

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**MARIA CLARA GIORIO DUTRA KRELING**

**A SUSPEITA DE USO DE DROGAS  
INFLUI NA ADMINISTRAÇÃO DE  
ANALGÉSICO OPIÓIDE?**

**SÃO PAULO  
2012**

**MARIA CLARA GIORIO DUTRA KRELING**

**A SUSPEITA DE USO DE DROGAS  
INFLUI NA ADMINISTRAÇÃO DE  
ANALGÉSICO OPIÓIDE?**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:**  
Enfermagem na Saúde do Adulto

**ORIENTADORA:** Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. Cibele Andrucioi  
de Mattos Pimenta

**SÃO PAULO  
2012**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTA TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Catálogo na Publicação (CIP)**  
**Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”**  
**Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**

Kreling, Maria Clara Giorio Dutra

A suspeita de uso de drogas influi na administração de analgésico opióide? / Maria Clara Giorio Dutra Kreling.-- São Paulo, 2012.  
103p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Cibele Andruccioli de Mattos Pimenta  
Área de concentração: Enfermagem em Saúde do Adulto

1. Dor 2. Usuários de drogas 3. Analgésicos 4. Equipe de enfermagem I. Título.

**NOME:** MARIA CLARA GIORIO DUTRA KRELING

**TÍTULO:** A SUSPEITA DE USO DE DROGAS INFLUI NA ADMINISTRAÇÃO DE ANALGÉSICO OPIÓIDE?

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:**  
Enfermagem na Saúde do Adulto

**APROVADA EM:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **BANCA EXAMINADORA**

PROF(a). DR(a).: \_\_\_\_\_

INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_

JULGAMENTO: \_\_\_\_\_ ASSINATURA: \_\_\_\_\_

PROF(a). DR(a).: \_\_\_\_\_

INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_

JULGAMENTO: \_\_\_\_\_ ASSINATURA: \_\_\_\_\_

PROF(a). DR(a).: \_\_\_\_\_

INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_

JULGAMENTO: \_\_\_\_\_ ASSINATURA: \_\_\_\_\_

PROF(a). DR(a).: \_\_\_\_\_

INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_

JULGAMENTO: \_\_\_\_\_ ASSINATURA: \_\_\_\_\_

PROF(a). DR(a).: \_\_\_\_\_

INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_

JULGAMENTO: \_\_\_\_\_ ASSINATURA: \_\_\_\_\_

# Dedicatória

Dedico esta tese a Deus,  
tão grande e tão próximo,

Ao meu esposo Wagner  
e aos meus filhos Gabriel Afonso,  
Thaís Maria e João Paulo  
com os quais, neste período especial, pude  
experimentar o AMOR.

# Agradecimentos

Quero expressar o meu reconhecimento e sincera gratidão

À minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cibele A. M. Pimenta  
por permitir e orientar a realização deste trabalho  
com competência e objetividade;

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
na Saúde do Adulto (PROESA),  
da Escola de Enfermagem da USP;

Aos docentes Dr.<sup>a</sup> Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz  
e Dr. Divane de Vargas  
pelas contribuições no exame de qualificação;

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento  
Científico e Tecnológico (CNPQ),  
pelo apoio financeiro desta pesquisa;

Ao Lucas Petri Damiani  
pela assessoria estatística desta pesquisa;

À meus pais e meus irmãos

que me acompanharam e torceram  
pela conclusão deste estudo;

À família Kreling  
pela compreensão e incentivo;

À Talita, Vanessa, Lydiane, Natanna, Pâmela e Rita  
pelo esforço e dedicação na coleta de dados;

Ao Guilherme Ponce  
pelo auxílio e contribuição;

Às minhas colegas da disciplina "Enfermagem Fundamental"  
pela compreensão e colaboração;

Ao professor Dr. David Roberto do Carmo  
do Departamento de Enfermagem da UEL,  
pelo incentivo e colaboração;

Às colegas de doutorado do PROESA  
e do grupo de pesquisa  
"Dor, controle de sintomas e cuidados paliativos"  
pelas contribuições e incentivo;

À Ir. Elvira Lawand  
que me auxiliou na aprovação de um importante hospital  
que fez parte desta pesquisa;

À Mara Solange  
pela companhia nas "idas e vindas".



Kreling MCGD. A suspeita de uso de drogas influi na administração de analgésico opióide? 2012. 103f. Tese de Doutorado – Universidade de São Paulo, São Paulo. 2012.

## RESUMO

**Introdução:** A literatura sugere que o medo da dependência de opióides é uma barreira para o alívio da dor, especialmente quando há suspeita de uso desses fármacos. No entanto, essa hipótese carece de testes empíricos. **Objetivos:** Comparar a conduta de profissionais de enfermagem na administração de analgésicos opióides e não opióides, quando há ou não suspeita de que o paciente seja usuário de drogas; identificar a prevalência de pacientes com suspeita de uso de drogas e conhecer as características dos pacientes que os profissionais de enfermagem consideram como sugestivas de uso de drogas. **Método** Estudo transversal com pacientes e profissionais de enfermagem (auxiliares e técnicos). Foram incluídos 507 pacientes com trauma ortopédico e prescrição de analgésico opióide, internados em quatro hospitais de Londrina, Paraná, entre fevereiro de 2011 a março de 2012, e 199 profissionais responsáveis pela administração de medicamentos a esses pacientes. Cada paciente recebeu a avaliação de três profissionais e considerou-se “paciente suspeito” aquele indicado por pelo menos um profissional. O desfechos principais foram a 1) quantidade administrada de analgésicos opióides e não opióides prescritos em regime “se necessário” e em horário fixo nas últimas 24 horas; 2) prevalência de pacientes suspeitos de uso de drogas; 3) condutas dos profissionais frente à solicitação do opióide; 4) Características dos pacientes que os profissionais consideram sugestivas de uso de drogas. Nas análises utilizaram-se os testes de Qui quadrado, Fisher e Mann-Whitney, e nível de significância de 5%. **Resultados:** A prevalência de pacientes suspeitos foi de 6,86%, maior em homens ( $p < 0,036$ ) e jovens ( $p < 0,001$ ). Os “pacientes suspeitos” receberam mais opióides “se necessário” ( $p = 0,037$ ) e até 30% da dose máxima possível, contra até 20% para os “não suspeitos”. A administração entre “suspeitos” e “não suspeitos” não diferiu quanto aos opióides prescritos em horário fixo, no entanto, deixou-se de administrar 10% da dose para ambos os grupos. Entre os profissionais entrevistados, 75,6% relataram que mantêm a analgesia com opióide, mesmo quando há suspeita de o paciente ser usuário de droga, mas 28,9% deles disseram tentar reduzir a dose nesses casos. As características dos pacientes mais frequentemente consideradas pelos profissionais como sugestivas de uso de drogas pertenciam à categoria “consequências emocionais/físicas/sociais e sinais de abstinência” (70,6%) e insistência pelo opióide (55,9%), mais do que a aparência pessoal (0,0%). **Conclusão:** A prevalência de suspeitos foi semelhante a estudos realizados em departamentos de emergência, sugerindo que os auxiliares e técnicos de enfermagem foram cuidadosos na estimativa de suspeição. Os resultados obtidos contrariam a literatura, pois indicaram que os “suspeitos” de serem usuários de droga receberam mais analgésicos opióides. Assumindo-se a premissa de que os profissionais identificaram corretamente os usuários de drogas, pode-se explicar o maior recebimento de opióide pelos “suspeitos”, pelas características comportamentais e emocionais: maior inquietude, insistência verbal e talvez menor alívio da dor, pois usuários de droga podem desenvolver tolerância. A administração de analgésicos, especialmente em esquema “se necessário”, é uma decisão importante da enfermagem que pode contribuir para o alívio da dor, daí a importância de entender as motivações que influenciam os profissionais nessa decisão.

**PALAVRAS-CHAVE:** Dor. Usuários de drogas. Analgésicos opióides. Equipe de enfermagem.

Kreling MCGD. Does the suspicion of drugs use influence the administration of opioid analgesic? [thesis]. 2012. 103f. São Paulo: São Paulo College of Nursing, University of São Paulo; 2012.

## ABSTRACT

**Introduction:** The literature suggests that the fear of getting addicted to opioids can be a barrier to adequate pain relief, especially when there is a suspicion of drug use. However, this hypothesis needs to be tested empirically. **Objectives:** Compare the conduct of nursing professionals in administering analgesics when there is the suspicion that the patient is a drug user; identify the prevalence of patients with the suspicion of drugs use and knowing the characteristics of patients that nursing professionals consider as indicators of drug use. **Method:** Transversal study with patients and nursing professionals (aides and technicians). The study included 507 patients with orthopedics trauma to whom opioid analgesics were prescribed. They were admitted to four hospitals in Londrina, Paraná, Brazil, between February 2011 and 2012. Patients were seen by 199 professionals responsible for administering the medications. Each patient was evaluated by three professionals regarding drug use suspicion. The patient was classified as "suspect" when indicated by at least one of these professionals. The evaluation included 1) amount of opioid analgesics prescribed under the "if necessary" regime and at fixed times; 2) prevalence of patients being suspected of drug use and 3) professionals conduct when dealing with opioid prescriptions in the last 24 hours. The analysis used Chi Square, Fisher and Mann-Whitney tests at 5% of level of significance. **Results:** The prevalence of suspect patients was 6.86%, greater in men ( $p < 0.036$ ) and young people ( $p < 0,001$ ). When comparing the "group of suspects" with the "group of non-suspects", the "suspect patients" received more opioids under the "if needed" regime ( $p = 0.037$ ) and up to 30% of the possible maximum dosage against 20% for the "non suspects". There was no difference between "suspects" and "non suspects" regarding the administration of opioid analgesics prescribed as "if necessary"; however, 10% of the dosage was not administered to both groups. Among the interviewed nursing aides and technicians, 75,6% reported that they maintain analgesia with opioid even when there was a suspicion that the patient is a drug user; however, 28,9% said they tried to reduce the dosage in these cases. The patients characteristics most often considered by professionals as suggestive of drug use belonged to the "emotional/physical/social consequences and withdrawal signs" category (70,6%) and insistence by the opioid (55,9%), more than personal appearance (0,0%). **Conclusion:** The prevalence of suspects was similar to studies performed in emergency departments, suggesting that nursing aides and technicians were careful in estimating suspicion. The results contradict those mentioned in the literature, since they indicate that drug users "suspects" received more opioid analgesics. By accepting the assumption that nursing aides and technicians have identified illicit drug users correctly, the greater number of opioid administration by the "suspects" can be explained based on the behavioral and emotional characteristics of this group: greater restlessness, verbal insistence and perhaps less pain relief, since drug users may develop tolerance to certain drugs. Whether or not to administer analgesics, especially those with the "if necessary" regime, is an important decision for the nursing staff, since they can contribute to an adequate pain relief, thus the importance of understanding the motivations that lead professionals to take this decision.

**KEY WORDS:** Pain. Drug users. Analgesic opioid. Nursing staff.

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA</b>	<b>1</b>	Distribuição dos profissionais (N=199) conforme as variáveis sócio demográficas e profissionais, Londrina, 2012 .....	43
<b>TABELA</b>	<b>2</b>	Distribuição dos pacientes conforme as variáveis sócio demográficas. Londrina, 2012 .....	45
<b>TABELA</b>	<b>3</b>	Distribuição dos pacientes suspeitos de serem usuários de drogas de acordo com o número de funcionários de enfermagem que indicaram suspeição. Londrina, 2012 .....	46
<b>TABELA</b>	<b>4</b>	Distribuição dos pacientes suspeitos e não suspeitos de serem usuários de drogas, conforme características sócio demográficas. Londrina, 2012 .....	47
<b>TABELA</b>	<b>5</b>	Distribuição dos pacientes suspeitos e não suspeitos de uso de drogas conforme a administração do analgésico opióide na modalidade “se necessário”. Londrina, 2012 .....	48
<b>TABELA</b>	<b>6</b>	Distribuição dos pacientes suspeitos e não suspeitos de uso de drogas, conforme a administração de analgésico não opióide na modalidade “se necessário”. Londrina, 2012 .....	50
<b>TABELA</b>	<b>7</b>	Distribuição dos suspeitos e não suspeitos de uso de drogas conforme a administração do analgésico opióide prescrito na modalidade “Horário Fixo” (HF). Londrina, 2012 .....	52
<b>TABELA</b>	<b>8</b>	Distribuição dos suspeitos e não suspeitos de uso de drogas, conforme a administração do analgésico não opióide prescrito na modalidade “Horário Fixo”. Londrina, 2012 .....	52
<b>TABELA</b>	<b>9</b>	Distribuição do percentual de medicamentos administrados entre suspeitos e não suspeitos. Londrina, 2012 .....	54
<b>TABELA</b>	<b>10</b>	Distribuição das condutas que fazem em geral e em relação aos pacientes do estudo relatadas pelos auxiliares/técnicos de enfermagem frente a solicitação do analgésico opióide e a suspeita do paciente ser usuário de drogas Londrina, 2012 .....	56

<b>TABELA 11</b>	Distribuição dos motivos relatados pelos auxiliares/técnicos de enfermagem que os fizeram suspeitar que o paciente estivesse pedindo o analgésico opióide para outro benefício que não o alívio da dor. Londrina, 2012 .....	58
<b>TABELA 12</b>	Comparação das categorias de características de suspeição de uso de drogas obtidas a partir das respostas dos profissionais sobre os pacientes em geral e pacientes do estudo. Londrina, 2012 .....	59

