditiva
PMQ ⁵³	PRA* + histórico de problemas relacionados à opióide	NA
NI ⁸²	Suspensão do tratamento por violação+ tela de urina positiva	NA
SOAPP ⁸³	ABDI [†]	ABDI [†]
SOAPP-R ⁴³	ABDI [‡]	ABDI [‡]
STAR ⁸⁴	DSM-IV	NA
ORT ⁴²	Presença de três ou mais comportamentos aberrantes documentados em prontuário pela equipe, relatados pelo paciente ou familiares ou detectado por exames laboratoriais (sangue e urina).	Presença de três ou mais comportamentos aberrantes documentados em prontuário pela equipe, relatados pelo paciente ou familiares ou detectado por exames laboratoriais (sangue e urina).

Physician Risk Assessment: perguntas respondidas pelo médico sobre abuso e dependência

NA: não se aplica (estudos transversais)

ABDI[†] (Aberrant Drug Behavior Index): PDUQ ≥ 11 **ou** POTQ ≥ 2 **ou** tela de urina positiva para drogas ilícitas ou substâncias não prescritas.

ABDI[‡] (Aberrant Drug Behavior Index): PDUQ ≥ 11 **ou** POTQ ≥ 2 **e** tela de urina positiva para drogas ilícitas ou substâncias não prescritas. Se exame de urina não era obtido considerava-se PDUQ ≥ 11 **ou** POTQ ≥ 2 .

Para a escala ORT⁴² não existem informações se houve pesquisa sistemática de comportamentos aberrantes com paciente e familiares ou se o relato foi espontâneo.

9.1.1.4 Validade de construto

9.1.1.4.1 Validade convergente e divergente

Validades divergente e convergente foram realizadas apenas para as escalas PMQ⁵³ e SOAPP-R⁴³. As medidas de validade convergente para a escala PMQ foram realizadas com medidas de abuso de substância, incapacidade e angústia pessoal, com os seguintes instrumentos: *The Dallas Pain Questionnaire* (coeficiente de Pearson=0,36), *Visual Pain Analogue* (coeficiente de Pearson= 0,23) e *Oswestry Pain Disability Questionnaire* (Coeficiente de Pearson= 0,25). A validade divergente foi feita com medidas de bem-estar físico e mental: SF-36 – componentes físicos (Coeficiente de Pearson = -0,22) e componentes saúde mental (Coeficiente de Pearson=-0,35). Para o instrumento SOAPP-R a validade convergente foi realizada com *Marlowe-Crowne Social Desirability Scale* (MCSDS) (Coeficiente de Pearson= -0,24).

A TABELA 7 resume as validades testadas de cada instrumento.

TABELA 7. Resumo das validades testadas nas escalas preditivas. São Paulo, 2012.

Instrumento	Construto	Conteúdo	Critério		Convergente	Divergente
			Concorrente	Preditiva		
PMQ ⁵³	S	S	S	NA	S	N
NI ⁸²	N	N	S	NA	N	N
SOAPP ⁸³	N	S	S	S	N	N
SOAPP-R ⁴³	S	S	S	S	N	S
STAR ⁸⁴	N	N	S	NA	N	N
ORT ⁴²	S	N	S	S	N	N

S: Sim

N: Não

NA: Não se aplica (estudos transversais).

9.1.2 Fidedignidade

9.1.2.1 Consistência Interna

Os valores referentes às medidas de consistência interna, quando presentes, estão relacionados na TABELA 8.

TABELA 8. Medidas de acurácia e consistência dos instrumentos preditivos. São Paulo, 2012.

Instrumento	Sensibilidade	Especificidade	VPP	VPN	Confiabilidade
PMQ ⁵³	NI	NI	NI	NI	0,73
NI ⁸²	0,77	0,84	NI	NI	NI
SOAPP ⁸³	0,90	0,68	0,71	0,90	0,74
SOAPP-R ⁴³	0,81	0,81	0,68	0,57	0,88
STAR ⁸⁴	NI	NI	0,93	0,06	NI
ORT ⁴²	NI	NI	NI	NI	NI

NI: não informado

9.1.2.2 Teste-Reteste

Esta foi uma propriedade testada em 3 escalas: para a escala PMQ⁵³ o teste-reteste foi realizado em 19 paciente, com intervalo de 30 minutos, entre os preenchimentos da escala (Coeficiente de Correlação de Pearson=0,85). Para o instrumento SOAPP⁸³ a estabilidade foi medida pelo preenchimento da escala 6 meses após o início do estudo com bom resultado (Coeficiente de Correlação de Pearson= 0,71). A estabilidade teste-reteste foi medida para escala SOAPP-R, 54 pacientes completaram um novo preenchimento da escala após 7 dias com Coeficiente de Correlação Intraclasse= 0,69.

9.1.2.3 *Confiabilidade intraobservadores*

Foi avaliada apenas para o instrumento PMQ⁵³ por meio da exposição de casos com pacientes fictícios apresentados por escrito (Coeficiente de Correlação de Pearson=0,74).

9.1.3 Medidas de Acurácia

As medidas de acurácia (sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo) estão resumidas na TABELA 7.

9.1.4 Tempo de preenchimento

Nenhum dos estudos fez menção ao tempo de preenchimento dos instrumentos.

9.1.5 Critérios de inclusão e exclusão

Somente dois estudos citam os critérios para inclusão e exclusão. Aitluri⁸² avaliou apenas pacientes com uso prolongado de opióides (acima de 6 meses) e excluiu os pacientes que sofriam de dor aguda e/ou relacionada ao câncer. Nas escalas desenvolvidas por Bulter^{43,83}, o uso de opióides por longos períodos também foi critério de inclusão, sendo que apenas para a escala SOAPP-R⁴³ houve definição desse tempo como acima de 6 meses. Para o instrumento STAR⁸⁴ os pacientes foram incluídos quando apresentavam três ou mais critérios de adição, segundo o DSM-IV. Nesses estudos não existem informações sobre limitações em relação à idade, escolaridade, diagnóstico médico, etc.

Nos demais estudos ^{42,53,84} os critérios de inclusão e exclusão não estão descritos.

9.2 Estudos de validação das escalas preditivas

Quatro instrumentos foram objeto de estudos com o objetivo de validar e testar os instrumentos: SOAPP⁸³, SOAPP-R⁴³, PMQ⁸⁶ e ORT⁴².

As principais informações dos estudos estão reunidas na TABELA 9.

TABELA 9. Estudos de validação/replicação/teste das escalas preditivas. São Paulo, 2012.

Autor Ano Instrumento	Amostra	Tipo de estudo	Ponto de corte	Sensibilidade(S) Especificidade (E)	VPP VPN	Confibilidade (Cronbach)
Akbik 2006 ⁹⁰ SOAPP	397 pacientes candidatos a terapia com opióides	transversal	≥8	NI	VPP: NI VPN: NI	0,75
Butler, 2009 ⁹¹ SOAPP-R	302 pacientes, 221 acompanhados	coorte: 5 meses	18	S: 0,80 E: 0,52	VPP: NI VPN: NI	0,86
Holmes, 2006 ⁹² PMQ	271 com DCNO iniciaram, 70 completaram	transversal	NI	S: NI E: NI	VPP: NI VPN: NI	NI
Buelow, 2009 ⁹³ PMQ	1813 acompanhados	Coorte (início, meio e fim do tratamento)	Até 20: baixo risco, 21 e 30: médio risco e acima de 1: alto risco	S: 0,74 E: 0,93	VPP: NI VPN: NI	0,70

Moore, 2009 ⁹⁴	48 pacientes que haviam tido o tratamento interrompido por violação	transversal	De acordo com cada instrume nto	SOAP: S: 0,80 ORT:S: 0,45 DIRE: S: 0,17 Entrevista: 0,77 Entrevista + SOAP: S: 0,90	VPP: NI NI VPN: NI
------------------------------	---	-------------	--	--	------------------------------

Os trabalhos realizados com essa finalidade frequentemente adotaram método e estratégias diferentes daqueles utilizados no estudo original, conforme comparação realizada na TABELA 10.

TABELA 10. Comparação entre método, padrão-ouro e ponto de corte entre estudos de publicação e teste/validação de instrumentos preditivos. São Paulo, 2012.

Autor Ano Instrumento	Amostra (estudo original X estudo de teste/validação)	Desenho do estudo (estudo original X estudo de teste/validação)	Padrão-ouro (estudo original X estudo de teste/validação)	Ponto de corte (estudo original X estudo de teste/validação)
Akbik 2006 ⁹⁰ SOAPP	Pacientes em uso prolongado de opióides X Pacientes candidatos a terapia com opióides	Coorte (6 meses) X Transversal	ABDI [†] X Exame toxicológico de urina	≥7 X ≥7
Butler, 2009 ⁹¹ SOAPP-R	Pacientes recebendo opióides por longo período X Pacientes em uso de opióides	Coorte (5 meses) X Coorte (5 meses)	ABDI ^{††} X ABDI ^{††}	≥18 X ≥18
Holmes, 2006 ⁹² PMQ	Pacientes com DCNRC X Pacientes com DCNRC iniciando tratamento interdisciplinar	Transversal X Coorte (antes, no final e após 6 meses do término do tratamento)	PRA* + histórico o de problemas relacionados à opióide X História de abuso de substâncias, solicitação de reposição precoce da medicação e abandono do tratamento	NI X Até 20,5: baixo risco; entre 20,6 e 30: médio risco; acima de 30: alto risco
Buelow ⁹³ 2009 PMQ	Pacientes com DCNRC X Pacientes com DCNRC	Transversal X Coorte (antes, no final e após 3 meses do término do tratamento)	PRA* + histórico o de problemas relacionados à opióide X História de abuso de álcool e/ou drogas	NI X Até 20: baixo risco; entre 21 e 30: médio risco; acima de 31: alto risco

ABDI[†] (Aberrant Drug Behavior Index): PDUQ ≥11 ou POTQ ≥2 ou tela de urina positiva para drogas ilícitas ou substâncias não prescritas.

ABDI^{††} (Aberrant Drug Behavior Index): PDUQ ≥11 ou POTQ ≥2 e tela de urina positiva para drogas ilícitas ou substâncias não prescritas. Se exame de urina não era obtido considerava-se PDUQ ≥11 ou POTQ ≥2.

Physician Risk Assessment: perguntas respondidas pelo médico sobre abuso e dependência.

Para confrontar o desempenho de escalas, Moore⁹⁴ aplicou as escalas SOAPP-R, ORT, DIRE⁵⁷ (excluída deste estudo) a 48 pacientes que também foram submetidos à entrevista clínica semiestruturada com um psicóloga, com duração média de 45 minutos, em que eram checadas informações sociais, legais e história de distúrbios psicológicos. Os resultados evidenciaram melhor sensibilidade para a entrevista (0,77), seguida pela escala SOAPP-R (sensibilidade 0,72). Quando os dois métodos citados anteriormente eram utilizados em conjunto, a sensibilidade foi elevada para 0,90. A escala ORT não apresentou o mesmo desempenho do estudo original (sensibilidade: 0,45) e a escala DIRE teve sensibilidade de apenas 0,17.

9.3 Escalas Discriminativas

Foram identificadas 5 escalas discriminativas: COMM⁸⁵, PDUQ⁸⁶, PDUQp⁸⁷, POMI⁸⁸ e ABC⁸⁹.

9.3.1 Validade

9.3.1.1 Validade de conceito

Entre as escalas discriminativas, dois estudos^{87,88} não apresentaram a definição do conceito avaliado. Um instrumento⁸⁶ utilizou conceito baseado na ASAM (*American Society of Addiction Medicine*)⁹⁵, enquanto Wu⁸⁹ utilizou critério publicado pela APS, em 2001⁹⁶.

Os conceitos adotados nos demais estudos e suas reclassificações, segundo a APS⁵¹, estão dispostos na TABELA 11.

TABELA 11. Comparação entre objetivos do estudo, conceitos utilizados e reclassificação segundo APS⁵¹ para instrumentos discriminativos. São Paulo, 2012.

Instrumento	O que avalia	Definição do conceito	Classificação segundo a APS ⁵¹
COMM ⁸⁵	Uso inadequado	Uso de forma diversa daquela prescrita	Abuso
PDUQ ⁸⁶	Adição	Consequência adversa do uso de opióides; Perda do controle sobre o uso; Foco excessivo nos opióides [†]	Adição
PDUQp ⁸⁷	Adição	NI	NA
POMI ⁸⁸	Comportamento aberrante	NI	NA
ABC	Adição	Doença primária, crônica, neurobiológica, genética, fatores psicossociais caracterizados por: controle deficiente sobre o uso, uso compulsivo apesar dos danos e <i>craving</i> ^{96‡}	Adição

NI: não informado

[†] Critério definido pela *American Society of Addiction Medicine*⁹⁵

[‡] Critério definido pela *American Pain Society, American Academy of Pain Medicine e American Society of Addiction Medicine*⁹⁶

NA: não se aplica (sem definição do conceito no estudo).

9.3.1.2 Validade de Conteúdo

O único instrumento submetido à validade de conteúdo foi a escala COMM, desenvolvida por Butler⁸⁵. Foram recrutados 26 profissionais envolvidos na assistência a pacientes com dor, entre eles: médicos, enfermeiros e pessoal de apoio.

9.3.1.3 Validade de Critério

Diversos critérios foram utilizados para o desenvolvimento dos instrumentos, conforme TABELA 12.

**TABELA 12. Validade de critério utilizada nos instrumentos discriminativos.
São Paulo, 2012.**

Instrumento	Validade concorrente	Validade preditiva
COMM ⁸⁵	ABDI	ABDI
PDUQ ⁸⁶	Critérios da ASAM e DSM-IV obtidos no prontuário	NA
PDUQp ⁸⁷	MARVD	NA
POMI ⁸⁸	DSM-IV	NA
ABC ⁸⁹	Avaliação clínica do médico + interrupção do tratamento por violação do contrato	Avaliação clínica do médico + interrupção do tratamento por violação do contrato

NA: não se aplica (estudos transversais)

ABDI: PDUQ ≥ 11 **ou** POTQ ≥ 2 e tela de urina positiva para drogas ilícitas ou substâncias não prescritas. Se exame de urina não era obtido considerava-se PDUQ ≥ 11 **ou** POTQ ≥ 2 .

MARVD: interrupção do tratamento por violação do acordo com base em decisões tomadas pela equipe de acordo com exame toxicológico de urina, condutas inadequadas e intoxicação alcoólica.

9.3.1.4 Validade de Construto

9.3.1.4.1 Validade convergente e divergente

Nenhuma das escalas teve as validades convergentes e divergentes testadas.

A TABELA 13 resume as validades testadas em cada instrumento.

TABELA 13. Resumo das validades testadas em escalas discriminativas. São Paulo, 2012.

Instrumento	Construto	Conteúdo	Critério		Convergente	Divergente
			Concorrente	Preditiva		
COMM ⁸⁵	S	S	S	S	N	N
PDUQ ⁸⁶	S	N	S	NA	N	N
PDUQp ⁸⁷	N	N	S	NA	N	N
POMI ⁸⁸	N	N	S	NA	N	N
ABC ⁸⁹	S	N	S	NA	N	N

S: Sim

N: Não

NA: Não se aplica (estudos transversais).

9.3.2 Fidedignidade

9.3.2.1 Consistência interna

Os valores referentes às medidas de consistência interna, quando presentes, estão relacionados na TABELA 14.

TABELA 14. Medidas de acurácia e consistência interna dos instrumentos discriminativos. São Paulo, 2012.

Instrumento	Sensibilidade	Especificidade	VPP	VPN	Confiabilidade
COMM ⁸⁵	0,77	0,66	0,66	0,95	0,86
PDUQ ⁸⁶	NI	NI	NI	NI	0,79
PDUQp ⁸⁷	0,66	0,66	NI	NI	NI
POMI ⁸⁸	0,82	0,92	NI	NI	0,84
ABC ⁸⁹	0,87	0,86	NI	NI	NI

NI: não informado

9.3.2.2 Teste-Reteste

O teste-reteste foi realizado em dois instrumentos: a escala COMM⁸⁵ foi preenchida por 55 pacientes, com intervalo de uma semana, com Coeficiente de Pearson= 0,86. No trabalho de Compton⁸⁷ a estabilidade foi testada com 4, 8 e 12 meses, com Coeficiente= 0,67; 0,61 e 0,4, respectivamente.

9.3.2.3 Confiabilidade Intraobservadores

Esta propriedade psicométrica foi testada apenas para a escala ABC⁸⁹, com a participação de três pesquisadores que avaliaram em dupla os pacientes, mas que não tinham conhecimento da avaliação de seu par. Os primeiros dois pesquisadores analisaram conjuntamente 23 pacientes com Coeficiente de Pearson= 0,94 e os dois últimos pesquisadores avaliaram 19 pacientes com Coeficiente de Pearson=0,95.

9.3.3 Medidas de Acurácia

As medidas de acurácia (sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo) estão relacionadas na TABELA 14.

9.3.4 Tempo de preenchimento

Apenas o instrumento PDUQ⁸⁶ estima o tempo de preenchimento em aproximadamente 20 minutos.

9.3.5 Critérios de inclusão e exclusão

Para o trabalho realizado por Butler⁸⁵, os critérios foram: idade acima de 18 anos, estar em uso de dose equivalente a 20mg de oxicodona, ser fluente em inglês e não ser portador de distúrbio psiquiátrico grave. No trabalho de Compton⁸⁷, os pacientes portadores de abuso e dependência de substância foram excluídos pela política institucional do serviço onde a pesquisa foi realizada, que restringia a prescrição de opióides para pacientes com este diagnóstico. Os demais estudos não apresentam critérios de inclusão e exclusão.

9.4 Estudos de validação das escalas discriminativas

Apenas dois instrumentos foram objeto de estudos com o objetivo de validar e testar os instrumentos: PDUQ⁸⁶ e COMM⁸⁵.

As principais informações dos estudos estão reunidas na TABELA 15.

TABELA 15. Estudos de validação/replicação/teste das escalas preditivas. São Paulo, 2012.

Autor Ano Instrumento	Amostra	Tipo de estudo	Ponto de corte	Sensibilidade(S) , Especificidade (E)	VPP VPN	Confiabilidade e (Cronbach)
Banta- Green ⁹⁷ 2009 PDUQ	704 pacientes com DCNRC em uso de opióides	Transversal	NI	S: NI E: NI	VPP: NI VPN: NI	0,56
Butler ⁵⁸ 2010 COMM	Pacientes com DCNRC em uso de opióides	Coorte (5 meses)	9	S: 0,71 E: 0,71	VPP: NI VPN: NI	0,83
Meltzer ⁹⁸ 2011 COMM	Pacientes de cuidados primários que haviam recebido opióides nos último12 meses	Transversal	13	S: 0,77 E: 0,77	VPP: 0,30 VPN: 0,96	NI

Os trabalhos realizados com essa finalidade, frequentemente, adotaram método e estratégias diferentes daqueles utilizados no estudo original, conforme comparação realizada na TABELA 16.

TABELA 16. Comparação entre método, padrão-ouro e ponto de corte entre estudos de publicação e teste/validação de instrumentos discriminativos. São Paulo, 2012.