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>1.1 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA</b> .....	<b>13</b>
<b>1.2 O MEDO DO USO DE OPIÓIDES: PRECONCEITOS E ESTEREÓTIPOS</b> .....	<b>16</b>
<b>1.3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>18</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>23</b>
<b>2.1 OBJETIVO GERAL</b> .....	<b>24</b>
<b>2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	<b>24</b>
<b>3 CASUÍSTICA E MÉTODO</b> .....	<b>25</b>
<b>3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA</b> .....	<b>26</b>
<b>3.2. POPULAÇÃO</b> .....	<b>26</b>
3.2.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS PACIENTES .....	26
3.2.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS FUNCIONÁRIOS .....	27
3.2.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DE PACIENTES .....	27
<b>3.3 LOCAIS DO ESTUDO</b> .....	<b>27</b>
<b>3.4 COLETA DOS DADOS</b> .....	<b>28</b>
3.4.1 PERÍODO DA COLETA DE DADOS .....	28
3.4.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	28
3.4.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	30
3.4.4 TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES .....	31
<b>3.5 TESTE PILOTO</b> .....	<b>32</b>
<b>3.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO</b> .....	<b>32</b>
3.6.1 DESFECHOS PRINCIPAIS — CONDUTA ANALGÉSICA .....	32
3.6.2 DESFECHO SECUNDÁRIO — FORMAÇÃO DA SUSPEITA .....	33
3.6.2.1 Situação Específica .....	33
3.6.2.2 Situação Genérica .....	33

<b>3.7 ORGANIZAÇÃO DE CATEGORIAS E PONTOS DE CORTE .....</b>	<b>34</b>
<b>3.8 PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....</b>	<b>40</b>
<b>3.9 PREPARO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS .....</b>	<b>40</b>
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>41</b>
<b>4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO (PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E PACIENTES) .....</b>	<b>42</b>
<b>4.2 PREVALÊNCIA DE PACIENTES INTERNADOS SUSPEITOS DE SEREM USUÁRIOS DE DROGAS E AS CARACTERÍSTICAS SOCIDEMOGRÁFICAS DOS MESMOS .....</b>	<b>46</b>
<b>4.3 CONDUTA DOS PROFISSIONAIS NA ADMINISTRAÇÃO DOS ANALGÉSICOS NA SUSPEITA DO PACIENTE SER USUÁRIO DE DROGAS .....</b>	<b>48</b>
<b>4.4 MOTIVOS PARA A SUSPEITA DE QUE O PACIENTE ESTIVESSE PEDINDO O ANALGÉSICO OPIÓIDE PARA OUTRO EFEITO QUE NÃO A DOR E ASPECTOS SUGESTIVOS DE USO DE DROGAS, SEGUNDO OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS ....</b>	<b>57</b>
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>60</b>
<b>6 CONCLUSÃO .....</b>	<b>81</b>
<b>7 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>84</b>
<b>APÊNDICES</b>	
<b>APÊNDICE A — DADOS DO PACIENTE .....</b>	<b>92</b>
<b>APÊNDICE B — DADOS DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM .....</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICE C — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM) .....</b>	<b>99</b>
<b>APÊNDICE D — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PACIENTE) .....</b>	<b>100</b>
<b>ANEXOS</b>	
<b>ANEXO A — APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO .....</b>	<b>102</b>
<b>ANEXO B — APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SANTA CASA DE LONDRINA .....</b>	<b>103</b>

# 1 Introdução

## 1.1 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

Evitar a morte, aliviar a dor e o sofrimento são as metas do trabalho dos profissionais de enfermagem, nem sempre alcançadas. Algumas vezes há obstáculos relacionados ao adequado alívio da dor, ao doente/doença, ao profissional e ao sistema/instituição de saúde. Nas situações em que coexistem dor e uso ou suspeita de uso de drogas há grande potencial para inadequado alívio da dor, uma vez que pode haver “uma condição restritiva” dos profissionais no uso de analgésico opióide, causada pelo temor de incentivo ao vício, ou de menor benefício do opióide utilizado para o paciente, decorrente do efeito de tolerância. Esse estudo visa analisar aspectos relacionados à “restrição” do uso de opióides pelos profissionais (auxiliares/técnicos de enfermagem) quando há suspeita de uso de drogas pelos pacientes.

A dependência química tornou-se importante problema de saúde pública e tem desafiado os profissionais de saúde a procurar compreender o perfil do usuário de substâncias psicoativas e a refletir sobre o melhor modo de atuar frente aos problemas decorrentes desse uso (Guimarães et al., 2008). A subjetividade e a multideterminação do fenômeno doloroso dificultam o adequado manejo da dor, especialmente na situação de paciente com dor aguda e com suspeita de uso de drogas. Essa realidade vem se acentuando nos hospitais, visto o aumento na prevalência de uso de drogas na população geral e o envolvimento desses pacientes em situações de trauma e violência.

As principais substâncias psicoativas das quais se faz uso são os estimulantes do Sistema Nervoso Central (SNC) (anfetaminas, cocaína, cafeína, nicotina), os depressores do SNC (álcool, barbitúricos, metaqualona, glutetimida, anestésicos, benzodiazepínicos, opióides) e os agentes perturbadores (*Cannabis sativa* e derivados, alucinógenos e inalantes como os solventes orgânicos voláteis (Seibel, Toscano, 2000).

A característica comum dessas substâncias são os efeitos gratificantes que resultam na tendência em se querer repeti-los. Juntamente com o



efeito de bem estar, em geral, há também o processo de habituação quando o fármaco é recebido repetida ou continuamente, de tal modo que a suspensão do uso tem efeito aversivo (abstinência), do qual o indivíduo tentará escapar pela autoadministração da substância. (Rang et al., 2007).

A sociedade, de modo geral, desaprova o uso abusivo de psicofármacos porque, na maioria dos casos, o custo social ultrapassa os benefícios (Rang et al., 2007). Os usuários de drogas são “rejeitados”, de muitas maneiras, por usar uma droga ilegal e pela criminalidade a ela relacionada (Ferreira Filho et al., 2003) e suspeita-se que essa rejeição possa interferir em situações de cuidado à saúde, como o controle da dor.

Nos últimos anos, tem sido observado aumento na prevalência de usuários de drogas ilícitas, principalmente entre os jovens. Em levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, envolvendo as 108 maiores cidades do país e totalizando 7.939 entrevistas, verificou-se que 22,8% da população pesquisada já haviam usado droga uma vez na vida, 10,3% uma vez no ano e 4,5%, no mês anterior à pesquisa (Carlini et al., 2006). Outro estudo brasileiro, realizado com o objetivo de estimar a prevalência do uso de substâncias em 353 pacientes admitidos em um pronto socorro por trauma não fatal, identificou os pacientes usuários por meio de testes de urina para maconha, cocaína e benzodiazepínicos. O teste de maconha foi positivo em 13,6%, de cocaína em 3,3% e de benzodiazepínicos em 4,2% dos pacientes (Reis et al., 2006).

As formas de uso de drogas podem variar e incluem o uso social, aquele que ocorre em companhia de outras pessoas, frequentemente de forma esporádica; o uso recreativo, quando há uso de substância psicoativa, em geral ilícita, em circunstância social ou relaxante, sem dependência ou outro transtorno, e o uso nocivo, quando o uso da substância psicoativa está causando dano à saúde (Seibel, Toscano, 2000). Como não foi objetivo deste estudo distinguir as formas de uso de drogas pelos pacientes, na presente pesquisa utilizar-se-á o termo “usuário de droga” para todas as possibilidades de uso.

Não existe uma fronteira clara entre uso, abuso e dependência. Poderíamos definir “uso” como qualquer consumo de substâncias, seja

para experimentar, seja esporádico ou episódico; abuso ou uso nocivo como consumo de substâncias já associado a algum tipo de prejuízo (biológico, psicológico ou social) e por fim dependência como o consumo sem controle, geralmente associado a problemas sérios para o usuário (Figlie, 2004, p.5).

Na concomitância de dor e qualquer das situações de uso de drogas pode haver o risco do paciente solicitar o opióide para obter o efeito de bem estar e não necessariamente para a analgesia. Pode ocorrer, também, o desenvolvimento de tolerância, isto é, a diminuição da sensibilidade aos efeitos da droga, que ocorre como resultado da prévia exposição a ela (Figlie, 2004). De acordo com o CID-10, a tolerância é evidenciada quando doses frequentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas (Organização Mundial da Saúde, 2003).

Tais fatos são fatores complicadores ao adequado cuidado ao paciente com dor. A associação entre o uso de drogas e acidentes por causas externas é conhecida (Ponce, Leyton, 2008; Oliveira, Jorge, 2008) e, pela dor decorrente das lesões e traumas, esses pacientes receberão analgésicos, muitas vezes opióides, e a equipe de enfermagem tem grande responsabilidade na identificação da dor e na administração de analgésicos, opióides ou não, em regime de horário fixo e em regime “se necessário” .

Os receios e preconceitos da equipe de saúde e de enfermagem para administrarem opióides são conhecidos. Temem-se os efeitos de sonolência e depressão respiratória que podem ameaçar a vida e, ainda, há preconceitos de que não se deve administrar opióide para usuários com histórico de uso anterior de drogas, uma vez que isso acentuaria o vício. Acredita-se que os usuários de drogas sempre pedem analgésico pelos seus efeitos psíquicos e não pelo alívio da dor. Assim, preconceitos e saberes do cuidador têm implicações no cuidado prestado (Spricigo, Alencastre, 2004).

Além dessa situação, sabe-se que não existe nenhum método objetivo de avaliação da dor e, embora o autorrelato seja a melhor forma de se conhecer a dor do outro, às vezes, não se pode distinguir aqueles que têm dor

daqueles que estão exagerando para obter opióides por benefícios psicológicos (Hansen, 2005). Portanto, frente à necessidade de administração de analgésico opióide, quando permeia a desconfiança de que o paciente seja usuário de drogas, surge maior incerteza no que fazer. A combinação dor, analgesia com opióide e suspeita de uso de drogas pode comprometer a capacidade da equipe de enfermagem de julgar com segurança sobre a intensidade da dor e a necessidade de analgésico, aumentando a probabilidade de analgesia inadequada (Burgues et al., 2006).

O presente estudo objetiva conhecer se a conduta de analgesia pela equipe de enfermagem difere quando há suspeita de que o doente seja usuário de droga.

## **1.2 O MEDO DO USO DE OPIÓIDES: PRECONCEITOS E ESTEREÓTIPOS**

O uso não médico de medicamentos prescritos para dor e transtornos psíquicos traz o dilema de como minimizar o abuso e o desvio desses produtos sem comprometer o acesso aos que deles necessitam (Smith, Woody, 2005). Um fator determinante nas decisões de médicos em não prescrever opióides é o medo de abuso ou desvio de drogas pelos pacientes (Burgues, 2008). O mesmo parece acontecer à equipe de enfermagem na tomada de decisão sobre administrar um opióide prescrito “se necessário” diante da desconfiança de que o paciente esteja solicitando a droga para benefícios outros que não o alívio da dor, conforme os estudos que descreveram uma pequena administração, pela enfermagem, de analgésicos opióides prescritos em regime “se necessário” (McCaffery, 1997; Pimenta, 2001).

Conhecer as crenças, valores e preconceitos dos profissionais de enfermagem sobre o uso e sobre os usuários de drogas é importante, pois tais conceitos podem estar pouco evidentes ou mesmo passar despercebidos, mas se manifestarem no momento do cuidado, eliciando comportamentos ou abordagens inadequadas que repercutem na qualidade da assistência (Luis, Pillon, 2002).

Os usuários de drogas são, *a priori*, considerados “casos difíceis”. De caso difícil passam a ser “pessoa difícil” e isso resulta no “mau paciente”. Esta pode ser uma das vias de construção do estereótipo de que as solicitações desse grupo devam ser recusadas por princípio, independentemente das situações particulares e objetivas (Lima et al., 2007). A análise do(s) perfil(is) dos usuários de drogas é importante para prevenir um pior atendimento (McNabb et al., 2006).

Estudo realizado com dados do IBGE, com cento e oitenta e dois mil brasileiros, apresentou o perfil de pessoas que se declararam usuárias de maconha, lança-perfume e cocaína. A maioria era de jovens (86%, entre 10 e 29 anos), solteiros, 99% do sexo masculino, brancos, pertencentes à classe A, 80% ocupavam papel de filhos em suas moradias, 30% eram universitários e 54% frequentavam o ensino médio (Neri, 2007).

Estudo com dependentes de cocaína maiores de dezoito anos internados em hospitais psiquiátricos da cidade de São Paulo, descreveu o perfil de 440 pacientes, sendo que 95,9% eram homens, 85% tinham menos do que 35 anos de idade, a maioria não tinha companheiro e pertencia a classes sociais C, D ou E. Apenas 1,4% tinha completado curso superior, 57,4% já haviam sido detidos, sendo este número maior entre os usuários de crack. Metade dos usuários não tinha fonte de renda e entre os usuários de crack a proporção de desempregados, moradores de rua e de favelas era maior (Ferreira Filho, 2003).

Em estudo com dependentes de crack institucionalizados, os principais resultados apontam para uma população de adultos jovens, de cor branca e em situação de subemprego e de desemprego. A presença de antecedentes criminais foi observada em 40% da amostra (Guimarães, 2008).

Com base nestes três estudos, verifica-se que o perfil dos usuários de drogas pode variar principalmente em termos de classe social, indicando, portanto, que considerar apenas a aparência pessoal, forma comumente utilizada para suspeitar de uso de drogas, torna-se um risco, especialmente quando se estiver diante de um paciente em situação de dor em que o analgésico opióide poderá não ser administrado devido a esta suspeita.

### 1.3 REVISÃO DA LITERATURA

Com o objetivo de analisar a literatura sobre manejo da dor em pacientes com esta condição, internados e suspeitos de serem usuários de drogas, realizou-se uma revisão bibliográfica na base de dados PubMed/Medline, com os descritores cadastrados no Mesh: *pain and substance abuse* e 4.865 estudos foram apresentados; desses, 147 títulos foram selecionados e, através da análise dos resumos, apenas 10 artigos abordavam o tema de interesse e foram analisados integralmente. Uma nova busca foi realizada incluindo os descritores: *stereotype and nursing* e apenas três estudos foram apresentados, porém dois já estavam incluídos na busca anterior. Os mesmos descritores foram utilizados para a busca na base de dados Cochrane e 313 estudos foram apresentados, porém nenhum foi selecionado. A base de dados PsycINFO apresentou 799 resultados a partir dos mesmos descritores e nove artigos foram selecionados, sendo que seis já haviam sido selecionados na base de dados Pubmed. As bases de dados LILACS e SciELO foram consultadas através dos descritores: dor e transtornos relacionados ao uso de substância e estereótipo e, em outra tentativa, incluindo o descritor enfermagem; apenas na base de dados LILACs, resultou em quatorze estudos que não abordavam o tema de interesse.