Autor	Amostra	Desenho do	Padrão-ouro	Ponto de corte
Ano	(estudo original X	estudo(estudo	(estudo original X	(estudo original
Instrumento	estudo de	original X estudo	estudo de	X estudo de
	teste/validação)	de	teste/validação)	teste/validação)
		teste/validação)		
Banta-Green ⁹⁷ 2009 PDUQ	Pacientes com comportamento aberrante X Pacientes com DCNRC em uso de opióide	Transversal X Transversal	Critérios da ASAM* e DSM-IV ⁵⁰ obtidos no prontuário X Critérios DSM-IV ⁵⁰	≥15 X NI
Butler ⁵⁸ 2010 COMM	Pacientes com DCNRC recebendo opióides por mais de 6 meses X Pacientes recebendo opióides para tratamento de DCNRC	Coorte (3 meses) X Coorte (5 meses)	ABDI X ABDI	≥9 X ≥9
Meltzer ⁹⁸ 2011 COMM	Pacientes com DCNRC recebendo opióides por mais de 6 meses X Pacientes de cuidados primários recebendo opióides nos últimos 12 meses	Coorte (3 meses) X Transversal (aplicada por telefone)	ABDI X Critérios estabelecidos pela escala CIDI v 2.1	≥9 X ≥13

Critério definido pela *American Society of Addiction Medicine*⁹⁵

ABDI (*Aberrant Drug Behavior Index*): PDUQ ≥11 **ou** POTQ ≥2 e tela de urina positiva para drogas ilícitas ou substâncias não prescritas. Se exame de urina não era obtido considerava-se PDUQ ≥11 **ou** POTQ ≥2.

CIDI v 2.1 (Composite International Diagnostic Interview)⁹⁹

Não foi identificado nenhum estudo comparando o desempenho das escalas discriminativas.

10 DISCUSSÃO

É notável o aumento no desenvolvimento de escalas a partir do ano de 2003, provavelmente, um reflexo do número crescente de mortes não intencionais envolvendo o uso de opióides. Em 2010, dados do CDC (*Center for Disease Control and Prevention*), referentes ao ano de 2007, assinalaram que os opióides estavam envolvidos em quase o dobro das mortes envolvendo cocaína e mais de 5 vezes com aquelas relacionadas com heroína nos EUA¹⁰⁰. Outro ponto importante é a ausência de tradução e adaptação para outras línguas, que não o inglês, fato que pode incorrer na incapacidade de outros países, como o Brasil, estimarem o prejuízo e o número de mortes decorrentes do uso inadequado de opióides.

Embora a avaliação e monitorização de pacientes candidatos e em tratamento com opióides sejam amplamente recomendadas pela literatura, sendo os instrumentos um dos meios para tanto, não se pode deixar de considerar que o uso de escalas têm inserções e finalidades definidas. Apesar de apresentarem inúmeras vantagens, é fundamental a seleção do instrumento por um cuidadoso processo baseado nas características dos instrumentos e necessidades da clínica e/ou pesquisa. Não devem ser utilizadas de forma indiscriminada e sem claros objetivos. Também não possuem o objetivo de suprimir a avaliação clínica e não devem ser utilizadas como única informação⁵⁷.

Ainda que importante, o uso das escalas deve ser realizado conjuntamente com outras fontes de informação para melhor orientar o tratamento com opióides em pacientes com alterações que poderiam passar despercebidas e permitir que um vasto número de pacientes seja avaliado mesmo na ausência de um especialista na área. Importante salientar que a caracterização de pacientes como alto risco ou com comportamento aberrante não deve desqualificar o tratamento com opióides, mas demonstra a necessidade de maior investigação, monitorização,

acompanhamento por profissional especializado e talvez a decisão de renunciar ou protelar o início da terapia com opióide¹¹.

Outra função importante do uso das escalas é que elas podem ainda ser uma forma de confortar e respaldar legalmente o clínico quanto à prescrição de opióides à medida que demonstram que o paciente não está fazendo uso inadequado das informações⁸⁵.

Um “mapeamento” amplo e sistemático dos pacientes em uso de opióides para DCNRC servirá de auxílio para tomadas de decisões mais robustas e objetivas, tornando o processo de decisão mais imparcial e consistente⁵⁷.

Sempre que se almeja avaliar um conceito, o primeiro passo é defini-lo conceitualmente. Cumprem esse quesito somente as escalas SOAPP-R⁴³, ORT⁴², COMM⁸⁵, PDUQ⁸⁶ e ABC⁸⁹.

Outra limitação a ser superada é a falta padronização de termos que são, muitas vezes, empregados de forma equivocada e como sinônimos (ex: comportamento aberrante e abuso), o que torna particularmente difícil a categorização, o entendimento e a comparação dos resultados apresentados. Levando-se em consideração que existem diferentes denominações para um conceito, há a necessidade de unificá-las para que os estudos possam ser comparados mais facilmente. Neste sentido, a APS (*American Pain Society*) e a AAPM (*American Society of Addiction Medicine*), em 2009, estabeleceram definições para os termos: comportamento aberrante, abuso, adição, uso crônico de opióides, diversão, uso inadequado, dependência física e tolerância⁵¹. No entanto, nesta data, as escalas já tinham sido desenvolvidas.

Quanto à validade, merecem destaque especial: SOAPP-R⁴³, entre as escalas preditivas; e, entre as discriminativas, a escala COMM⁸⁵, ambas do mesmo autor, que foram submetidas a um rigoroso processo de validação. Outro cuidado importante no desenvolvimento dessas duas escalas foi a realização da validade de conteúdo anteriormente ao desenvolvimento do instrumento e o envolvimento de diversos profissionais.

O padrão-ouro merece interesse especial: variações no diagnóstico podem decorrer das diferenças entre conceitos e critérios adotados e também quanto ao modo como as informações foram obtidas. Informações isoladas podem não ser a melhor forma de estabelecer a presença de comportamentos aberrantes. Estudos que utilizam mais de uma fonte de informação como critério, a exemplo das escalas PMQ⁵³, NI⁵³, SOAPP⁸³, SOAPP-R⁴³, COMM⁸⁵, PDUQp⁸⁷ e ABC⁸⁹, podem ser mais adequados, pois são capazes de capturar as alterações presentes em mais de uma esfera¹⁰¹.

Avaliar a dependência e abuso é uma tarefa desafiadora para o clínico, complicada pela falta de clareza dos diagnósticos, já que critérios classicamente utilizados para a saúde mental (DSM-IV) podem não ser totalmente adequados para a dor crônica devido à presença de sinais e sintomas de dependência que se relacionam com tolerância (resposta esperada para a utilização por opióides)⁹⁷. Assim, estudos que utilizam unicamente os critérios de DSM-IV, como STAR⁸⁴ e POMI⁸⁸ podem estar superestimando os índices de comportamento aberrante, abuso e/ou dependência⁵².

A confiabilidade refere-se ao grau de concordância encontrado entre as múltiplas medidas para um mesmo fenômeno e pode ser prejudicada por diversos fatores como: erro na obtenção dos dados, instabilidade do fenômeno e utilização de critérios diagnósticos diferentes⁶⁵. A presença de valores de confiabilidade não deve ser avaliada isoladamente. Embora a confiabilidade seja necessária para garantir a validade, uma alta confiabilidade em um estudo que não demonstrou validade não é suficiente⁶⁵. Quando presentes, todas as medidas foram superiores a 0,7, valor considerado adequado¹⁰².

Em relação ao teste-reteste, considerações devem ser feitas: no desenvolvimento da escala PMQ⁵³, o tempo de intervalo entre as duas administrações foi de apenas 30 minutos, o que pode ter acarretado uma superavaliação do coeficiente de Pearson pelo efeito de memória. Por sua vez, instrumentos como SOAPP⁸³ e PDUQp⁸⁷, cujo intervalo de administração foi de vários meses (variando de 4 a 12 meses), podem também comprometer o coeficiente à medida que podem sofrer influência de mudanças ocorridas ao longo

deste período. O período de 7 dias adotado pelas escalas SOAPP-R⁴³ e COMM⁸⁵ parece adequado.

A confiabilidade intraobservadores foi testada apenas nos instrumentos PMQ⁵³ e ABC⁸⁹. Importante ressaltar que, naquelas escalas de autopreenchimento (PMQ⁵³, SOAPP⁸³, SOAPP-R⁴³, STAR⁸⁴, COMM⁸⁵ e PDUQp⁸⁷), não existe sentido a verificação da confiabilidade por esta técnica, contudo, para o estudo PMQ, houve a exposição de casos fictícios apresentados, por escrito, aos juízes.

As quatro medidas de acurácia (sensibilidade, especificidade, VPP e VPN) foram apresentadas apenas nos instrumentos: SOAPP⁸³, SOAPP-R⁴³ e COMM⁸⁵. Conquanto seja desejável um teste altamente sensível e específico, concomitantemente, isso normalmente não é possível. Recomenda-se que para testes de triagem a sensibilidade seja favorecida, mesmo que em sacrifício da especificidade⁷⁸. Os trabalhos das escalas COMM e SOAPP-R apresentam TABELAS com a sensibilidade e especificidade para cada ponto de corte que facilita e permite ao clínico escolher o corte mais adequado para o seu serviço de acordo com a sensibilidade ou especificidade desejada.

O tamanho da amostra utilizada para a validação dos instrumentos também não foi compatível com a recomendada pela literatura (de cinco a dez pessoas/item)¹⁰² para os instrumentos STAR⁸⁴, PDUQ⁸⁶ e PDUQp²¹. Critérios de inclusão e exclusão, como, por exemplo, tempo de uso de opióides e escolaridade (especialmente para escalas de autopreenchimento), não foram adotados nos estudos, com exceção da escala SOAPP-R⁴³.