Os treze estudos selecionados foram analisados enfocando-se dois aspectos: os comportamentos dos pacientes com dor considerados suspeitos de serem usuários de drogas e as implicações no manejo da dor na situação de pacientes com dor, internados e suspeitos de serem usuários de drogas.

#### **☐ COMPORTAMENTOS DE PACIENTES COM DOR CONSIDERADOS SUSPEITOS DE SEREM USUÁRIOS DE DROGAS:**

Estudo de revisão bibliográfica descreve que em usuários de drogas o estigma, a intoxicação crônica e os engajamentos criminais para manter o uso de substâncias resultaram em altas taxas de desemprego, falhas na manutenção de vínculos de parentescos e nas responsabilidades profissionais (Haber et al., 2009).

Os comportamentos frequentemente apresentados por pacientes com dor e sob suspeita de serem usuários abusivos de medicamentos analgésicos foram descritos em vários estudos.

Estudo de atualização descreveu que usuários tendem a ser mais jovens, que insistem no uso de determinado tipo de medicação, referem não utilizar outro tipo de medicação e serem alérgicos a todas as medicações, exceto à droga de escolha (Hansen, 2005). Estudo similar relata que sinais de uso de drogas incluem visitas frequentes de fim de noite em departamentos de emergência, solicitação de receitas de opióides com desculpas de perda ou roubo das mesmas. Os pacientes permanecem focados em um determinado tipo de medicamento, apesar da oferta de outro, com explicações sobre o seu benefício e de sofrer efeitos colaterais desagradáveis pela ausência da medicação solicitada (Finney, 2010). Outros comportamentos são relatados em uma revisão de literatura como uso de muitos medicamentos, solicitação de receitas médicas de opióides com relato de perda ou roubo das mesmas, comportamento manipulativo, procura por drogas por meios não-médicos e incapacidade para conviver socialmente ou manter-se empregado (Bourne, 2008).

Estudo que analisou dois casos de pacientes com dor aguda descreve como sinais de alerta de que um paciente é usuário de drogas ao demonstrar muito conhecimento sobre a droga solicitada, pedido da droga pelo nome, referência a alergias ou reações a medicações não psicoativas ou carregar cartas de outros médicos confirmando tratamento, que parecem ter lógica duvidosa, como por exemplo altas doses de opióides ou benzodiazepínicos e aparência exagerada de dor, além da exacerbação do comportamento de dor quando se percebe sendo observado (Sim et al., 2004).

O comportamento de busca por opióides nos serviços de saúde por pacientes usuários de drogas é denominado em alguns estudos como “*drug seeking*”. Estudo com 369 enfermeiros buscou identificar as razões para se considerar um paciente “*drug seeking*”. Esse estudo foi realizado por meio de um instrumento de coleta de dados elaborado a partir da pesquisa de comentários feitos pelos enfermeiros sobre pacientes considerados usuários de drogas

atendidos em programas de dor. O piloto foi aplicado em 11 enfermeiros. Uma análise estatística revelou três construtos: comportamento do paciente, significado e interpretação do termo “*drug seeking*”, com consistência interna (coeficiente alfa) de 0,90, 0,83 e 0,84, respectivamente, para cada construto. O construto comportamento foi descrito com os itens: relata ser alérgico a tudo menos a opióides, estabelece o nome e a dose do opióide, vai para diferentes departamentos de emergência para obter opióides, prefere injeção do que comprimidos, monitora o relógio aguardando o horário da medicação, frequentemente volta ao departamento de emergência para obter opióides, demonstra-se feliz após a administração do opióide, fala para a enfermeira onde aplicar a droga e como proceder para administrá-la rapidamente, conta histórias inconsistentes sobre sua dor, pede receita médica referindo que a perdeu ou que foi roubado. No significado de “*drug seeking*” foram incluídos os itens: o paciente é manipulativo, abusa da medicação para dor, é insistente sobre a sua dor, exagera sua dor e está viciado em opióides, e o terceiro construto, relacionado à interpretação de “*drug seeking*”, incluiu os itens: o paciente apresenta-se contrariado, relata que a sua dor é insuportável, que tem sua dor subtratada, é exigente, é tolerante ao opióide. A última parte do instrumento questiona se os enfermeiros consideram positivo ou negativo utilizar o termo “*drug seeking*” e mais da metade deles disseram ser pouco inclinados a utilizarem este termo (McCaffery et al., 2005).

#### **□ O IMPACTO NO CONTROLE DA DOR DE PACIENTES COM DOR, INTERNADOS E SOB SUSPEITA DE SEREM USUÁRIOS DE DROGAS:**

Dezoito pacientes internados, usuários de drogas ativos antes da internação, com processos infecciosos relacionados ao uso de drogas como HIV e hepatite C foram entrevistados em estudo qualitativo e relataram que: percebem quando a equipe de enfermagem desconfia deles, são totalmente desrespeitados pela mesma, esperam muito tempo pelo analgésico e suas necessidades, medos, sentimentos e dor são desconsiderados. Os enfermeiros entrevistados relataram não se sentirem preparados para lidar com a dor de pacientes usuários de drogas (Morgan, 2006).

Estudo de atualização sobre o impacto no controle da dor de pacientes sob suspeita de serem usuários de drogas descreve que o subtratamento da dor é um problema comum em pacientes hospitalizados e que vieses de julgamento de profissionais da saúde sobre usuários de drogas afetam sua habilidade de avaliar e tratar a dor. Relata que, frequentemente, esses pacientes são considerados sociopatas, um peso para a sociedade, manipulativos, que não são inteligentes o suficiente para fazer uma escolha ou tomar uma decisão e, como resultado, os profissionais da saúde podem atribuir pequena prioridade ao tratamento da dor desses pacientes (Hopper, Shapi, 2002).

Médicos podem expressar desaprovação a pessoas com dependência de drogas e os pacientes podem se sentir estigmatizados e desencorajados para o engajamento na relação terapêutica. Também relatam que pacientes que usam drogas são frequentemente descritos pela equipe do hospital como desafiadores, manipulativos, “*drug-seeking*” e exigentes. As dificuldades surgem quando um paciente sente sintomas angustiantes de abstinência, dor ou ambos, e não é adequadamente tratado (Haber et al., 2009).

Outros três estudos de atualização descrevem que muitos pacientes podem ter suas dores subtratadas e por isso apresentam comportamentos que podem levar a suspeitas de serem usuários de drogas. Muitos médicos não se sentem suficientemente preparados para cuidar de pacientes com dor e suspeitos de serem usuários de drogas e, portanto, podem ser relutantes em tratar esses indivíduos. Os pacientes também podem esconder seus problemas de uso de drogas por receio de atitudes negativas ou medo de serem estigmatizados, preocupação com a punição ou tratamento injusto (Finney, 2010). Por outro lado, alguns médicos, na dúvida, preferem administrar opióides para possíveis usuários de drogas a fim de evitar o risco de ocultar ou negar o tratamento dos pacientes que apresentam dor legítima (Hansen, 2005).

Estudo de revisão de literatura descreve que o medo do vício, a falta de conhecimento sobre manejo da dor e o tratamento de desordens de adição, bem como o estigma em torno do uso de opióides, têm criado barreiras para um tratamento de dor adequado (Morgan, White, 2009).



Em pesquisa com dois grupos populacionais, 73 pacientes com dor associada ao HIV e com história de uso de drogas e 100 pacientes com dor do câncer e sem história de uso de drogas, observou-se que os pacientes com HIV apresentaram maior dificuldade para o manejo de suas dores, apresentando dor residual mesmo após administração de opióides (Passik et al., 2006). Em outra pesquisa comparou-se a prescrição médica para dois casos de pacientes com queimaduras graves, sendo um com história do uso de drogas e outro sem história de uso de drogas. Os médicos que receberam o caso dos usuários de drogas prescreveram analgésicos não opióides com mais frequência do que os médicos que receberam os casos de não usuários (Cook et al., 2004).

A partir da análise desses estudos, pôde-se verificar que, embora pesquisas com pacientes suspeitos de serem usuários de drogas comentem sobre o impacto na analgesia, poucos estudos o mensuraram. Pouco se sabe também sobre quais indícios levam os profissionais de enfermagem a definir um doente como suspeito de ser usuário de drogas. Vale ressaltar que não foi encontrado nenhum estudo sobre esse tema realizado no Brasil, o que justifica os questionamentos:

- ▶ A suspeita do paciente ser usuário de drogas influi na administração do analgésico prescrito no regime “se necessário” e não administração do opióide prescrito em horário fixo pelos profissionais de enfermagem?
- ▶ Que características do paciente são consideradas pela equipe de enfermagem como indicativas de que o paciente seja usuário de drogas?

Este estudo visa contribuir para preencher lacunas na literatura sobre os fatores que podem interferir nas decisões sobre o controle da dor, aumentar a segurança na tomada de decisão pela equipe de enfermagem sobre analgesia e minimizar o risco de prejuízos ao paciente.

## 2 Objetivos

## **2.1 OBJETIVO GERAL**

- ▶ Verificar se a conduta analgésica dos profissionais de enfermagem junto a doentes internados com dor difere quando há suspeita de uso abusivo de drogas.

## **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ▶ Identificar a prevalência de suspeita de uso de drogas em pacientes internados com prescrição de opióides, na opinião dos auxiliares e técnicos de enfermagem;
- ▶ Comparar a frequência do recebimento de analgésico opióide na modalidade “se necessário” entre pacientes suspeitos e os não suspeitos de serem usuários de drogas;
- ▶ Comparar a frequência de não administração de analgésico opióide e analgésico comum, prescritos em horários fixos, entre pacientes suspeitos e não suspeitos de serem usuários de drogas;
- ▶ Conhecer a conduta dos profissionais de enfermagem frente à queixa de dor e solicitação do analgésico por pacientes com suspeita de serem usuários drogas;
- ▶ Identificar quais os sinais, comportamentos e características da aparência pessoal dos pacientes os profissionais de enfermagem consideram como sugestivos de uso de drogas.

### 3 Casuística e Método

### **3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA**

Estudo transversal

### **3.2. POPULAÇÃO**

A população deste estudo foi constituída de pacientes (N=507) e técnicos e auxiliares de enfermagem (N=199). A população de pacientes compreendeu todos que se internaram no período da coleta de dados e que atendiam aos critérios de inclusão. A população de técnicos e auxiliares de enfermagem foi de todos os responsáveis pela administração de medicamentos aos pacientes do estudo.

#### **3.2.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS PACIENTES**

- ▶ Idade mínima de 18 anos, consciente e internado nas unidades hospitalares, campos de coleta de dados com diagnóstico de fraturas ou cirurgias ortopédicas. O critério — afecções ortopédicas — foi escolhido pela alta probabilidade desses pacientes terem dor e foram definidos como campos de coleta de dados os hospitais que realizavam cirurgias ortopédicas ou com unidades de cirurgias ortopédicas da Cidade de Londrina, Paraná, Brasil.
- ▶ Internados há pelo menos dois dias. Esse critério foi escolhido por ser considerado o tempo necessário para que os técnicos/auxiliares de enfermagem conhecessem o paciente e pudessem fazer hipóteses de suspeita de uso de drogas.
- ▶ Com prescrição médica de analgésicos opióides em horário fixo ou se necessário. Esse critério foi necessário para que se pudesse analisar a administração de analgésico opióide em pacientes com e sem suspeita de serem usuários de drogas.

### **3.2.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS FUNCIONÁRIOS**

Foram incluídos todos os técnicos e auxiliares de enfermagem dos turnos da manhã, tarde e noite responsáveis pela administração de medicamentos aos pacientes que atendiam aos critérios de inclusão.

### **3.2.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DE PACIENTES**

Pacientes recebendo analgésico por meio de bomba de infusão contínua ou por meio de PCA (Analgesia Controlada pelo Paciente), pois nessas situações, a administração de analgésicos na modalidade “se necessário” não é controlada pelo profissional de enfermagem.

## **3.3 LOCAIS DO ESTUDO**

A coleta de dados foi realizada nos hospitais da cidade de Londrina (PR) com unidades de internação para pacientes com fraturas e cirurgias ortopédicas que autorizaram a realização da coleta. Dentre os 7 campos que atendiam aos critérios de inclusão, 4 aceitaram participar.

→ HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LONDRINA: hospital universitário público, órgão suplementar da Universidade Estadual de Londrina, centro de referência regional para o Sistema Único de Saúde (SUS). Único hospital público de grande porte do Norte do Paraná. Total de leitos: 312. Média de Internação de Pacientes na Clínica de Ortopedia: 61 pacientes/mês.

→ SANTA CASA DE LONDRINA: hospital geral, filantrópico. Atende pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), planos de saúde público, privado e particular. Total de leitos: 191. Média de internação de pacientes na Clínica de Ortopedia: 115 pacientes/mês.

→ HOSPITAL MATER DEI: hospital geral, filantrópico, vinculado ao Hospital Santa Casa de Londrina. Atende pacientes com planos de saúde privado e

particular. Total de leitos: 74. Média de Internação pacientes na Clínica de Ortopedia: 15 pacientes/mês.

→ HOSPITAL ZONA NORTE DE LONDRINA: hospital público, estadual. Atende pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Total de leitos: 46. Média de Internação de pacientes na Clínica de Ortopedia: 9 pacientes/mês.

### **3.4 COLETA DOS DADOS**

#### **3.4.1 PERÍODO DA COLETA DE DADOS**

O período da coleta de dados foi de 01/03/2011 a 31/03/2012. Este período foi subdividido. De 01/03/2011 a 29/02/2012 foi realizada a coleta de dados sobre os pacientes que atendiam aos critérios de inclusão, compreendendo dados do prontuário médico e opinião dos profissionais de enfermagem sobre a suspeição ou não desses pacientes (específicos) serem usuários de “drogas” e de sua conduta frente a isso. De 01/03/2011 a 31/03/2012 foi realizada a coleta de dados com todos os profissionais de enfermagem para avaliar a opinião deles sobre comportamentos característicos dos usuários de droga (em geral) e sua conduta analgésica frente a suspeita de que um paciente (genérico) fosse usuário de droga.