O desenho da pesquisa igualmente não foi ideal para algumas escalas: instrumentos preditivos, cujo objetivo é quantificar mudanças ao longo do tempo, preferencialmente, devem adotar estudos de coorte, porém, frequentemente, outros desenhos não são empregados devido ao alto custo financeiro e longos períodos exigidos para a coleta de dados.

A forma de preenchimento também deve ser considerada na escolha do instrumento para a prática clínica: o autopreenchimento é potencialmente mais vantajoso por resultar em facilidade na coleta de informações, menor sobrecarga de

trabalho e, possivelmente, maior franqueza nas respostas, mas pode ter sua aplicação limitada em indivíduos com baixo nível educacional. O tempo utilizado para a resposta deve ser considerado, dessa forma, evitando instrumentos exaustivos que podem terminar por induzir respostas infiéis⁸⁶. Pela simplicidade e pequeno número de itens das escalas não parece ser o tempo de aplicação uma limitação dos instrumentos.

Os instrumentos encontrados na presente revisão não possuem, individualmente, um grande número de publicações sobre os respectivos estudos de desenvolvimento e utilização. Igualmente, não foi possível identificar qualquer estudo no âmbito da comunidade científica brasileira que se debruçasse sobre o aprimoramento de instrumentos para uso no país, quer mediante adaptações transculturais formais de ferramentas já empregadas alhures ou mesmo através do desenvolvimento de novas.

Entre as escalas preditivas de sobressaem: SOAPP e SOAPP-R que resultaram do consenso entre especialistas e contaram com a colaboração médicos especialistas e de profissionais não médicos. A última manteve bons resultados quando submetida à validação cruzada, em 2009, pelo mesmo autor. Entre as discriminativas, a escala COMM mostrou-se mais adequada e foi desenvolvida pelo mesmo processo das escalas anteriores. Quando testada em uma amostra e serviço de saúde diferente daquela em que foi desenvolvida, o instrumento mostrou bons resultados, evidenciando que provavelmente o seu bom desempenho não decorreu das características da amostra selecionada para o estudo inicial. Também, demonstrou boas propriedades para ser aplicada em cuidados primários, porém com pontos de corte estabelecidos especialmente para essa população⁵⁸.

As escalas STAR, POMI e ABC foram avaliadas apenas no estudo original de validação e indicaram ser confiáveis e válidas para medir risco (STAR) e comportamento aberrante (POMI e ABC). Em relação às demais escalas, alguns pontos merecem ser ressaltados: A escala PDUQ não teve os mesmos resultados favoráveis quando aplicada a uma amostra com características mais heterogêneas do que a testada no artigo original, embora o processo de aplicação do instrumento (por telefone) possa ter contribuído parcialmente para esse resultado⁹⁷. Segundo Anderson¹⁰³, os dados colhidos por telefone não têm necessariamente qualidade

inferior, mas são passíveis de maior viés por fatores como cobertura telefônica e grande número de pessoas que não respondem.

O estudo de Buelow, que avaliou a escala PMQ, estabeleceu pontos de corte e propriedades como sensibilidade e especificidade que não foram testados no estudo original.

A escala ORT não repetiu o bom desempenho inicial quanto à sensibilidade no estudo realizado por Moore⁹⁴, em 2009. Apenas esse estudo comparou diferentes escalas (SOAPP, ORT e entrevista clínica), evidenciando a escala SOAPP como o melhor instrumento quando aplicado isoladamente.

Os estudos também acompanharam os pacientes com DCNRC por períodos relativamente curtos (até 12 meses). Na prática, os pacientes recebem opióides por períodos mais longos¹⁰⁴. Seria desejável que períodos maiores de acompanhamento fossem realizados, porém deve-se considerar tempo e custo envolvidos na realização dessas pesquisas.

Outras limitações dos instrumentos também merecem ser discutidas: os instrumentos são desenvolvidos e validados em centros especializados que representam uma minoria dos pacientes, o que compromete a generalização dos resultados. Dessa maneira, a utilização desses instrumentos em outros cenários deve ser precedida de validação. Assim, ainda é grande a demanda por estudos que testem as escalas em outros centros, tipos de serviço e populações diferentes daquelas com as quais as escalas foram desenvolvidas. Deve-se considerar ainda que as escalas são desenvolvidas com a participação de voluntários, o que constitui viés. Ademais, elas são passíveis de serem burladas⁸⁵.

As análises realizadas nesta revisão revelam que os autores enfatizam a construção de novos instrumentos em detrimento da ideia de testar e adaptar os instrumentos já existentes.

Os instrumentos utilizados na prática clínica devem preferencialmente ter um número pequeno de itens, ser de fácil entendimento, testados para a população-alvo, apresentarem baixo tempo de preenchimento, além de propriedades

psicométricas bem-estabelecidas. Baseando-se nessas recomendações, as escalas SOAPP-R e COMM são as que melhor preenchem tais critérios.

A despeito das propriedades explicitadas, as escalas existentes necessitam de estudos que forneçam maiores subsídios para o emprego clínico.

A falta de instrumentos disponíveis no Brasil é uma lacuna a ser sanada pelos pesquisadores.

11 CONCLUSÃO

Há um número significativo de instrumentos disponíveis para avaliar risco à presença de abuso e dependência, embora seja necessária a replicação e novos estudos que confirmem a utilidade em populações diferentes daquelas nas quais os instrumentos foram desenvolvidos e favoreçam as generalizações. Entre as escalas preditivas, SOAPP e SOAPP-R foram os instrumentos mais adequados. Quanto às escalas discriminativas, esse lugar é ocupado pelo instrumento COMM. Verificou-se que, ainda, é necessário disponibilizar instrumentos para avaliar risco e presença de abuso e dependência para o Brasil.

12 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Os resultados do presente estudo poderão auxiliar aqueles que prestam assistência ao paciente com DCNRC a avaliar e selecionar os instrumentos disponíveis de acordo com a necessidade da sua realidade e do seu serviço, bem como aponta lacunas a serem sanadas em estudos posteriores.

APÊNDICES

APÊNDICE 1. Ficha para avaliação sistemática dos estudos

Nome do instrument		
Abreviatura		
Autores		
Ano		
Objetivo do estudo		
Nova escala	Validar escala	T escala
O que diz avaliar		
O que avalia segundo APS 2009?		
Definição do que avalia		
Tipo de amostra		
Tamanho da amostra		
Critérios de inclusão		
Critérios de exclusão		
Desenho do estudo		
Número de itens		

Tipo de preenchimento
Escore máximo
Escore mínimo
Ponto de corte
Significado do ponto de corte
Profissional responsável pela aplicação
Tempo de preenchimento
Sensibilidade
Especificidade
VPP
VPN
Confiabilidade (alfa)
Validade de conteúdo
Validade aparente
Validade de critério:
-concorrente
- preditiva

Validade de constructo
Validade convergente
Validade divergente
Estabilidade
- teste reteste
- intra-observadores
Observações

ANEXOS

ANEXO 1– Critérios de Abuso e Dependência segundo DSM-IV-TR⁵⁰

Abuso de substâncias:

Características

A característica essencial do Abuso de Substância é um padrão mal-adaptativo de uso de substância, manifestado por conseqüências adversas recorrentes e significativas relacionadas ao uso repetido da substância. Pode haver um fracasso repetido em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel, uso repetido em situações nas quais isto apresenta perigo físico, múltiplos problemas legais e problemas sociais e interpessoais recorrentes (Critério A). Ao contrário dos critérios para dependência de substâncias, os critérios para abuso de substância não incluem tolerância, abstinência ou padrão compulsivo, incluindo, em vez disso, apenas as conseqüências prejudiciais pelo uso repetido. Um diagnóstico de abuso de substâncias é cancelado pelo diagnóstico de dependência de substâncias se o padrão de uso de substâncias pelo indivíduo alguma vez satisfizesse os critérios para dependência relativa a esta classe de substâncias (Critério B). Embora um diagnóstico de abuso de substância seja mais provável em indivíduos apenas recentemente iniciados no consumo, alguns indivíduos continuam por um longo período de tempo sofrendo conseqüências sociais adversas relacionadas à substâncias, sem desenvolverem evidências de dependência de substâncias. A categoria não se aplica a nicotina e café. O termo abuso deve ser aplicado somente a um padrão de uso de substâncias que satisfaça os critérios para este transtorno, não devendo ser empregado como “uso”, “uso indevido” ou “uso perigoso”.

O indivíduo pode repetidamente apresentar intoxicação ou outros sintomas relacionados à substância, quando deveria cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em sacas (Critério A1). Pode haver repetidas ausências ou fraco desempenho no trabalho, relacionados a “ressacas” recorrentes. Um estudante pode ter ausências, suspensões ou expulsões da escola relacionadas

à substância. Enquanto intoxicado, o indivíduo pode negligenciar os filhos ou os afazeres domésticos. O indivíduo pode apresentar-se repetidamente intoxicada em situações nas quais isto representa perigo físico (por ex., ao dirigir um automóvel, operar máquinas ou em comportamentos recreativos arriscados, tais como nadar ou praticar montanhismo) (Critério A2). Podem ser observados problemas legais recorrentes relacionados à substância (por ex., detenções por conduta desordeira, agressão e espancamento, direção sob influência da substância) (Critério A3). O indivíduo pode continuar utilizando a substância, apesar de uma história de conseqüências sociais ou interpessoais indesejáveis, persistentes ou recorrentes (por ex., conflito com o cônjuge ou divórcio, lutas corporais ou verbais) (Critério A4).

Crêterios para Abuso de Substância

A. Um padrão mal-adaptativo de uso de substância levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes aspectos, ocorrendo dentro de um período de 12 meses:

(1) uso recorrente da substância resultando em um fracasso em cumprir obriga es importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa (por ex., repetidas ausências ou fraco desempenho ocupacional relacionados ao uso de substância; ausências, suspensões ou expulsões da escola relacionadas a substância; negligência dos filhos ou dos afazeres domésticos)

(2) uso recorrente da substância em situa es nas quais isto representa perigo físico (por ex., dirigir um veículo ou operar uma máquina quando prejudicado pelo uso da substância)

(3) problemas legais recorrentes relacionados à substância (por ex., deten es por conduta desordeira relacionada a substância)

(4) uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (por ex., discussões com o cônjuge acerca das conseq ncias da intoxica o, lutas corporais)

B. Os sintomas jamais satisfizeram os critérios para Dependência de Substância para esta classe de substância.

DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS

Características

A característica essencial da Dependência de Substância é a presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando que o indivíduo continua utilizando uma substância, apesar de problemas significativos relacionados a ela. Existe um padrão de auto-administração repetida que geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo da droga. Um diagnóstico de Dependência de Substância pode ser aplicado a qualquer classe de substâncias, exceto cafeína. Os sintomas de Dependência são similares entre as várias categorias de substâncias, mas, para certas classes, alguns sintomas são menos salientes e, em uns poucos casos, nem todos os sintomas se manifestam (por ex., sintomas de abstinência não são especificados para Dependência de Alucinógenos). Embora não seja especificamente relacionada como um critério, a "fissura" (um forte impulso subjetivo para usar a substância) tende a ser experimentada pela maioria dos indivíduos com Dependência de Substância (se não por todos). A Dependência é definida como um agrupamento de três ou mais dos sintomas relacionados adiante, ocorrendo a qualquer momento, no mesmo período de 12 meses.

Tolerância (Critério 1) é a necessidade de crescentes quantidades da substância para atingir a intoxicação (ou o efeito desejado) ou um efeito acentuadamente diminuído com o uso continuado da mesma quantidade da substância. O grau em que a tolerância se desenvolve varia imensamente entre as substâncias. Além disso, para uma droga específica, vários graus de tolerância se desenvolve varia intensamente entre as substâncias. Por exemplo, para os opióides, a tolerância à depressão respiratória e à analgesia se desenvolvem em ritmos

diferentes. Os indivíduos com uso pesado de opióides e estimulantes podem desenvolver níveis substanciais (por ex., multiplicados por dez) de tolerância, freqüentemente em uma dosagem que seria letal para um não-usuário. A tolerância ao álcool também pode ser pronunciada, mas em geral é muito menos extrema do que no caso das anfetaminas. Muitos tabagistas consomem mais de 20 cigarros por dia, uma quantidade que teria produzido sintomas de toxicidade quando começaram a fumar. Os indivíduos com uso pesado de maconha ou fenciclidina (PCP) em geral não têm consciência de que desenvolveram tolerância (embora esta tenha sido demonstrada em estudos com animais e em alguns indivíduos). A tolerância pode ser difícil de determinar apenas com base na história oferecida, quando se trata de uma substância ilícita, talvez misturada com vários diluentes ou com outras substâncias. Nessas situações, testes laboratoriais podem ser úteis (por ex., altos níveis sangüíneos da substância, juntamente com poucas evidências de intoxicação, sugerem uma provável tolerância). A tolerância também deve ser diferenciada da variabilidade individual na sensibilidade inicial aos efeitos de determinadas substâncias. Por exemplo, alguns indivíduos que ingerem álcool pela primeira vez apresentam muito poucas evidências de intoxicação com três ou quatro doses, ao passo que outros, com peso e história de consumo semelhantes exibem fala arrastada e incoordenação.

A Abstinência (Critério 2a) é uma alteração comportamental mal adaptativa, com elementos fisiológicos e cognitivos, que ocorre quando as concentrações de uma substância no sangue e tecidos declinam em um indivíduo que manteve um uso pesado e prolongado da substância. Após o desenvolvimento dos sintomas desagradáveis de abstinência, a pessoa tende a consumir a substância para aliviar ou para evitar estes sintomas (Critério 2b), tipicamente utilizando a substância durante o dia inteiro, começando logo após o despertar. Os sintomas de abstinência variam imensamente entre as classes de substâncias, de modo que são oferecidos conjuntos separados de critérios de Abstinência para a maioria das classes. Sinais acentuados e, com freqüência, facilmente mensuráveis de abstinência são comuns com álcool, opióides e sedativos, hipnóticos e ansiolíticos. Os sinais e sintomas de abstinência freqüentemente estão presentes, mas podem ser menos visíveis, no caso de estimulantes tais como anfetaminas, cocaína e nicotina. Nenhuma abstinência significativa é vista mesmo após o uso repetido de alucinógenos. A

abstinência de fenciclidina e substâncias correlatas ainda não foi descrita em humanos (embora tenha sido demonstrada em animais). Nem tolerância nem abstinência são critérios necessários ou suficientes para um diagnóstico de Dependência de Substância. Entretanto, para a maioria das classes da substância, um histórico prévio de tolerância ou abstinência está associado a um curso clínico mais grave (i.e., um início mais precoce da dependência, níveis mais altos de consumo da substância e um maior número de problemas relacionados à ela). Alguns indivíduos (por ex., com Dependência de *Cannabis*) apresentam um padrão de uso compulsivo sem quaisquer sinais de tolerância ou abstinência. Em contrapartida, alguns pacientes pós-cirúrgicos sem Dependência de Opióide podem desenvolver tolerância aos opióides prescritos e experimentar sintomas de abstinência sem mostrar quaisquer sinais de uso compulsivo. Os especificadores Com Dependência Fisiológica e Sem Dependência Fisiológica são oferecidos para indicar presença ou ausência de tolerância ou abstinência. Os aspectos a seguir descrevem o padrão de uso compulsivo de substância característico da Dependência. O indivíduo pode consumir a substância em maiores quantidades ou por um período mais longo do que de início pretendia (por ex., continuar a beber até estar severamente intoxicado, apesar de ter estabelecido o limite de apenas uma dose) (Critério 3). O indivíduo pode expressar um desejo persistente de reduzir ou regular o uso da substância. Com frequência, já houve muitas tentativas frustradas de diminuir ou interromper o uso (Critério 4). O indivíduo pode dispende muito tempo obtendo a substância, usando-a ou recuperando-se de seus efeitos (Critério 5). Em alguns casos de Dependência de Substância, virtualmente todas as atividades da pessoa giram em torno da substância. As atividades sociais, ocupacionais ou recreativas podem ser abandonadas ou reduzidas em virtude do seu uso (Critério 6), e o indivíduo pode afastar-se de atividades familiares e passatempos a fim de usá-la em segredo ou para passar mais tempo com amigos usuários da substância. Apesar de admitir a sua contribuição para um problema psicológico ou físico (por ex., severos sintomas depressivos ou danos aos sistemas orgânicos), a pessoa continua usando a substância (Critério 7). A questão essencial, ao avaliar este critério, não é a existência do problema, mas o fracasso do indivíduo em abster-se da utilização da substância, apesar de dispor de evidências das dificuldades que esta lhe causa.

Especificadores

A tolerância e a abstinência podem estar associadas com um maior risco para problemas médicos gerais imediatos e com uma taxa superior de recaídas. Os especificadores seguintes são oferecidos para a anotação de sua presença ou ausência: **Com Dependência Fisiológica**. Este especificador deve ser usado quando a Dependência de Substância é acompanhada por evidências de tolerância (Critério 1) ou abstinência (Critério 2). **Sem Dependência Fisiológica**. Este especificador deve ser usado quando não existem evidências de tolerância (Critério 1) ou abstinência (Critério 2). Nesses indivíduos, a Dependência de Substância é caracterizada por um padrão de uso compulsivo (pelo menos três dos Critérios de 3 a 7).

Especificadores de Curso Seis especificadores de curso estão disponíveis para a Dependência de Substância. Os quatro especificadores de Remissão podem ser aplicados apenas depois que todos os critérios para Dependência de Substância ou Abuso de Substância estiveram ausentes por pelo menos 1 mês.

A definição desses quatro tipos de Remissão está baseada no intervalo de tempo passado desde a cessação da Dependência (Remissão Inicial versus Mantida) e na persistência de um ou mais dos itens incluídos nos conjuntos de critérios para Dependência ou Abuso (Remissão Parcial versus Remissão Completa).

Uma vez que os 12 primeiros meses após a Dependência são um período de risco particularmente alto para a recaída, este período é chamado de Remissão Inicial. Decorridos 12 meses de Remissão Inicial sem recaída para a Dependência, a pessoa ingressa na Remissão Mantida.

Tanto para a Remissão Inicial quanto para a Remissão Mantida, uma designação adicional de Completa é dada, se nenhum critério para Dependência ou Abuso foi satisfeito durante o período de remissão; uma designação de Parcial é dada se pelo menos um dos critérios para Dependência ou Abuso foi satisfeito, intermitente ou continuamente, durante o período de remissão.

A diferenciação entre Remissão Completa Mantida e recuperado (ausência atual de Transtorno por Uso de Substância) exige a consideração da extensão de

tempo desde o último período da perturbação, a duração total da mesma e a necessidade de continuidade da avaliação.

Se, após um período de remissão ou recuperação, o indivíduo novamente se torna dependente, a aplicação do especificador Remissão Inicial exige que novamente haja pelo menos 1 mês no qual os critérios para Dependência ou Abuso não são satisfeitos.