#### **3.4.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS**

A coleta de dados foi realizada por pesquisadores previamente treinados para este fim e pela autora deste estudo.

##### **□ COLETA DE DADOS DOS PACIENTES**

Para a coleta de dados dos pacientes, a cada três dias, os entrevistadores identificavam, por meio da lista de pacientes internados, aqueles que atendiam aos critérios de inclusão, e, assim, planejavam as coletas.

Todos os pacientes com dois dias de internação e que atendiam aos demais critérios de inclusão tiveram os dados sócio-demográficos, diagnóstico, motivo do trauma e a prescrição médica do dia anterior transcritos para o instrumento de coleta de dados.

#### **☐ OPINIÃO DOS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM SOBRE CADA PACIENTE DO ESTUDO**

Para cada paciente selecionado foram entrevistados três profissionais de enfermagem responsáveis pela administração de medicamentos, um de cada turno (manhã, tarde e noite), com o intuito de verificar se os mesmos tinham alguma suspeita de que o paciente fosse usuário de drogas e, em caso afirmativo, quais características e/ou comportamentos desses pacientes os fizeram suspeitar de uso abusivo, além de identificar qual conduta realizaram frente à queixa de dor e solicitação de analgésico opióide. O paciente foi considerado suspeito quando pelo menos um dos profissionais indicasse a suspeita.

A fim de evitar a influência ou indução na opinião do profissional em relação ao paciente, antes de serem questionados a respeito da suspeita do paciente ser usuário de drogas, perguntou-se a ele se o paciente, ao qual estavam administrando medicamentos, poderia estar solicitando o analgésico opióide por outro motivo que não a dor.

#### **☐ COLETA DE DADOS DOS TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM**

Encerrada a coleta de dados sobre os pacientes incluídos no estudo (N=507), foram feitas entrevistas, por meio de uma lista padronizada (*check list*), com todos os auxiliares e técnicos de enfermagem que atuavam nos campos de coleta de dados. A entrevista visou identificar a opinião dos profissionais sobre os comportamentos/pistas que eles, em geral, consideram como indicativos de que o paciente esteja solicitando opióide por ser usuário de drogas. Visou também conhecer a conduta que geralmente tomam diante desta situação. Optou-se por coletar esses dados após o término da coleta, para evitar que as informações contidas nas alternativas do *check list* pudessem influenciar ou induzir respostas



nessa fase de coleta de dados dos doentes específicos (os que estavam internados nas clínicas).

### **3.4.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS**

A coleta de dados foi realizada por meio de dois instrumentos, um com dados sobre os pacientes incluídos no estudo e a opinião dos profissionais sobre eles (Apêndice A), e outro, com dados dos profissionais e opinião genérica sobre comportamentos de pacientes usuários de drogas e condutas frente a esta situação (Apêndice B).

O instrumento de coleta de dados sobre o paciente (Anexo 1) foi constituído de três partes:

- I. Dados sócio demográficos, motivo do trauma e diagnóstico;
- II. Prescrição médica e recebimento de analgésico: analgésicos prescritos quanto ao tipo, dose, via e intervalos (horário fixo e se necessário) e a administração desses analgésicos pelo auxiliar/técnico de enfermagem;
- III. Opinião do auxiliar/técnico de enfermagem sobre o paciente. Esta parte do instrumento foi composta por perguntas abertas e fechadas com a finalidade de verificar se o funcionário desconfiava ser o paciente usuário de drogas e identificar as características e comportamentos do paciente que levaram a esta suspeita. Identificava-se, também, as condutas do funcionário frente à queixa de dor e à solicitação de analgésico pelo paciente.

Para cada paciente foram coletadas as opiniões de três funcionários, dos períodos da manhã, tarde e noite. Assim, havia um conjunto de 3 instrumentos por paciente.

O instrumento de coleta de dados do funcionário foi elaborado de forma a ser constituído de duas partes:

- I. Dados sócio-demográficos e profissionais;
- II. Opinião sobre as características dos pacientes que, em geral, levam os profissionais a desconfiar de que sejam usuários de drogas. Foi elaborado um “*check list*” a partir de dados de literatura, opinião de profissional da área de psiquiatria e teste piloto com 12 auxiliares e técnicos de enfermagem. O Anexo 2 continha, ainda, questão sobre a conduta do funcionário frente à queixa de dor e ou solicitação de analgésico opióide de um paciente suspeito de ser usuário de drogas.

#### **3.4.4 TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES**

Foram selecionados três entrevistadores: um enfermeiro recém-formado e dois estudantes do terceiro ano do curso de enfermagem. O treinamento foi ministrado pela pesquisadora principal, seguindo a programação:

- a) Aula expositiva sobre conceitos fundamentais sobre dor e farmacologia da dor;
- b) Apresentação do projeto de pesquisa, leitura dos instrumentos de coleta de dados e pontos relevantes a serem considerados e obedecidos durante a coleta, como uso de jaleco e crachá de identificação, tom de voz baixo, evitar comentários paralelos e restringir-se ao instrumento de coleta, importância do sigilo das informações e solicitação da assinatura do termo de consentimento;
- c) Apresentação e discussão sobre a logística da coleta de dados, preenchimento da planilha com os códigos dos pacientes e

respectivos funcionários. Cada entrevistador coletou dados de dez pacientes e posteriormente foi feito um momento de avaliação, discussão sobre as dúvidas e dificuldades encontradas.

Para verificação do andamento da coleta e revisão dos instrumentos coletados foram feitas reuniões quinzenais entre a pesquisadora e entrevistadores. Os entrevistadores foram remunerados com recurso do CNPQ (Processo: 471457/2010-8) que financiou a presente pesquisa.

### **3.5 TESTE PILOTO**

O teste piloto foi realizado para a elaboração do instrumento de coleta de dados, para testar a transcrição da prescrição médica no instrumento, verificar a compreensão das questões pelos funcionários e identificar a prevalência de suspeição.

Foi realizado na internação do Pronto Socorro do Hospital Universitário de Londrina, não incluída na coleta de dados da pesquisa, e foram analisados 25 pacientes internados na clínica de ortopedia com prescrição de analgésicos opióides, sendo que dois pacientes (8%) apresentaram características ou comportamentos que levaram os funcionários a suspeitar de uso de drogas.

### **3.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO**

#### **3.6.1 DESFECHOS PRINCIPAIS — CONDUTA ANALGÉSICA**

Com a finalidade de verificar se a conduta na administração de analgésicos pelos técnicos/auxiliares de enfermagem diferia entre pacientes com e sem suspeita de serem usuários de drogas, foram utilizados os desfechos a seguir.

**3.6.1.1** Administração, nas últimas 24 horas, dos analgésicos opióides e não opióides prescritos na modalidade “se necessário”.

1. Medicação foi ou não administrada.
2. Porcentagem de doses recebidas.

**3.6.1.2** Administração, nas últimas 24 horas, dos analgésicos opióides e não opióides prescritos no regime “horário fixo”.

1. Medicação foi ou não administrada.
2. Porcentagem de doses recebidas.

### **3.6.2 DESFECHO SECUNDÁRIO — FORMAÇÃO DA SUSPEITA**

#### **3.6.2.1 SITUAÇÃO ESPECÍFICA**

Verbalização dos profissionais de enfermagem sobre sua conduta frente à queixa de dor e/ou solicitação de analgésico por um paciente (específico, incluído no estudo) suspeito de ser usuário de drogas.

Características sociodemográficas dos pacientes suspeitos e não suspeitos de serem usuários de drogas.

#### **3.6.2.2 SITUAÇÃO GENÉRICA**

- ▶ Relatos dos funcionários sobre as características dos pacientes (em geral) que levaram os profissionais a considerá-los usuários de drogas.

### 3.7 ORGANIZAÇÃO DE CATEGORIAS E PONTOS DE CORTE

Os resultados referentes às questões abertas do instrumento de coleta de dados do paciente (terceira parte), que dizem respeito à opinião do profissional sobre o paciente, foram organizados em categorias a fim de serem apresentados e analisados.

Na questão 9, foi perguntado se o profissional sabia o motivo pelo qual o paciente estava recebendo analgésico opióide e em seguida (questão 10) se havia alguma suspeita de que o paciente pudesse estar pedindo o opióide por outro motivo que não a necessidade de alívio da dor. Esta pergunta foi realizada de modo a evitar influência na opinião dos profissionais em relação ao paciente, antes de serem questionados sobre a suspeita do paciente ser usuário de drogas. As respostas sobre os motivos foram agrupadas em duas categorias obedecendo aos critérios descritos a seguir:

1. **EFEITO DE BEM ESTAR DO OPIÓIDE E DE EVITAR OS SINTOMAS DE ABSTINÊNCIA:** Nesta categoria foram incluídos os relatos onde havia suspeita de que o paciente pudesse estar solicitando o opióide por falta do efeito de bem estar, para diminuir e para evitar ou minimizar os possíveis sintomas de abstinência.
2. **POR MEDO DA DOR E PARA CHAMAR ATENÇÃO DE ALGUÉM:** Nesta categoria incluíram-se os motivos de medo da dor ou necessidade de alguém por perto.

Na questão 11 foi perguntado ao profissional sobre as características e comportamentos que o fizeram desconfiar que o paciente fosse usuário de drogas. Esta pergunta também fez parte do *check list*, onde se pergunta sobre as características em geral, (sem especificar o paciente) observadas nos pacientes como indicativas de uso de drogas. Para os agrupamentos foram criadas seis categorias, descritas na sequência:

1. **CONHECE DETALHES DA DROGA:** Nesta categoria foram incluídas as respostas dos funcionários que expressavam suspeita dos pacientes sobre o uso de drogas, pois apresentavam uma certa “familiaridade” e conhecimentos sobre os opióides em relação ao efeito, nome, dose, formas de apresentação e administração.

→ CARACTERÍSTICAS OBSERVADAS NOS PACIENTES DO ESTUDO DESCRITAS PELOS PROFISSIONAIS: solicita morfina pelo nome e não quer o tramal, solicita o tramal para ter euforia, sabe o horário e a dosagem do tramal (50mg), solicita dosagem maior(100mg), pede o remédio pelo nome: morfina.

→ CARACTERÍSTICAS DESCRITAS NO *CHEK LIST*, INCLUINDO AS RESPOSTAS DO ITEM “ OUTROS”: estabelece o nome e a dose do opióide, prefere injeção do que comprimidos, fala para o profissional de enfermagem onde dar a droga e como proceder para administrá-la rapidamente, pede o opióide pelo nome, principalmente, a morfina.

**2. INSISTE PELO ANALGÉSICO OPIÓIDE:** Nesta categoria foram incluídas as respostas que expressavam uma preferência e insistência do paciente pelo analgésico opióide, apresentando uma necessidade urgente do mesmo, sem paciência de espera.

→ CARACTERÍSTICAS OBSERVADAS NOS PACIENTES DO ESTUDO DESCRITAS PELOS PROFISSIONAIS: fica muito ansioso enquanto não se faz a medicação, solicita morfina constantemente, pede remédio o tempo todo e fica mais calmo quando este é administrado, solicita o tempo todo e refere melhora da dor quando foi administrado placebo (SF0,9%), insistência pelo analgésico, sempre que administrada morfina a dor não pára e a solicita novamente, o analgésico tendo sido administrado há pouco tempo é solicitado novamente, solicita medicação, pede remédio o tempo inteiro para chamar atenção, pede o analgésico sempre antes do horário, solicita o tramal o tempo todo, solicita medicação muitas vezes, quer remédio para dormir e não tolera muito tempo sem medicamento, pede muito remédio, a dor nunca passa, assim pede mais medicação.

→ CARACTERÍSTICAS DESCRITAS NO *CHEK LIST*, INCLUINDO AS RESPOSTAS DO ITEM “ OUTROS”: Insiste pelo opióide, refere que a dor não cessa até chegar na morfina, conta o tempo no relógio para cobrar a administração do opióide, permanece o tempo todo na expectativa da administração do opióide, com o passar dos dias de internação, o próprio paciente fala que é usuário de droga e

solicita o opióide, refere não ter nenhuma melhora da dor com o analgésico comum, apresenta sinais de impaciência até que o opióide seja administrado, relata ser alérgico a outros analgésicos que não sejam opióides, demonstra-se feliz após a administração do opióide.

- 3. APRESENTA INCOERÊNCIA ENTRE A POSSÍVEL SENSAÇÃO E EXPRESSÃO DE DOR:** Nesta categoria foram incluídos os relatos que expressavam que poderia estar havendo uma incoerência entre a possível intensidade de dor que o paciente poderia estar sentindo e as manifestações ou formas de expressão, que, na opinião dos funcionários, não justificariam a necessidade do analgésico.

→ **CARACTERÍSTICAS OBSERVADAS NOS PACIENTES DO ESTUDO DESCRITAS PELOS PROFISSIONAIS:** valoriza muito a dor e pede medicação mesmo sem dor, solicita o opióide e não aparenta dor, ou seja, não chora, não fica ansioso, não tem expressão de dor, solicita medicação sem demonstrar dor e logo após a medicação ter sido administrada anda na unidade, tranquilamente, parecendo não estar realmente com muita dor, exagera a sua dor, refere que a dor não passa, está sempre com dor mesmo medicado, queixa de dor sem apresentar sinais de dor, sem face de dor, não apresenta expressão de dor todas as vezes que solicita, queixa de muita dor, é muito queixoso.

→ **CARACTERÍSTICAS DESCRITAS NO *CHEK LIST*, INCLUINDO AS RESPOSTAS DO ITEM “OUTROS”:** queixa-se frequentemente de dor supervalorizando-a, expressa sua dor de forma intensa com necessidade de alívio urgente, após a implantação da escala de dor dá para ver quando o paciente exagera a sua dor.