Dois especificadores adicionais são oferecidos: Em Terapia com Agonista e Em Ambiente Controlado. Para que um indivíduo qualifique-se para a Remissão Inicial após a cessação de uma terapia com agonista ou alta de um ambiente controlado, deve haver um período de 1 mês no qual nenhum dos critérios para Dependência ou Abuso foi satisfeito.

Os seguintes especificadores de Remissão podem ser aplicados apenas depois que nenhum critério para Dependência ou Abuso foi satisfeito por pelo menos 1 mês. Observe que esses especificadores não se aplicam se o indivíduo está em terapia com agonista ou em um ambiente controlado (ver adiante).

Remissão Completa Inicial. Este especificador é usado se, por pelo menos 1 mês, mas por menos de 12 meses, nenhum critério para Dependência ou Abuso foi satisfeito.

Remissão Parcial Inicial. Este especificador é usado se, por pelo menos 1 mês, mas menos de 12 meses, um ou mais critérios para Dependência ou Abuso foram satisfeitos (mas os critérios completos para Dependência não foram satisfeitos).

Remissão Completa Mantida. Este especificador é usado se nenhum dos critérios para Dependência ou Abuso foi satisfeito em qualquer época durante um período de 12 meses ou mais.

Remissão Parcial Mantida. Este especificador é usado se não foram satisfeitos todos os critérios para Dependência por um período de 12 meses ou mais; entretanto, um ou mais critérios para Dependência ou Abuso foram atendidos.

Os seguintes especificadores aplicam-se se o indivíduo está em terapia com agonista ou em um ambiente controlado:

Em Terapia com Agonista. Este especificador é usado se o indivíduo está usando um medicamento agonista prescrito, e nenhum critério para Dependência ou Abuso foi satisfeito para esta classe de medicamento pelo menos durante o último mês (exceto tolerância ou abstinência do agonista).

Esta categoria também se aplica aos indivíduos que estão sendo tratados para Dependência com um agonista parcial ou um agonista / antagonista.

Em Ambiente Controlado. Este especificador é usado se o indivíduo está em um ambiente onde o acesso ao álcool e substâncias controladas é restrito, e se nenhum critério para Dependência ou Abuso foi satisfeito pelo menos no último mês.

Exemplos desses ambientes são prisões atentamente vigiadas e livres de substâncias, comunidades terapêuticas ou unidades hospitalares com portas trancadas.

Critérios para Dependência de Substância

Um padrão mal-adaptativo de uso de substância, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:

(1) tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:

(a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado

(b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância

(2) abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:

(a) síndrome de abstinência característica para a substância (consultar os Critérios A e B dos conjuntos de critérios para Abstinência das substâncias específicas)

(b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência

(3) a substância é freqüentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido

(4) existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância

(5) muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância (por ex., consultas a múltiplos médicos ou fazer longas viagens de automóvel), na utilização da substância (por ex., fumar em grupo) ou na recuperação de seus efeitos

(6) importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância

(7) o uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância (por ex., uso atual de cocaína, embora o indivíduo reconheça que sua depressão é induzida por ela, ou consumo continuado de bebidas alcoólicas, embora o indivíduo reconheça que uma úlcera piorou pelo consumo do álcool)

Especificar se:

Com Dependência Fisiológica: evidências de tolerância ou abstinência (isto é, presença de Item 1 ou 2).

Sem Dependência Fisiológica: não existem evidências de tolerância ou abstinência (isto é, nem Item 1 nem Item 2 estão presentes).

Especificadores de curso (ver texto para definições):

Remissão Completa Inicial

Remissão Parcial Inicial

Remissão Completa Mantida

Remissão Parcial Mantida

Em Terapia com Agonista

Em Ambiente Controlado

ANEXO 2 – Definição dos termos segundo a APS – 2001⁵⁴

1. Addiction

Addiction is a primary, chronic, neurobiologic disease, with genetic, psychosocial, and environmental factors influencing its development and manifestations. It is characterized by behaviors that include one or more of the following: impaired control over drug use, compulsive use, continued use despite harm, and craving.

2. Physical Dependence

Physical dependence is a state of adaption manifested by a drug class-specific withdrawal syndrome that can be produced by abrupt cessation, rapid dose reduction, decreasing blood level of the drug, and/or administration of an antagonist.

3. Tolerance

Tolerance is a state of adaption in which exposure to a drug induces changes that result in a diminution of one or more of the drug's effects over time.

ANEXO 3 – Definição dos termos segundo a APS – 2009⁵¹.

Term	Definition
Aberrant drug related behavior	A behavior outside the boundaries of the agreed upon treatment plan which is established as early as possible in the doctor-patient relationship.
Abuse	Any use of an illegal drug, or the intentional self-administration of a medication for a nonmedical purpose such as altering one's state of consciousness, e.g. getting high.
Addiction	A primary, chronic, neurobiologic disease with genetic, psychosocial, and environmental factors influencing its development and manifestations. It is characterized by behaviors that include one or more of the following: impaired control over drug use, compulsive use, continued use despite harm, and craving.
Breakthrough pain	Transient or episodic exacerbation of pain that occurs in patients with pain that is otherwise considered stable but persistent.
Chronic opioid therapy	Daily or near-daily use of opioids for at least 90 days, often indefinitely.
Diversion	The intentional transfer of a controlled substance from legitimate distribution and dispensing channels.
Hyperalgesia	An increased response to a stimulus which is normally painful.
Misuse	Use of a medication (for a medical purpose) other than as directed or as indicated, whether willful or unintentional, and whether harm results or not.
Physical dependence	A state of adaption manifested by a drug class-specific withdrawal syndrome that can be produced by abrupt cessation, rapid dose reduction, decreasing blood level of the drug, and/or administration of an antagonist.
Tolerance	A state of adaption in which exposure to a drug induces changes that result in a diminution of one or more opioid effects over time.

Fonte: APS, AAPM. Clinical guideline for the use of chronic therapy in chronic noncancer pain - evidence review: American Pain Society; 2009.

ANEXO 4 – Proposta para classificação de transtornos relacionados a opióides pelo DSM-V⁵⁵

Opioid Use Disorder

- A. A maladaptive pattern of substance use leading to clinically significant impairment or distress, as manifested by 2 (or more) of the following, occurring within a 12-month period:
1. recurrent substance use resulting in a failure to fulfill major role obligations at work, school, or home (e.g., repeated absences or poor work performance related to substance use; substance-related absences, suspensions, or expulsions from school; neglect of children or household)
 2. recurrent substance use in situations in which it is physically hazardous (e.g., driving an automobile or operating a machine when impaired by substance use)
 3. continued substance use despite having persistent or recurrent social or interpersonal problems caused or exacerbated by the effects of the substance (e.g., arguments with spouse about consequences of intoxication, physical fights)
 4. tolerance, as defined by either of the following:
 - a. a need for markedly increased amounts of the substance to achieve intoxication or desired effect
 - b. markedly diminished effect with continued use of the same amount of the substance
(Note: Tolerance is not counted for those taking medications under medical supervision such as analgesics, antidepressants, ant-anxiety medications or beta-blockers.)
 5. withdrawal, as manifested by either of the following:
 - a. the characteristic withdrawal syndrome for the substance (refer to Criteria A and B of the criteria sets for Withdrawal from the specific substances)
 - b. the same (or a closely related) substance is taken to relieve or avoid withdrawal symptoms

(Note: Withdrawal is not counted for those taking medications under medical supervision such as analgesics, antidepressants, anti-anxiety medications or beta-blockers.)

6. the substance is often taken in larger amounts or over a longer period than was intended
7. there is a persistent desire or unsuccessful efforts to cut down or control substance use
8. a great deal of time is spent in activities necessary to obtain the substance, use the substance, or recover from its effects
9. important social, occupational, or recreational activities are given up or reduced because of substance use
10. the substance use is continued despite knowledge of having a persistent or recurrent physical or psychological problem that is likely to have been caused or exacerbated by the substance
11. Craving or a strong desire or urge to use a specific substance.

Severity specifiers:

Moderate: 2-3 criteria positive

Severe: 4 or more criteria positive

Specify if:

With Physiological Dependence: evidence of tolerance or withdrawal (i.e., either Item 4 or 5 is present)

Without Physiological Dependence: no evidence of tolerance or withdrawal (i.e., neither Item 4 nor 5 is present)

Course specifiers (see text for definitions):