- 4. CONSEQUÊNCIAS FÍSICAS, EMOCIONAIS E SOCIAIS DO USO DE DROGAS/E SINAIS DE ABSTINÊNCIA:** Nesta categoria foram incluídas as características que o uso de drogas pode provocar no indivíduo relacionadas aos aspectos físicos como: emagrecimento, dentição ruim, insônia e outros; aspectos

emocionais como comportamento agressivo gerado pela ansiedade e necessidade da droga; dificuldade de uma interação confiável e amigável entre o mesmo e o profissional de enfermagem. Aspecto social prejudicado, como incapacidade de viver socialmente e manter-se empregado. Nesta categoria também foram incluídos sinais e sintomas de abstinência da droga.

→ CARACTERÍSTICAS OBSERVADAS NOS PACIENTES DO ESTUDO DESCRITAS PELOS PROFISSIONAIS: agitação e confusão mental, é muito desconfiado, paciente inquieto, muito agitado e “reclamão”, agressividade, paciente difícil de lidar, mentiroso, “tigrão”, manipulador, violento, hiperativo, muito solicitante, muito ansioso, pergunta a todo momento quando irá embora, supervaloriza tudo, nervoso, não chega a ser violento, mas é meio grosseiro, “não quer ficar aqui, já fugiu de outro hospital”.

→ CARACTERÍSTICAS DESCRITAS NO *CHEK LIST*, INCLUINDO AS RESPOSTAS DO ITEM “OUTROS”: apresenta-se arredio, agitado / inquieto, ansioso, tem confusão mental, rebeldia, ansiedade para ir embora, permanece no banheiro por muito tempo, mostra olhar desconfiado, fala pouco, desconfia de todos os procedimentos realizados com ele, apresenta sinais de desespero, apresenta-se mais reservado a princípio, e depois começa a ficar agitado, quer dar “escapadinhas” da enfermagem, demonstra oscilação do humor, alucinações, Irritabilidade, pânico, depressão, é manipulador, explosivo, muito agressivo com seus acompanhantes, não respeita o profissional de enfermagem, chama-os de tio ou de tia e se há demora para ser atendido usa gírias pesadas, tem olhar fixo, incapacidade de viver socialmente ou manter-se empregado, o usuário de crack fica mais quieto, o usuário de maconha fica mais solto, emagrecido, dedos queimados, dentição ruim, come muito, tem tremores, náuseas e vômitos, diarreia ou constipação, anorexia, sudorese, taquicardia/palpitações, parestesias/fraqueza muscular, Insônia, come pouco devido à ansiedade.



**5. APARÊNCIA PESSOAL COMO INDICATIVO DE USO CRÔNICO:** Foram incluídos sinais da aparência pessoal que na opinião dos funcionários sugerem uso de drogas, como por exemplo, maneiras de se vestir e de falar.

→ CARACTERÍSTICAS OBSERVADAS NOS PACIENTES DO ESTUDO DESCRITAS PELOS PROFISSIONAIS: fumante.

→ CARACTERÍSTICAS DESCRITAS NO *CHEK LIST*, INCLUINDO AS RESPOSTAS DO ITEM “OUTROS”: Apresenta tatuagens feias feitas “em fundo de quintal”, usa boné, local de moradia?, usa gírias e/ou um vocabulário que sugere malandragem, geralmente relata que trabalha em serviço pesado como pedreiro.

**6. APARÊNCIA PESSOAL COMO DESVINCULADA DO USO CRÔNICO:** nesta categoria foram incluídos os relatos dos funcionários que consideram que a suspeita do uso de drogas não tem associação com aspectos relacionados ao estereótipo do paciente. Nesta categoria houve apenas relatos dos funcionários referentes aos pacientes em geral.

→ CARACTERÍSTICAS DESCRITAS NO *CHEK LIST*, INCLUINDO AS RESPOSTAS DO ITEM “OUTROS”: nem sempre a aparência indica que o indivíduo seja usuário de drogas, o perfil varia muito de um para o outro, a família informa à equipe de enfermagem que o paciente é usuário, às vezes a família, na internação, fala que o paciente é usuário.

Na questão 12 foi perguntado ao profissional sobre as condutas realizadas frente à solicitação de analgésicos opióides dos pacientes que consideravam suspeitos de uso de drogas. Esta pergunta também fez parte do *check list* referindo-se às condutas que costumam tomar, em geral, (sem especificar o paciente). Para os agrupamentos foram criadas duas categorias, descritas na sequência:

- 1. MANTÉM A PRESCRIÇÃO MÉDICA:** Nesta categoria foram incluídas as respostas em que o funcionário relata que não altera a administração dos medicamentos prescritos, não reduz e nem aumenta a dose e a frequência do analgésico, tanto em horário fixo como “se necessário”. Também estão incluídas as estratégias que o funcionário utiliza para não alterar a prescrição como: interagir com o paciente pedindo paciência para aguardar o horário prescrito e procurar ajuda de outros profissionais.

→ CONDUZAS REALIZADAS NOS PACIENTES DO ESTUDO DESCRITAS PELOS PROFISSIONAIS, INCLUINDO AS RESPOSTAS DOS ITENS OUTROS: discute com colegas, comunica o médico, conversa com a enfermeira, administra o analgésico mesmo assim, conversa com a família. No ítem “outros”: Avaliação do psiquiatra.

→ CONDUZAS DESCRITAS NO *CHEK LIST*, INCLUINDO AS RESPOSTAS DO ITEM “ OUTROS”: discute com colegas, comunica o médico, conversa com a enfermeira, administra o analgésico mesmo assim. No ítem “outros”: conversa com o paciente, tenta explicar a situação de que tem uma prescrição médica a ser seguida, tenta ganhar a confiança dele e o aconselha a buscar ajuda.

- 2. REDUZ A DOSAGEM:** Nesta categoria estão as respostas em que o funcionário, de alguma forma, reduziu ou não administrou os analgésicos opióides em horário fixo, ou quando relatou evitar administrar opióides prescritos na modalidade “se necessário.

→ CONDUZAS REALIZADAS NOS PACIENTES DO ESTUDO DESCRITAS PELOS PROFISSIONAIS E NA ALTERNATIVA OUTROS: não administrou o analgésico opióide, administrou a dipirona, não fez o tramal, fez outra medicação não opióide, administrou um analgésico mais fraco e não falou para o paciente, disse ao paciente que ainda não estava no horário e administrou só o que estava prescrito para o horário.

→ CONDUZAS DESCRITAS NO *CHEK LIST*, ITEM “OUTROS”: atrasa um pouco e tenta utilizar a dipirona, só administra quando for o horário, administra primeiro um analgésico fraco, faz placebo (água, dipirona).

Considerando que a coleta de dados ocorreu durante um ano, e o último mês foi destinado à coleta sobre a opinião dos profissionais, de modo geral, (sem especificar o paciente), alguns profissionais não participaram dessa fase da pesquisa, pois não se encontravam nos hospitais naquele período. Os motivos das ausências foram: duas aposentadorias, oito licenças, 18 férias e 12 demissões, totalizando n=159 auxiliares/técnicos de enfermagem.

### 3.8 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo–CEP/EEUSP nº 974/2010 (Anexo A) e pelo do Comitê de Bioética e Ética em Pesquisa da Santa Casa de Londrina – BIOISCAL, nº 037/10 (Anexo B).

Os funcionários e pacientes foram solicitados a participar e os que concordaram assinaram o Termo de Consentimento Informado (Apêndices C e D respectivamente) em duas vias.

### 3.9 PREPARO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram inseridos em banco de dados e analisados pelo programa R.2.14.1. Os dados foram trabalhados por meio de estatística descritiva e inferencial. Para avaliar associações entre variáveis categóricas utilizou-se o teste Qui-Quadrado, para comparar as escalas de duas populações independentes utilizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney e para estimar a razão de prevalência de administração de analgésicos opióides e não opióides entre os pacientes suspeitos e não-suspeitos. de serem usuários de drogas foi aplicado o teste exato de Fisher e um nível de significância de 5%.

## 4 Resultados

Os resultados estão apresentados na sequência:

- 1º) caracterização dos sujeitos do estudo (profissionais de enfermagem e pacientes);
- 2º) prevalência de pacientes internados suspeitos de serem usuários drogas e os dados sociodemográficos desses pacientes;
- 3º) conduta dos profissionais na administração dos analgésicos na suspeita do paciente ser usuário de drogas e
- 4º) motivos para a suspeita de que o paciente estivesse pedindo o analgésico opióide para outro efeito que não a dor e os aspectos sugestivos de uso de drogas, segundo opinião dos profissionais.

#### **4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO (PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E PACIENTES)**

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos profissionais (N=199) participantes do estudo quanto às variáveis sociodemográficas, experiência e capacitação profissional.

**TABELA 1** — Distribuição dos profissionais (N=199) conforme as variáveis sócio demográficas e profissionais, Londrina, 2012.

<b>SEXO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Feminino	161	81,0
Masculino	36	18,0
<b>TOTAL</b>	<b>199</b>	<b>100,0</b>
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Com companheiro	103	52,0
Sem companheiro	94	47,0
<b>TOTAL</b>	<b>199</b>	<b>100,0</b>
<b>Cor</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Branca	146	73,4
Negra / parda	52	26,2
Amarela	1	0,4
<b>TOTAL</b>	<b>199</b>	<b>100,0</b>
<b>FAIXA ETÁRIA (anos)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
20  —  30	48	24,2
30 —  40	63	31,6
40 —  50	54	27,1
50 —  70	34	17,1
<b>TOTAL</b>	<b>199</b>	<b>100,0</b>
<b>CATEGORIA PROFISSIONAL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Auxiliar de enfermagem	66	33,0
Técnico de enfermagem	133	67,0
<b>TOTAL</b>	<b>199</b>	<b>100,0</b>
<b>TEMPO DE EXERCÍCIO DE ENFERMAGEM (anos)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1  —  05	59	29,6
5 —  10	43	21,6
10 —  20	58	29,1
20 —  30	25	12,6
30 —  60	14	7,0
<b>TOTAL</b>	<b>199</b>	<b>100,0</b>
<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ensino Médio	113	56,8
Superior na área	49	24,6
Superior outro	37	18,5
<b>TOTAL</b>	<b>199</b>	<b>100,0</b>

A maioria dos profissionais era do sexo feminino (81%), possuía companheiro (52%), era branca (73,4%), estava na faixa etária de 30 a 50 anos (58,8%); a maioria dos pesquisados eram técnicos de enfermagem (67%) e possuíam de 10 a 20 anos de profissão (29,1%). Estudaram até o ensino médio (56,8%). Vale ressaltar que 43,2% dos funcionários concluíram ou estão cursando nível superior.

A Tabela 2 apresenta a caracterização dos pacientes participantes do estudo (N=507), quanto às variáveis sociodemográficas.

**TABELA 2** – Distribuição dos pacientes conforme as variáveis sócio demográficas. Londrina, 2012.

<b>SEXO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	360	71,0
Feminino	147	29,0
<b>TOTAL</b>	<b>507</b>	<b>100,0</b>
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sem companheiro	262	51,6
Com companheiro	245	48,3
<b>TOTAL</b>	<b>507</b>	<b>100,0</b>
<b>COR</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Amarela	9	0,2
Branca	300	59,2
Negra / parda	198	39,0
<b>TOTAL</b>	<b>507</b>	<b>100,0</b>
<b>FAIXA ETÁRIA (anos)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
18   —  30	175	34,55
30 —  40	82	16,2
40 —  50	78	15,4
50 —  70	88	17,3
Mais de 70 anos	84	16,5
<b>TOTAL</b>	<b>507</b>	<b>100,0</b>
<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Nunca estudou	58	11,4
Fundamental I	101	20,0
Fundamental II	143	28,2
Ensino Médio	190	37,4
Superior	15	3,0
<b>TOTAL</b>	<b>507</b>	<b>100,0</b>



Observa-se na Tabela 2 o predomínio do sexo feminino (71%), e ainda, que 51,6% não possuíam companheiro e a maioria branca (59,2%). Quanto às faixas etárias dos pacientes, Quanto às faixas etárias, 34,55% tinha entre 18 e 30 anos e os demais distribuíram-se de forma equilibrada.

## 4.2 PREVALÊNCIA DE PACIENTES INTERNADOS SUSPEITOS DE SEREM USUÁRIOS DE DROGAS E AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS MESMOS

A prevalência estimada de pacientes suspeitos de serem usuários de drogas, segundo profissionais de enfermagem, foi de 6,86% IC[4,89% - 9,51%].

Considerou-se o paciente como suspeito, quando pelo menos um dos três profissionais indicou suspeita. A tabela 3 apresenta a distribuição dos pacientes conforme o número de profissionais que os indicaram como suspeitos.

**TABELA 3 –** Distribuição dos pacientes suspeitos de serem usuários de drogas de acordo com o número de funcionários de enfermagem que indicaram suspeição. Londrina,2012.

Nº DE PROFISSIONAIS	N	%
1	26	76,5
2	5	14,7
3	3	8,8
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>

Dentre os suspeitos (N=34), a maioria (76,5%) foi classificada como suspeita por um dos três profissionais entrevistados. Cinco pacientes (14,7%), foram classificados por dois profissionais, e 3 pacientes (8,8%) foram classificados como suspeitos por 3 profissionais.

Na Tabela 4 estão apresentadas as características sociodemográficas dos pacientes suspeitos e não suspeitos de serem usuários de drogas.

**TABELA 4** – Distribuição dos pacientes suspeitos e não suspeitos de serem usuários de drogas, conforme características sócio demográficas. Londrina, 2012.

SEXO	SUSPEITO SEGUNDO PELO MENOS UM PROFISSIONAL						VALOR DE p*
	NÃO		SIM		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	
Feminino	143	97,3	4	2,7	147	100,0	
Masculino	330	91,7	30	8,3	360	100,0	
<b>TOTAL</b>	<b>473</b>	<b>93,3</b>	<b>34</b>	<b>6,7</b>	<b>507</b>	<b>100,0</b>	<b>0,036</b>
FAIXA ETÁRIA	N	%	N	%	N	%	
18  —  24 anos	115	94,0	8	6,5	123	100,0	
24 —  30	41	79,0	11	21,2	52	100,0	
30 —  40	75	92,0	7	8,5	82	100,0	
40 —  50	73	94,0	5	6,4	78	100,0	
50 —  70	85	97,0	3	3,4	88	100,0	
Mais de 70 anos	84	100,0	0	0	84	100,0	
<b>TOTAL</b>	<b>473</b>	<b>93,0</b>	<b>34</b>	<b>6,7</b>	<b>507</b>	<b>100,0</b>	<b>&lt;0,001</b>
Cor	N	%	N	%	N	%	
Amarela	9	100,0	0	0,0	9	100,0	
Branca	274	91,0	26	8,7	300	100,0	
Negra/parda	190	96,0	8	4,0	198	100,0	
<b>TOTAL</b>	<b>473</b>	<b>93,0</b>	<b>34</b>	<b>6,7</b>	<b>507</b>	<b>100,0</b>	<b>0,094</b>
ESCOLARIDADE	N	%	N	%	N	%	
Nunca estudou	58	100,0	0	0,0	58	100,0	
Fundamental I	95	94,0	6	5,9	101	100,0	
Fundamental II	130	91,0	13	9,1	143	100,0	
Médio	176	93,0	14	7,4	190	100,0	
Superior	14	93,0	1	6,7	15	100,0	
<b>TOTAL</b>	<b>473</b>	<b>93,0</b>	<b>34</b>	<b>6,7</b>	<b>507</b>	<b>100,0</b>	<b>0,223</b>
ESTADO CIVIL	N	%	N	%	N	%	
Com companheiro	229	94,0	16	6,5	245	100,0	
Sem companheiro	244	93,0	18	6,9	262	100,0	
<b>TOTAL</b>	<b>473</b>	<b>93,0</b>	<b>34</b>	<b>6,7</b>	<b>507</b>	<b>100,0</b>	<b>0,98</b>

\*Valor de p do Teste Qui-quadrado

Na Tabela 4 nota-se que a frequência de suspeição foi maior entre os homens ( $p < 0,036$ ) e na faixa etária de 25 a 30 anos ( $p < 0,001$ ). Nas demais características, cor, escolaridade e presença de companheiro, não houve diferença na frequência de ocorrência entre suspeitos e não suspeitos.

### 4.3 CONDOTA DOS PROFISSIONAIS NA ADMINISTRAÇÃO DOS ANALGÉSICOS NA SUSPEITA DO PACIENTE SER USUÁRIO DE DROGAS

As Tabelas 5, 6, 7, 8 e 9 e as Figuras 1 e 2 apresentam a distribuição dos pacientes suspeitos e não suspeitos de uso de drogas quanto à conduta analgésica dos auxiliares e técnicos de enfermagem.

**TABELA 5** – Distribuição dos pacientes suspeitos e não suspeitos de uso de drogas conforme a administração do analgésico opióide na modalidade “se necessário”. Londrina, 2012.

OPIÓIDE SN*	SUSPEITO SEGUNDO PELO MENOS UM PROFISSIONAL					
	NÃO		SIM		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Não administrado	160	73,4	7	46,7	167	71,7
Administrado	58	26,6	8	53,3	66	28,3
<b>TOTAL</b>	<b>218</b>	<b>100,0</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>233</b>	<b>100,0</b>

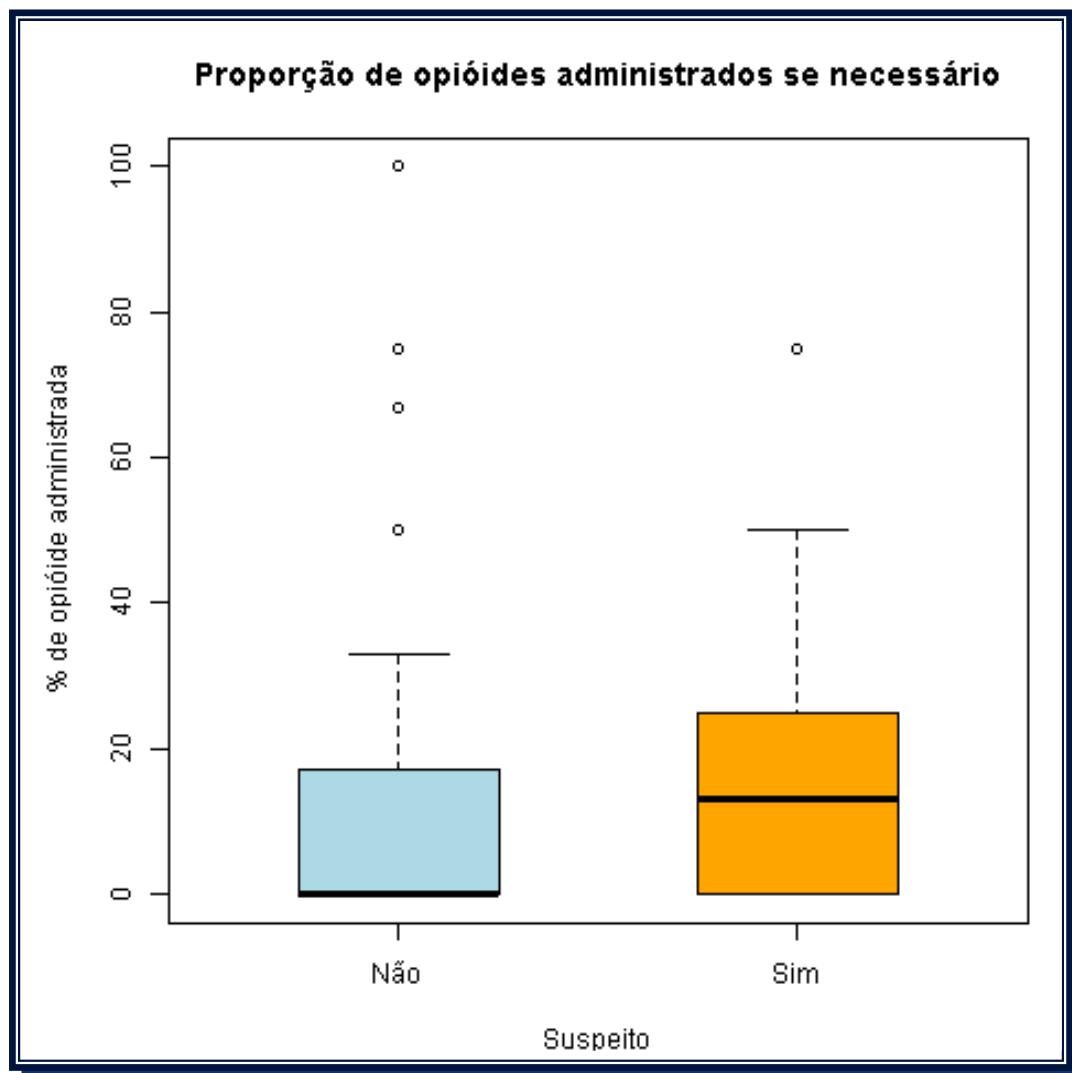
Valor de p do Teste de Fisher

0,037

\* Se necessário

Os dados apresentados na Tabela 5 expressam que, a razão de prevalência de administração de analgésicos opióides “se necessário” é duas vezes maior entre os pacientes suspeitos em relação aos não suspeitos de serem usuários de drogas ( $p = 0,037$ ).

A Figura 1 representa a porcentagem de opióides “se necessário” administrada em relação à dose máxima prescrita, entre os pacientes com e sem suspeita de uso de drogas Londrina, 2012.



**FIGURA 1** — Distribuição da porcentagem de opióides administrados na modalidade “se necessário”, em relação à dosagem máxima possível, entre os pacientes suspeitos e não suspeitos de serem usuários de drogas.

Verifica-se pela Figura 1 que os auxiliares/técnicos de enfermagem administraram até 30% da dose máxima possível do opióide “se necessário” para os pacientes suspeitos de uso de drogas e até 20% para os não suspeitos

(considerando que 50% dos pacientes suspeitos receberam até 15% e 50% dos não suspeitos não receberam nada. Setenta e cinco por cento dos suspeitos receberam até 25% e os não suspeitos receberam até 17%).

A seguir, estão apresentados os dados relativos à administração dos não opióides na modalidade “se necessário”.

**TABELA 6** — Distribuição dos pacientes suspeitos e não suspeitos de uso de drogas, conforme a administração de analgésico não opióide na modalidade “se necessário”. Londrina, 2012.

NÃO OPIÓIDE SN*	SUSPEITO SEGUNDO PELO MENOS UM PROFISSIONAL					
	NÃO		SIM		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Não administrado	63	64,3	6	66,7	69	64,5
Administrado	35	35,7	3	33,3	38	35,5
<b>TOTAL</b>	<b>98</b>	<b>100,0</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

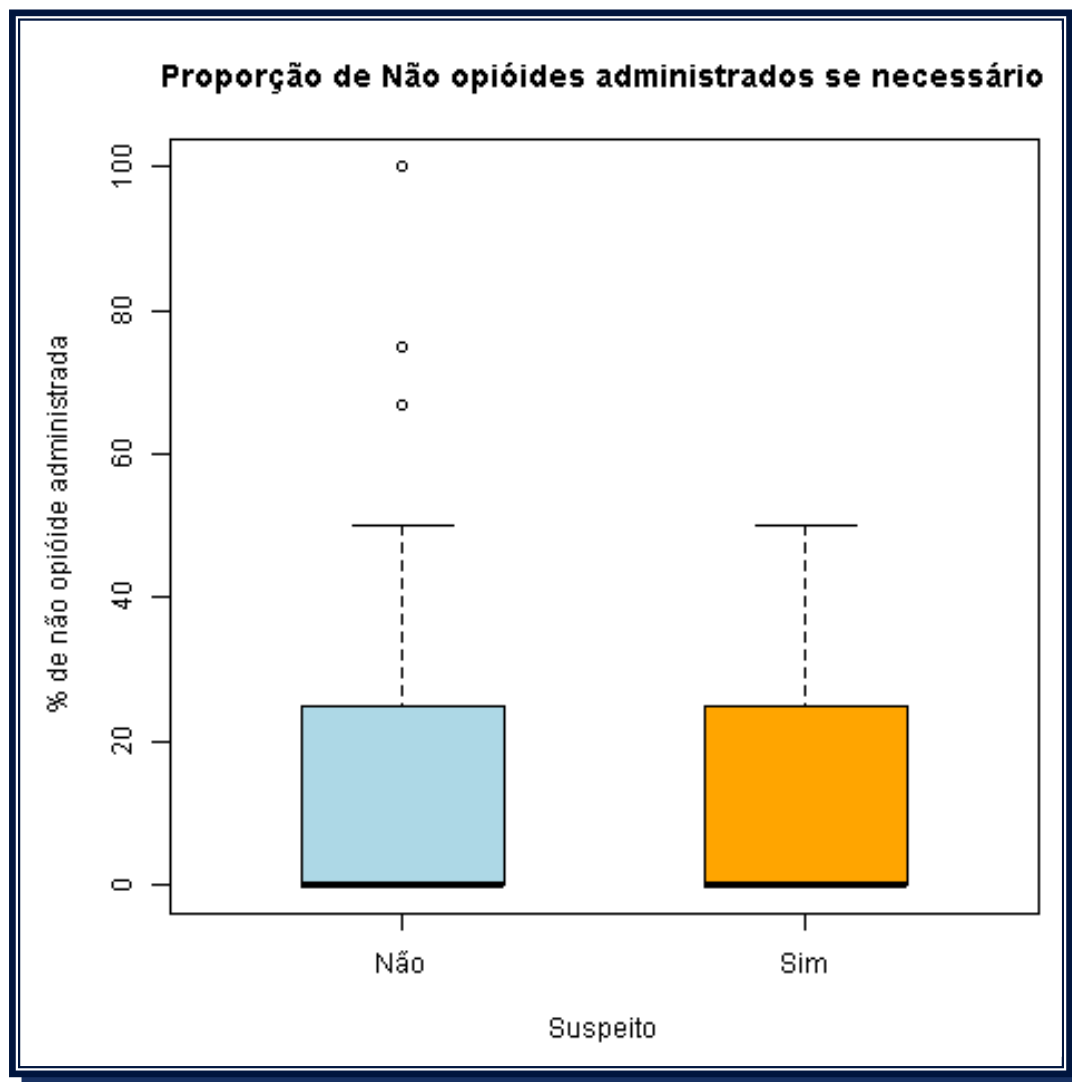
Valor de p do Teste de Fisher

1

\* Se necessário

Verifica-se pela Tabela 6 que a administração do analgésico não opióide na modalidade “se necessário” não diferiu entre os suspeitos e não suspeitos de uso de drogas.

A Figura 2 representa a porcentagem de não opióides “se necessário” administrada entre os pacientes com e sem suspeita de uso de drogas.



**FIGURA 2** — Distribuição da porcentagem de não opióides administrados na modalidade “se necessário” entre os pacientes suspeitos e não suspeitos de serem usuários de drogas. Londrina, 2012.

Observa-se na Figura 2 que a porcentagem de não opióides administrados na modalidade “se necessário” não difere entre os dois grupos de pacientes, e a porcentagem administrada é em torno de 25% da dose máxima possível.

Nas Tabelas 7 e 8 estão apresentados os recebimentos de analgésicos opióides e não opióides prescritos em horário fixo, segundo os pacientes suspeitos e não suspeitos.

**TABELA 7** — Distribuição dos suspeitos e não suspeitos de uso de drogas conforme a administração do analgésico opióide prescrito na modalidade “Horário Fixo” (HF). Londrina, 2012.