Early Full Remission

Early Partial Remission

Sustained Full Remission

Sustained Partial Remission

On Agonist Therapy

In a Controlled Environment

REFERÊNCIAS

1. WHO. World Health Organization: Cancer Pain Relief. Geneva: World Health Organization; 1986.
2. Ferreira K, Kimura M, Teixeira M, da Nobrega J. The WHO analgesic ladder for cancer pain control, twenty years of use. How much pain relief does one get from using it? Support Care Cancer. 2006 Nov;14(11):1086-93.
3. Portenoy RK, Foley KM. Chronic use of opioid analgesics in non-malignant pain: report of 38 cases. Pain. 1986 May;25(2):171-86.
4. Clark ME. Understand appropriate long-term use of opioids-seventeen years and counting. Clin J Pain. 2008 Jul-Aug;24(6):467-8.
5. Noble M, Tregear SJ, Treadwell JR, Schoelles K. Long-term opioid therapy for chronic noncancer pain: a systematic review and meta-analysis of efficacy and safety. J Pain Symptom Manage. 2008 Feb;35(2):214-28.
6. Turk DC, Wilson HD, Cahana A. Treatment of chronic non-cancer pain. Lancet. Jun 25;377(9784):2226-35.
7. Kalso E, Edwards JE, Moore RA, McQuay HJ. Opioids in chronic non-cancer pain: systematic review of efficacy and safety. Pain. 2004 Dec;112(3):372-80.
8. Kahan M, Mailis-Gagnon A, Wilson L, Srivastava A. Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic noncancer pain: clinical summary for family physicians. Part 1: general population. Can Fam Physician. Nov;57(11):1257-66, e407-18.
9. Noble M, Treadwell JR, Tregear SJ, Coates VH, Wiffen PJ, Akafomo C, et al. Long-term opioid management for chronic noncancer pain. Cochrane Database Syst Rev. (1):CD006605.
10. Gilron I, Bailey JM, Tu D, Holden RR, Weaver DF, Houlden RL. Morphine, gabapentin, or their combination for neuropathic pain. N Engl J Med. 2005 Mar 31;352(13):1324-34.
11. Kalso E, Allan L, DelleMijn PL, Faura CC, Ilias WK, Jensen TS, et al. Recommendations for using opioids in chronic non-cancer pain. Eur J Pain. 2003;7(5):381-6.
12. Gourlay DL, Heit HA. Universal precautions revisited: managing the inherited pain patient. Pain Med. 2009 Jul;10 Suppl 2:S115-23.
13. Denisco RA, Chandler RK, Compton WM. Addressing the intersecting problems of opioid misuse and chronic pain treatment. Exp Clin Psychopharmacol. 2008 Oct;16(5):417-28.
14. Fine PG, Mahajan G, McPherson ML. Long-acting opioids and short-acting opioids: appropriate use in chronic pain management. Pain Med. 2009 Jul;10 Suppl 2:S79-88.

15. International Narcotics Control Board. Estimated requirements of narcotic drugs. 2011 [cited].
16. Dias T, Latorre MR, Appolinario J, Silva A, Ferreira KA, Teixeira MJ. The prevalence of chronic pain in Sao Paulo (Brazil): a population-based study using telephone interview. 5th World Pain Congress - World Institute of Pain - WIP. New York: Pain Practice; 2009. p. 115-6.
17. WHO. Narcotic & Psychotropic drugs: achieving balance in national opioids control policy - Guideline for assessment. Geneva; 2000.
18. Trescot AM, Helm S, Hansen H, Benyamin R, Glaser SE, Adlaka R, et al. Opioids in the management of chronic non-cancer pain: an update of American Society of the Interventional Pain Physicians' (ASIPP) Guidelines. Pain Physician. 2008 Mar;11(2 Suppl):S5-S62.
19. Fishbain DA, Cole B, Lewis J, Rosomoff HL, Rosomoff RS. What percentage of chronic nonmalignant pain patients exposed to chronic opioid analgesic therapy develop abuse/addiction and/or aberrant drug-related behaviors? A structured evidence-based review. Pain Med. 2008 May-Jun;9(4):444-59.
20. Baltieri DA, Strain EC, Dias JC, Scivoletto S, Malbergier A, Nicastri S, et al. [Brazilian guideline for the treatment of patients with opioids dependence syndrome]. Rev Bras Psiquiatr. 2004 Dec;26(4):259-69.
21. Chou R, Fanciullo GJ, Fine PG, Adler JA, Ballantyne JC, Davies P, et al. Clinical guidelines for the use of chronic opioid therapy in chronic noncancer pain. J Pain. 2009 Feb;10(2):113-30.
22. Chou R, Ballantyne JC, Fanciullo GJ, Fin ePG, Miaskowski C. Opioids for Chronic Noncancer Pain: Prediction and Identification of Aberrant Drug-Related Behaviors: A Review of the Evidence for an American Pain Society and American Academy of Pain Medicine Clinical Practice Guideline. . J Pain. 2009;10(2):131-46.
23. Chou R, Fanciullo GJ, Fine PG, Miaskowski C, Passik SD, Portenoy RK. Opioids for chronic noncancer pain: prediction and identification of aberrant drug-related behaviors: a review of the evidence for an American Pain Society and American Academy of Pain Medicine clinical practice guideline. J Pain. 2009 Feb;10(2):131-46.
24. International Narcotics Control Board. Abuse of prescription drugs to surpass illicit drug abuse. 2006. p. 1.
25. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2005 Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas; 2005 [updated 2005; cited 12/03/2010]; Available from: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>.
26. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras Brasília; 2010 [cited].

27. Edlund MJ, Steffick D, Hudson T, Harris KM, Sullivan M. Risk factors for clinically recognized opioid abuse and dependence among veterans using opioids for chronic non-cancer pain. *Pain*. 2007 Jun;129(3):355-62.
28. Porucznik CA, Johnson EM, Sauer B, Crook J, Rolfs RT. Studying adverse events related to prescription opioids: the Utah experience. *Pain Med*. Jun;12 Suppl 2:S16-25.
29. Parsells Kelly J, Cook SF, Kaufman DW, Anderson T, Rosenberg L, Mitchell AA. Prevalence and characteristics of opioid use in the US adult population. *Pain*. 2008 Sep 15;138(3):507-13.
30. Morasco BJ, Gritzner S, Lewis L, Oldham R, Turk DC, Dobscha SK. Systematic review of prevalence, correlates, and treatment outcomes for chronic non-cancer pain in patients with comorbid substance use disorder. *Pain*. Mar;152(3):488-97.
31. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2006 National Survey on Drug Use and Health: National Findings. 2006.
32. Cicero TJ, Adams EH, Geller A, Inciardi JA, Munoz A, Schnoll SH, et al. A postmarketing surveillance program to monitor Ultram (tramadol hydrochloride) abuse in the United States. *Drug Alcohol Depend*. 1999 Nov 1;57(1):7-22.
33. Cicero TJ, Inciardi JA, Adams EH, Geller A, Senay EC, Woody GE, et al. Rates of abuse of tramadol remain unchanged with the introduction of new branded and generic products: results of an abuse monitoring system, 1994-2004. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2005 Dec;14(12):851-9.
34. Cicero TJ, Lynskey M, Todorov A, Inciardi JA, Surratt HL. Co-morbid pain and psychopathology in males and females admitted to treatment for opioid analgesic abuse. *Pain*. 2008 Sep 30;139(1):127-35.
35. Gilson AM, Kreis PG. The burden of the nonmedical use of prescription opioid analgesics. *Pain Med*. 2009 Jul;10 Suppl 2:S89-100.
36. White AG, Birnbaum HG, Mareva MN, Daher M, Vallow S, Schein J, et al. Direct costs of opioid abuse in an insured population in the United States. *J Manag Care Pharm*. 2005 Jul-Aug;11(6):469-79.
37. Solanki DR, Koyyalagunta D, Shah RV, Silverman SM, Manchikanti L. Monitoring opioid adherence in chronic pain patients: assessment of risk of substance misuse. *Pain Physician*. Mar-Apr;14(2):E119-31.
38. Curtis J, Greenberg M. Screening for drugs of abuse: hair as an alternative matrix: a review for the medical toxicologist. *Clin Toxicol (Phila)*. 2008 Jan;46(1):22-34.
39. Compton P. The role of urine toxicology in chronic opioid analgesic therapy. *Pain Manag Nurs*. 2007 Dec;8(4):166-72.
40. Kints P. Analytical and Pratical Aspects of Drug Testing in Hair CRC Press; 2006.

41. Charles BK, Day JE, Rollins DE, Andrenyak D, Ling W, Wilkins DG. Opiate recidivism in a drug-treatment program: comparison of hair and urine data. *J Anal Toxicol.* 2003 Oct;27(7):412-28.
42. Webster LR, Webster RM. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: preliminary validation of the Opioid Risk Tool. *Pain Med.* 2005 Nov-Dec;6(6):432-42.
43. Butler SF, Fernandez K, Benoit C, Budman SH, Jamison RN. Validation of the revised Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain (SOAPP-R). *J Pain.* 2008 Apr;9(4):360-72.
44. Kahan M, Wilson L, Mailis-Gagnon A, Srivastava A. Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic noncancer pain: clinical summary for family physicians. Part 2: special populations. *Can Fam Physician.* Nov;57(11):1269-76, e419-28.
45. Weisner CM, Campbell CI, Ray GT, Saunders K, Merrill JO, Banta-Green C, et al. Trends in prescribed opioid therapy for non-cancer pain for individuals with prior substance use disorders. *Pain.* 2009 Oct;145(3):287-93.
46. Webster LR, Cochella S, Dasgupta N, Fakata KL, Fine PG, Fishman SM, et al. An analysis of the root causes for opioid-related overdose deaths in the United States. *Pain Med.* Jun;12 Suppl 2:S26-35.
47. Portenoy RK. Opioid therapy for chronic nonmalignant pain: a review of the critical issues. *J Pain Symptom Manage.* 1996 Apr;11(4):203-17.
48. Savage SR. Long-term opioid therapy: assessment of consequences and risks. *J Pain Symptom Manage.* 1996 May;11(5):274-86.
49. Ballantyne JC. Opioid analgesia: perspectives on right use and utility. *Pain Physician.* 2007 May;10(3):479-91.
50. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - Texto Revisado. Porto Alegre: Artmed; 2002.
51. American Pain Society, American Academy of Pain Medicine, American Society Addiction Medicine. Clinical guideline for the use of chronic therapy in chronic noncancer pain - evidence review.: American Pain Society; 2009.
52. Chapman CR, Lipschitz DL, Angst MS, Chou R, Denisco RC, Donaldson GW, et al. Opioid pharmacotherapy for chronic non-cancer pain in the United States: a research guideline for developing an evidence-base. *J Pain.* Sep;11(9):807-29.
53. Adams LL, Gatchel RJ, Robinson RC, Polatin P, Gajraj N, Deschner M, et al. Development of a self-report screening instrument for assessing potential opioid medication misuse in chronic pain patients. *J Pain Symptom Manage.* 2004 May;27(5):440-59.
54. American Academy of Pain Medicine, American Pain Society, American Society Addiction Medicine. Definitions related to the use of opioids for the treatment of pain. 2001.