OPIÓIDE HF*	SUSPEITO SEGUNDO PELO MENOS UM PROFISSIONAL					
	NÃO		SIM		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Não administrado	28	10,2	2	9,1	30	10,1
Administrado	247	89,8	20	90,9	267	89,9
<b>TOTAL</b>	<b>275</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>297</b>	<b>100,0</b>

Valor de p do Teste de Fisher

1

\*Horário fixo

Os dados da Tabela 7 mostram não haver diferença na administração do opióide em horário fixo entre suspeitos e não suspeitos (cerca de 90%). No entanto, para os dois grupos, deixou-se de administrar 10% do opióide prescrito em horário fixo.

**TABELA 8** — Distribuição dos suspeitos e não suspeitos de uso de drogas, conforme a administração do analgésico não opióide prescrito na modalidade “Horário Fixo”. Londrina, 2012.

NÃO OPIÓIDE HF*	SUSPEITO SEGUNDO PELO MENOS UM PROFISSIONAL					
	NÃO		SIM		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Não administrado	25	7,4	2	8,7	27	7,5
Administrado	311	92,6	21	91,3	332	92,5
<b>TOTAL</b>	<b>336</b>	<b>100,0</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>	<b>359</b>	<b>100,0</b>

Valor de p do Teste de Fisher:

0,6876

\* Horário fixo

Pela Tabela 8 nota-se similaridade na administração dos analgésicos não opióides prescritos em horário fixo entre os pacientes suspeitos e não suspeitos de uso de drogas (em torno de 92%). Para os dois grupos deixou-se de administrar cerca de 8% dos analgésicos não opióides prescritos em horário fixo.



TABELA 9 — Distribuição do percentual de medicamentos administrados entre suspeitos e não suspeitos. Londrina, 2012.

TIPO	SUSPEITO	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MEDIANA	1º QUARTIL	3º QUARTIL	VALOR DE P*
OPIÓIDE SN**	Todos	233	0	100	11,32	21,133	0	0	17	
	Não	218	0	100	10,95	21,046	0	0	17	0,07245
	Sim	15	0	75	16,73	22,391	13	0	25	
NÃO OPIÓIDE SN	Todos	107	0	100	12,92	20,614	0	0	25	
	Não	98	0	100	13,09	20,9	0	0	25	0,8635
	Sim	9	0	50	11,11	18,162	0	0	25	
OPIÓIDE HF***	Todos	297	0	117	94,25	19,709	100	100	100	
	Não	275	0	100	94,04	20,139	100	100	100	0,4337
	Sim	22	50	117	97	13,238	100	100	100	
NÃO OPIÓIDE HF	Todos	359	0	100	95,90	16,984	100	100	100	
	Não	336	0	100	95,77	17,452	100	100	100	0,8701
	Sim	23	75	100	97,82	7,203	100	100	100	

\*Teste de Mann-Whitney

\*\*SN = se necessário

\*\*\*HF = horário fixo

Na Tabela 9 nota-se que a média da porcentagem administrada de opióide “se necessário” entre os pacientes suspeitos foi de 16,73 e entre os não suspeitos foi de 10,95. Em relação à mediana, os funcionários administraram 13% da dose máxima possível do opióide “se necessário” em 50% dos pacientes suspeitos e em 50% dos pacientes não suspeitos foi administrado 0%. Observa-se tendência de diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $p=0,07$ ).

Quanto à administração dos opióides em horário fixo, não opióides “se necessário” e não opióides em horário fixo não se encontraram diferenças entre os grupos.

Na Tabela 10 estão apresentadas as condutas realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem frente à queixa de dor ou solicitação do analgésico opióide e a suspeita do paciente ser usuário de drogas, conforme relato daqueles profissionais. Lembrando que, ao questionar o funcionário sobre suas condutas em relação aos pacientes do estudo, além das perguntas fechadas, havia respostas na alternativa “outros”, sendo agrupados em duas categorias.

**TABELA 10** – Distribuição das condutas que fazem em geral e em relação aos pacientes do estudo relatadas pelos auxiliares/técnicos de enfermagem frente a solicitação do analgésico opióide e a suspeita do paciente ser usuário de drogas Londrina, 2012.

CONDUTAS	PRÁTICA EM GERAL (N=159)		REALIZADAS PÓS-SUSPEITA (N=45)	
	N	%	N	%
<b>Mantém ou tenta manter a prescrição médica</b>				
Discute com os colegas	23	14,5	1	2,2
Comunica o médico	67	42,1	5	11,1
Conversa com a enfermeira	83	52,2	4	8,9
Administra o analgésico mesmo assim	70	44,0	33	73,3
Conversa com o paciente*	5	3,1	0	0,0
Conversa com a família	0	0,0	0	0,0
Avaliação do psiquiatra*			1	2,2
<i>Pelo menos uma das anteriores</i>	<b>153</b>	<b>96,2</b>	<b>34</b>	<b>75,6</b>
<b>Reduz a dosagem</b>				
Não administra o analgésico opióide*	0	0,0	3	6,7
Administra um analgésico mais fraco*	2	1,2	5	11,1
Só administra se for de horário fixo	1	0,6	7	15,5
Faz placebo*	2	1,2	0	0,0
<i>Pelo menos uma das anteriores</i>	<b>5</b>	<b>3,1</b>	<b>13</b>	<b>28,9</b>

Nesta Tabela não há "Total (100%)", pois cada profissional poderia responder mais do que uma conduta.

\*Outros

Verifica-se na Tabela 10 que 75,6% das condutas relatadas pelos profissionais de enfermagem frente à queixa de dor e a suspeita do paciente ser usuário de drogas foram com a intenção de manter a prescrição médica e 28,9% foram com a intenção de reduzir a dosagem de opióides. Estes resultados demonstram uma coerência entre a analgesia realizada descrita anteriormente (suspeitos receberam mais opióide “se necessário” do que não suspeitos) e a conduta descrita pelo profissional que, em sua maioria, optou pela manutenção da administração dos opióides nos horários prescritos. Fato confirmado quando constatamos, ainda, que foi estatisticamente significativo que as condutas realizadas com os pacientes do estudo também foram relatadas pelos auxiliares/técnicos de enfermagem quando se referiam a pacientes em geral ( $p < 0,001$ ). Entretanto, podemos verificar que o profissional relata mais condutas no sentido de manter a dosagem do opióide quando se refere de maneira geral, do que quando se relaciona aos pacientes do estudo.

#### **4.4 MOTIVOS PARA A SUSPEITA DE QUE O PACIENTE ESTIVESSE PEDINDO O ANALGÉSICO OPIÓIDE PARA OUTRO EFEITO QUE NÃO A DOR E ASPECTOS SUGESTIVOS DE USO DE DROGAS, SEGUNDO OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS**

Na Tabela 11 estão apresentadas as respostas dos auxiliares/técnicos de enfermagem sobre os motivos para a suspeita de que o paciente estivesse pedindo o analgésico opióide para outro efeito que não a dor, agrupadas em duas categorias.

**TABELA 11** – Distribuição dos motivos relatados pelos auxiliares/técnicos de enfermagem que os fizeram suspeitar que o paciente estivesse pedindo o analgésico opióide para outro benefício que não o alívio da dor. Londrina, 2012.

MOTIVOS	N (*56)	%
<b>Bem estar do opióide e evitar sintomas de abstinência;</b>		
É dependente / usuário de drogas	30	53,5
Devido à ansiedade /pelo efeito do opióide/prazer além da analgesia	16	28,5
<b>SUB TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>82,1</b>
<b>Por medo/chamar atenção</b>		
Não sabe explicar	1	1,8
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

\*O número é maior do que 34 pois o profissional poderia relatar mais de um motivo e mais de um profissional poderia suspeitar do mesmo indivíduo.

Na Tabela 11 verifica-se que 82,1% dos motivos relatados pelos auxiliares e técnicos de enfermagem que os fizeram suspeitar que o paciente estivesse pedindo opióide, foram com a finalidade de obtenção do bem estar do opióide e 16,1%, foram pelo medo ou para chamar a atenção.

Na Tabela 12 estão descritas as opiniões dos profissionais sobre as características indicativas de uso de drogas dos pacientes em geral e dos pacientes do estudo. As respostas foram agrupadas em seis categorias.

**TABELA 12** — Comparação das categorias de características de suspeição de uso de drogas obtidas a partir das respostas dos profissionais sobre os pacientes em geral e pacientes do estudo. Londrina, 2012.

RESPOSTAS	PACIENTES EM GERAL N = 159		PACIENTES DO ESTUDO N = 34	
	N	%	N	%
Consequências emocionais/físicas/sociais e sinais de abstinência	159	100	24	70,6
Insistência pelo analgésico opioide	152	95,6	19	55,9
Incoerências entre o relato e expressão de dor	134	84,3	12	35,3
Conhecimento sobre opióides	127	79,9	6	17,6
Aparência pessoal como indicativo de uso crônico	119	74,8	0	0,0
Aparência pessoal como desvinculada de uso crônico	113	71,1	0	0,0

Nota-se na Tabela 12 que, embora a ordem de frequência das características sugestivas de uso de drogas indicadas pelos profissionais tenham sido semelhantes entre os pacientes em geral e os pacientes do estudo, a quantidade de indícios era menor quando emitiam a opinião sobre os pacientes do estudo. As características pertencentes à categoria “Consequências emocionais/físicas/sociais e sinais de abstinência” foram as mais citadas, posteriormente, a “insistência pelo opioide” e a “incoerência entre a sensação e expressão de dor”. A categoria “aparência pessoal como indicativa de uso crônico” foi citada pelos profissionais apenas quando se referiam aos pacientes em geral.

## 5 Discussão

A preocupação com pacientes internados usuários de drogas é crescente pois, em particular o uso abusivo de analgésicos opióides, tem aumentado na última década para níveis que alguns autores descrevem como “epidêmico” (Passik, Kirsh, 2011), especialmente nos Estados Unidos, Canadá, Austrália e Nova Zelândia (Manchicanti, 2006; Olsen et al., 2006; Huxtable et al., 2011). É importante considerar que esta observação refere-se ao uso de droga lícita, porém com finalidade ilícita, ou seja, para fins não terapêuticos. Desse fato decorrem situações complexas para o cuidado em saúde que precisam ser bem compreendidas.

No presente estudo, a prevalência de pacientes internados com suspeita de serem usuários de drogas lícitas ou ilícitas, na opinião de auxiliares/técnicos de enfermagem, foi 6,86%.

A prevalência de uso de drogas entre pacientes com queixa de dor é difícil determinar, pois há os que buscam os analgésicos opióides para o alívio da dor e aqueles que os buscam pelos efeitos de bem estar do fármaco (Parran, 1997). No entanto, mesmo esse sendo um grupo de pacientes “difíceis”, as equipes de enfermagem precisam aprender a trabalhar com eles, visando evitar o inadequado tratamento da dor.

Estudos sobre controle da dor aguda referem aumento na internação de pacientes usuários de drogas (Kirsh et al., 2002), acompanhando o aumento na população em geral. Além disto, pessoas com histórico de uso de drogas estão predispostas a infecções, lesões traumáticas e pancreatites, condições dolorosas agudas (Roberts, 2008), e muitas admissões em hospitais são em consequência de infecção bacteriana, relacionada à injeção de droga e traumas associados ao uso de drogas (Haber et al., 2009).

Não se encontraram estudos sobre a prevalência de pacientes suspeitos de serem usuários de drogas em unidades de internação de hospital geral, caso da presente pesquisa. Encontraram-se apenas estudos sobre a procura de pacientes usuários de drogas em departamentos de emergência.



Estudo brasileiro que teve como objetivo estimar a prevalência de pacientes usuários de drogas admitidos na sala de emergência para atendimento de traumas verificou, por meio de entrevista e testes de urina, prevalência de 13,6% de usuários de maconha, 3,3% de usuários de cocaína e 4,2% dos pacientes faziam uso de benzodiazepínicos (Reis et al., 2006).

Estudo de caso controle verificou a prevalência, morbidade e utilização dos serviços de saúde (ambulatórios e departamentos de emergência) de uma coorte de pacientes com diagnóstico de uso de drogas. Os usuários de droga foram pareados aos não usuários na proporção de 4:1, para idade, sexo e endereço. A prevalência de uso abusivo de drogas foi 4,7, 5,4 e 6,7 por 10.000 membros nos anos de 2000, 2001 e 2002 respectivamente, ou seja, a prevalência de pacientes que se declararam usuários de drogas no ano de 2002 foi 0,067%. Os autores do estudo concluíram que, embora a prevalência tenha aumentado de 2000 a 2002, ela foi subestimada, porque apenas os pacientes diagnosticados foram incluídos na coorte. Destacaram, também, que pesquisas futuras devem discernir uso de drogas lícitas (abuso de opiáceos de prescrição médica), de opiáceos ilícitos (Sikirica, 2005).

Em estudo realizado nos Estados Unidos, em departamentos de emergência, com uma amostra de 1.502 pacientes, num período de coleta de dados de 6 meses, verificou-se que 32% dos pacientes apresentaram resultados positivos para uso de drogas. Para confirmação desses casos foram utilizados exame de urina e uma entrevista com o paciente. Analisando-se a prevalência por tipo de droga utilizada, encontrou-se a seguinte distribuição: maconha (15%), benzodiazepínicos (11%), opióides (9%), cocaína (5%), anfetaminas (3,5%), barbitúricos (3%), feniciclina (1%) (Rokett et al, 2003). Esta alta prevalência pode ser justificada devido ao local do estudo ter sido em departamento de emergência, pois vários estudos relatam que estes departamentos são muito procurados por usuários de drogas em busca de opióides.

Hansen (2005), cita, em estudo de atualização sobre pacientes usuários de drogas em departamento de emergência, que tem sido estimado que,

de 75.000 pacientes por ano, 262 visitas por mês de pacientes usuários de drogas são esperadas, sendo, portanto, a prevalência esperada é de 4,2%.

O objetivo de um estudo multicêntrico realizado em seis hospitais espanhóis foi quantificar a taxa de revisita de pacientes usuários de cocaína em departamento de emergência durante doze meses. Os pacientes foram identificados declarando-se usuários ou por meio de teste de urina. O estudo incluiu 807 pacientes, dos quais 6,7% revisitaram o departamento de emergência dentro de 30 dias, 11,9% dentro de 3 meses e 18,9% dentro de um ano (Galicía et al., 2012).