55. American Psychiatric Association. Opioid Use Disorder. [cited 20/01/2012]; Available from: <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=460#>.
56. Jorge MR, Custódio O. Utilidade das Escalas de Avaliação para Clínicos. In: Goreinstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW, editors. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. São Paulo: Lemos Editorial; 2000.
57. Belgrade MJ, Schamber CD, Lindgren BR. The DIRE score: predicting outcomes of opioid prescribing for chronic pain. *J Pain*. 2006 Sep;7(9):671-81.
58. Butler SF, Budman SH, Fanciullo GJ, Jamison RN. Cross validation of the current opioid misuse measure to monitor chronic pain patients on opioid therapy. *Clin J Pain*. Nov-Dec;26(9):770-6.
59. Gorenstein C, Andrade HLSG. As três tsunamis da Psiquiatria: mau uso, abuso e não uso. *Rev Psiq Clin*. 2005;32(4):237-9.
60. Cordás TA. As três tsunamis da Psiquiatria: mensurar, não desumanizar. *Rev Psiq Clin*. 2005;32(4):240-1.
61. Kirshner B, Guyatt G. A methodological framework for assessing health indices. *J Chronic Dis*. 1985;38(1):27-36.
62. Hankins M. How discriminating are discriminative instruments? *Health Qual Life Outcomes*. 2008;6:36.
63. Streiner DL. A checklist for evaluating the usefulness of rating scales. *Can J Psychiatry*. 1993 Mar;38(2):140-8.
64. Formigoni MLOS, Castel S. Escalas de avaliação em dependência de droga: aspectos gerais. *Rev Psiq Clin*. 1999;26(1).
65. Menezes PR, Nascimento AF. Validade e Confiabilidade das Escalas de Avaliação em Psiquiatria. In: Goreinstein C, Andrade AV, Zuardi AW, editors. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. São Paulo: Lemos Editorial; 2000.
66. Martins GA. Sobre confiabilidade e validade. *RGBN*. 2006;8(20):1-12.
67. Carmines EG, Zeller RA. Reliability and validity assessment. *Quantitative Applications in the social sciences*: Sage; 1979.
68. MaDowell I, Newell C. Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 1996.
69. Mota DDCF, Pimenta CAM. Avaliação e mensuração de variáveis psicossociais: desafio para a pesquisa e clínica de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2007;28(3):309-14.
70. Cordeiro AM, Oliveira GM, Renteria JM, Guimarães CA. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. *Rev Col Bras Cir*. 2007;34(6):428-31.

71. Centro Cochrane do Brasil. Curso de Revisão Sistemática e Metanálise. [cited 2012]; Available from: <http://www.virtual.epm.br/cursos/metanalise/>.
72. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: métodos de pesquisa e incorporação de evidência na saúde em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64.
73. Mulrow CD, Cook DJ, Davidoff F. Systematic reviews: critical links in the great chain of evidence. *Ann Intern Med*. 1997 Mar 1;126(5):389-91.
74. Mulrow CD. Systematic Reviews: Rationale for systematic reviews. *BMJ*. 1994;309:597-9.
75. Galvão CM, Sawada NO, Rtevizan MA. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2004;12(3):549-56.
76. Cook DJ, Mulrow CD, Haynes RB. Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions. *Ann Intern Med*. 1997 Mar 1;126(5):376-80.
77. Galvão CM, Sawada NO, Mendes IAC. Em busca das melhores evidências. *Rev Esc Enferm USP*. 2003;37(4):43-50.
78. Fletcher RH, Fletcher SW. *Epidemiologia Clínica - Elementos Essenciais*. Porto Alegre: Artmed; 2006.
79. Coombs RB, Jarry JL, Santhiapillai AC, Abrahamsohn RV. The SISAP: A new screening instrument for identifying potential opioid abusers in the management of chronic nonmalignant pain within general medical practice. *Pain Res Manag*. 1996;1(3):155-62.
80. Passik SD, Kirsh KL, Whitcomb L, Portenoy RK, Katz NP, Kleinman L, et al. A new tool to assess and document pain outcomes in chronic pain patients receiving opioid therapy. *Clin Ther*. 2004 Apr;26(4):552-61.
81. Sutherland G, Edwards G, Taylor C, Phillips G, Gossop M, Brady R. The measurement of opiate dependence. *Br J Addict*. 1986 Aug;81(4):485-94.
82. Atluri SL, Sudarshan G. Development of a screening tool to detect the risk of inappropriate prescription opioid use in patients with chronic pain. *Pain Physician*. 2004 Jul;7(3):333-8.
83. Butler SF, Budman SH, Fernandez K, Jamison RN. Validation of a screener and opioid assessment measure for patients with chronic pain. *Pain*. 2004 Nov;112(1-2):65-75.
84. Friedman R, Li V, Mehrotra D. Treating pain patients at risk: evaluation of a screening tool in opioid-treated pain patients with and without addiction. *Pain Med*. 2003 Jun;4(2):182-5.
85. Butler SF, Budman SH, Fernandez KC, Houle B, Benoit C, Katz N, et al. Development and validation of the Current Opioid Misuse Measure. *Pain*. 2007 Jul;130(1-2):144-56.

86. Compton P, Darakjian J, Miotto K. Screening for addiction in patients with chronic pain and "problematic" substance use: evaluation of a pilot assessment tool. *J Pain Symptom Manage*. 1998 Dec;16(6):355-63.
87. Compton PA, Wu SM, Schieffer B, Pham Q, Naliboff BD. Introduction of a self-report version of the Prescription Drug Use Questionnaire and relationship to medication agreement noncompliance. *J Pain Symptom Manage*. 2008 Oct;36(4):383-95.
88. Knisely JS, Wunsch MJ, Cropsey KL, Campbell ED. Prescription Opioid Misuse Index: a brief questionnaire to assess misuse. *J Subst Abuse Treat*. 2008 Dec;35(4):380-6.
89. Wu SM, Compton P, Bolus R, Schieffer B, Pham Q, Baria A, et al. The addiction behaviors checklist: validation of a new clinician-based measure of inappropriate opioid use in chronic pain. *J Pain Symptom Manage*. 2006 Oct;32(4):342-51.
90. Akbik H, Butler SF, Budman SH, Fernandez K, Katz NP, Jamison RN. Validation and clinical application of the Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain (SOAPP). *J Pain Symptom Manage*. 2006 Sep;32(3):287-93.
91. Butler SF, Budman SH, Fernandez KC, Fanciullo GJ, Jamison RN. Cross-Validation of a Screener to Predict Opioid Misuse in Chronic Pain Patients (SOAPP-R). *J Addict Med*. 2009 Jun;3(2):66-73.
92. Holmes CP, Gatchel RJ, Adams LL, Stowell AW, Hatten A, Noe C, et al. An opioid screening instrument: long-term evaluation of the utility of the Pain Medication Questionnaire. *Pain Pract*. 2006 Jun;6(2):74-88.
93. Buelow AK, Haggard R, Gatchel RJ. Additional validation of the pain medication questionnaire in a heterogeneous sample of chronic pain patients. *Pain Pract*. 2009 Nov-Dec;9(6):428-34.
94. Moore TM, Jones T, Browder JH, Daffron S, Passik SD. A comparison of common screening methods for predicting aberrant drug-related behavior among patients receiving opioids for chronic pain management. *Pain Med*. 2009 Nov;10(8):1426-33.
95. American Society Addiction Medicine. Definition of Addiction. [cited]; Available from: <http://www.asam.org/for-the-public/definition-of-addiction>.
96. American Pain Society, American Academy of Pain Medicine, American Society Addiction Medicine. Definitions related to the use of opioids for the treatment of pain. 2001.
97. Banta-Green CJ, Merrill JO, Doyle SR, Boudreau DM, Calsyn DA. Measurement of opioid problems among chronic pain patients in a general medical population. *Drug Alcohol Depend*. 2009 Sep 1;104(1-2):43-9.
98. Meltzer EC, Rybin D, Saitz R, Samet JH, Schwartz SL, Butler SF, et al. Identifying prescription opioid use disorder in primary care: diagnostic characteristics of the Current Opioid Misuse Measure (COMM). *Pain*. Feb;152(2):397-402.

99. Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J, et al. The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic Instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry*. 1988 Dec;45(12):1069-77.
100. Warner M, Chen LH, Makuc DM, Anderson RN, Miniño AP. Drug poisoning deaths in the United States, 1980-2008. . In: NCHS data brief, editor. Hayttsville, M.D.: National Center for Health Statistics; 2011.
101. Butler SF, Black RA, Serrano JM, Wood ME, Budman SH. Characteristics of prescription opioid abusers in treatment: prescription opioid use history, age, use patterns, and functional severity. *J Opioid Manag*. Jul-Aug;6(4):239-41, 46-52.
102. Nunnaly JC, Berstein IH. *Psycometric theory*. 3 ed.: Mg Graw-Hill; 1994.
103. Anderson JE, Nelson DE, Wilson RW. Telephone coverage and measurement of health risk indicators: data from the National Health Interview Survey. *Am J Public Health*. 1998 Sep;88(9):1392-5.
104. Chou R, Ballantyne JC, Fanciullo GJ, Fine PG, Miaskowski C. Research gaps on use of opioids for chronic noncancer pain: findings from a review of the evidence for an American Pain Society and American Academy of Pain Medicine clinical practice guideline. *J Pain*. 2009 Feb;10(2):147-59.