Várias condições limitam a comparação dos resultados de prevalência descritos anteriormente com aqueles encontrados na presente pesquisa, dentre eles, os locais e tipos de população pesquisada e a forma de identificação do usuário. No presente estudo, os pacientes apresentaram critérios de inclusão como estar internado há pelo menos 48 horas, terem sofrido trauma ou terem sido submetidos à cirurgia ortopédica, terem opióides prescritos em suas prescrições médicas e, a identificação dos pacientes suspeitos foi feita através da avaliação de auxiliares e técnicos de enfermagem.

Entretanto, parece-nos que os auxiliares e técnicos de enfermagem foram criteriosos na indicação dos pacientes suspeitos - 6,86%, considerando-se que, no estudo brasileiro realizado em serviço de emergência, a prevalência média encontrada para o uso de maconha, cocaína e benzodiazepínicos foi de 7% (Reis et al., 2006). Houve, também, similaridade com o resultado do estudo realizado na Espanha, em que a prevalência de pacientes usuários de cocaína que procuraram o serviço de emergência em 30 dias foi de 6,7% (Galicía et al., 2012).

A prevalência encontrada no presente estudo traz valiosa contribuição, pois chama a atenção para o fato de que profissionais, não só de enfermagem, mas da equipe de saúde cuidam, no dia a dia, de possíveis usuários de drogas, e necessitam estar preparados para prestar assistência a esses pacientes, visando o cuidado adequado.

Dentre as características sociodemográficas dos pacientes identificados como suspeitos de serem usuários de drogas, apresentadas na Tabela 4, foi estatisticamente significativo haver mais homens entre os pacientes suspeitos de serem usuários de drogas ( $p=0,036$ ) e pacientes suspeitos estarem, em sua maioria, na faixa etária de 24 e 30 anos ( $p<0,001$ ). Quanto à cor, escolaridade e estado civil não houve diferença entre suspeitos e não suspeitos.

Haver mais homens do que mulheres entre os pacientes suspeitos de serem usuários de drogas, resultado observado no presente estudo, é semelhante ao encontrado no estudo sobre o perfil dos pacientes de unidades de internação de hospitais psiquiátricos (Ferreira Filho et al., 2003), de serviço ambulatorial especializado em atendimento a pacientes usuários de drogas de hospital universitário (Vargens et al., 2011) e da prevalência de uso drogas ilícitas na população geral (Carlini et al., 2005; Neri, 2007), mas difere do observado do estudo feito em departamento de emergência de um hospital da Austrália que dos 31 pacientes com suspeita de serem usuários de drogas encontrou 15 homens e 16 mulheres (McNabb et al., 2006; Millard, 2007) também encontrou homens jovens e mulheres idosas em busca de opióides em departamento de emergência incluem-se.

No presente estudo, os pacientes com suspeita de uso de drogas eram mais jovens do que os não suspeitos ( $p<0,001$ ). Este resultado é confirmado em estudo realizado em departamento de emergência que descreveu que pacientes com idade acima de 65 anos tinham dez vezes menos probabilidade de serem usuários de drogas do que aqueles com idade entre 18 e 44 anos (Rockett et al., 2003). Em outro estudo, a média de idade dos pacientes suspeitos de serem usuários de drogas que buscavam atendimento foi de 34,3 anos (Hedrich, Hedges, 1996).

No estudo prospectivo de McNabb et al. (2006), a média de idade foi de 39,5 anos na faixa de 19 e 64 anos. Esta probabilidade também se confirma, em pesquisas que descrevem o perfil de usuários de drogas ilícitas vinculados a serviço de saúde especializado no atendimento a usuários de drogas (Ferreira Filho

et al., 2003; Guimarães et al., 2008; Vargens, 2011) e em estudos de população geral (Carlini et al., 2005; Neri, 2007).

A maioria dos pacientes suspeitos, do presente estudo foi branca (76,4%), não havendo diferença significativa entre os não suspeitos. Em estudo populacional, verificou-se que entre os usuários de maconha, lança-perfume e cocaína, 85% eram brancos (Neri, 2007). Esta variável foi citada para descrever o perfil de pacientes usuários de crack institucionalizados, e verificou-se que a maioria era não branca (78,3%), entretanto, a maioria dos pacientes usuários de cocaína do mesmo estudo, era branca (Ferreira Filho et al., 2003). Em outro estudo, também com usuários de crack institucionalizados, a maioria foi classificada como pertencente à cor branca (53,3%) (Guimarães et al., 2008).

Quanto à escolaridade, verificou-se que 38,2% dos suspeitos do presente estudo concluíram até o ensino fundamental II e 41,2%, até o ensino médio, não havendo diferença significativa entre os suspeitos e não suspeitos. Em estudo populacional, verificou-se que entre os usuários de maconha, lança-perfume e cocaína, 54% cursaram o ensino médio (Neri, 2007). Dentre usuários de cocaína institucionalizados, 50% tinham cursado o ensino médio e, dentre os pacientes usuários de crack institucionalizados, 81,2% nunca tinham estudado ou tinham o ensino fundamental I incompleto (Ferreira Filho et al., 2003).

Entre os pacientes suspeitos de uso de drogas do presente estudo, 18 não tinham companheiro e 16 sim, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os suspeitos e não suspeitos quanto ao estado civil. Não ter companheiro foi situação predominante entre usuários de crack institucionalizados (Guimarães et al., 2008; Vargens et al., 2011).

Algumas condições limitam comparações entre o presente estudo e os citados em literatura, e a primeira delas é que os pacientes do presente estudo eram suspeitos e essa suspeição foi advinda da avaliação de auxiliares e técnicos de enfermagem. Além disso, os estudos diferiram quanto ao local e critérios de inclusão dos pacientes. Entretanto, as características dos pacientes do presente estudo (homem e jovem) suspeitos de serem usuários de drogas predominam na maioria dos estudos sobre o perfil desse grupo.

Adequada assistência aos pacientes inclui o alívio da dor, independente do paciente ser ou não usuário de droga. Verificar se a suspeição de uso de droga influía nas decisões de analgesia dos profissionais de enfermagem foi o principal objetivo desse estudo, cujos resultados passamos a analisar.

A decisão de administrar ou não analgésicos prescritos em regime “se necessário” é da competência da enfermagem. Quando há suspeita do paciente ser usuário de drogas, isso pode dificultar a decisão de administrar ou não analgésicos opióides, pelo temor de que isso contribuiria para a manutenção ou exacerbação do vício. Esse fato, que pacientes usuários de droga ou suspeitos de uso inadequado recebem menos analgésicos é senso comum e já foi citado por diversos autores (Hopper, Shapi, 2002; Cook et al., 2004; Morgan, 2006; Haber et al., 2009; Morgan, White, 2009; Finney, 2010). No entanto, no presente estudo, mostrou-se infundado.

Pacientes suspeitos receberam mais opióides prescritos “se necessário” do que não suspeitos ( $p=0,037$ ), e a porcentagem recebida em relação à máxima possível foi 30% comparando com 20% para os não suspeitos. Não houve diferença entre suspeitos e não suspeitos quanto a administração de não opióides prescritos “se necessário” e não opióides prescritos em horário fixo. Ressalta-se que mais pacientes suspeitos (66,31%) receberam opióide em horário fixo do que não suspeitos (54,2%) e deixou-se de administrar em torno de 10% dos opióides e não opióides prescritos em horário fixo.

Conforme já relatado, os resultados apresentados na Tabela 5 demonstram que os auxiliares e técnicos de enfermagem administraram mais analgésicos opióides “se necessário” aos pacientes suspeitos de serem usuários de drogas do que nos não suspeitos ( $p=0,037$ ).

Estudos sobre a eficácia analgésica em pacientes hospitalizados em situação de dor e com suspeita de uso de drogas relatam que o manejo inadequado da dor é um problema comum entre esses pacientes, e atribuem dificuldade da adequação analgésica pela tolerância que os pacientes usuários de drogas desenvolvem (Hopper, Shapi, 2002; Haber et al., 2009; Morgan, White, 2009; Finney, 2010). Não foi encontrado nenhum estudo que tivesse apontado maior uso de analgésicos opióides em pacientes usuários de droga ou com suspeita de sê-lo, e esse achado é contribuição original da presente pesquisa.

A “ideia” de que os usuários de droga receberiam menos analgésicos que os demais se baseia na premissa que os profissionais de saúde, dentre eles os de enfermagem, restringiriam os analgésicos por acreditarem que isso evitaria que o vício se acentuasse, não ocorreu na presente pesquisa. Há outras razões que podem influir na decisão de administrar ou não um analgésico opióide complementar e que explicam os resultados observados. A pequena analgesia decorrente da tolerância ao fármaco exige maior complementação analgésica, o que talvez tenha motivado o comportamento dos auxiliares e técnicos. Além disso, o comportamento desafiador dos usuários de drogas, que insistem por mais analgésicos e criam conflitos, pode ter desencadeado comportamento de maior administração do analgésico opióide “se necessário” para aliviar o conflito. A compreensão pela equipe de enfermagem de que a dor é subjetiva, de que não há como provar ou negar cabalmente sua existência e que, na dúvida, a melhor opção é a analgesia, pode ter influenciado na maior administração de analgésicos opióides aos pacientes suspeitos.

Os pacientes usuários de drogas, pela tolerância desenvolvida, necessitam de dosagem maior de opióide para o controle da dor do que os não usuários (Ziegler, 2005; Pasero, McCraffery, 2012; Viscusi, Papagallo, 2012). Identificar esse fato e ajustar a dose dos analgésicos visando aliviar a dor é o esperado dos profissionais de saúde, visto que, na situação de dor, não é adequado pensar-se em restringir analgésico.

O comportamento característico do paciente usuário de drogas, com solicitações repetitivas, insistentes e manifestações de ansiedade e irritabilidade, pode influir na decisão de dar ou não o analgésico “se necessário” (Hansen, 2005; McCaffery et al., 2005; Haber et al., 2009; McNabb et al., 2006; Millard, 2007), visto que tais comportamentos são difíceis de gerenciar. Há três possibilidades que podem ter levado os funcionários a administrarem mais analgésicos opióides aos suspeitos do que aos não suspeitos, contrariando o que, até então, era descrito na literatura: a tolerância aos opióides, o comportamento antissocial do paciente e o reconhecimento de que, na dúvida, o melhor é analgesiar. Essa idéia é compartilhada por alguns profissionais médicos que, na dúvida dos pacientes serem usuários de droga, preferem administrar o analgésico do que correrem o risco de não tratar a dor legítima (Hansen, 2005).

A compreensão de que deixar de tratar os relatos de dor do paciente resultará em conflitos improdutivos entre os pacientes e profissionais pode ter influído na motivação para tratar a dor. A dúvida se o paciente está ou não realmente com dor não pode ser facilmente esclarecida e negar analgésicos pode ser um erro terapêutico. Com base nestas considerações, a maior administração de opióides “se necessário” nos pacientes com suspeita de serem usuários de drogas no presente estudo pode indicar que os profissionais conhecem este ciclo e querem evitá-lo. Diante desta situação, é possível que a administração ocorra mais com a finalidade de interromper as solicitações do paciente do que analgésicas, embora não se recomende administrar opióide ao paciente somente para obter um comportamento aceitável, ou seja, como barganha.

Outra razão para o maior recebimento de opióide em esquema “se necessário” pelos doentes “suspeitos”, como observado na presente pesquisa, poderia ser a menor prescrição de opióide em horário fixo, o que não ocorreu, conforme Tabela 7. Quando se comparou a medicação prescrita entre “suspeitos” e “não suspeitos” (Tabela 7), notou-se que a percentagem de suspeitos que tiveram opióide prescrito em horário fixo (66,31%) foi maior do que os não suspeitos (54,2%) mas, apesar disso, os profissionais administraram o opióide “se necessário” com mais frequência aos pacientes suspeitos. Ressalta-se, ainda, que

a maioria dos pacientes, suspeitos como não suspeitos, tinham analgésicos não opióides prescritos em horário fixo em igual proporção (64,7% e 67,6% respectivamente).

Estudo que comparou a prescrição médica de analgésicos em pacientes com queimaduras graves, usuário e não usuário de drogas observou que os descritos como usuário de drogas receberam menos prescrições com analgésicos opióides (Cook et al., 2004), o que diferiu do observado na presente pesquisa.

O presente estudo apresentou resultados que rejeitam a hipótese corrente na literatura de que pacientes suspeitos de uso abusivo de drogas recebam menos analgésicos opióides do que os não suspeitos.

Continuando a comparação do recebimento de analgésicos “se necessário” entre “suspeitos” e “não suspeitos” notou-se que os pacientes suspeitos de uso de drogas receberam até 30% da dose máxima possível, e os não suspeitos, receberam até 20% (Figura 1). O percentual médio de opióides administrado aos pacientes suspeitos foi de 16,73% e aos pacientes não suspeitos foi 10,95%, novamente indicando tendência de maior recebimento de opióide pelo grupo dos suspeitos ( $p=0,072$ ). Nota-se que as doses “se necessário” administradas foram baixas para os dois grupos de pacientes, suspeitos e não suspeitos.

A baixa administração de analgésico opióide em esquema “se necessário” pode dever-se ao medo dos efeitos indesejáveis dos opióides (sonolência, diminuição da frequência respiratória, hipotensão, náusea/vômito, constipação intestinal e alucinações, entre outros), ao medo do vício (viciar o paciente) ou de estar “potencializando” a dependência já existente.

Estudos com a equipe de enfermagem observaram que os profissionais apresentaram resistência em administrar opióide por medo de iatrogenias como efeitos colaterais e desenvolvimento de dependência (Chapman et al., 1987; McCaffery, Ferrel, 1997; Drayer et al., 1999; Broekmans et al., 2004; Marijo et al., 2004; Murnion et al., 2010 e Nascimento et al., 2011), que



---

---

administraram o opióide “se necessário” em dose bem mais baixa em relação à máxima possível, e que, em geral, administravam apenas a primeira dose “se necessário” (McCaffery, 1997).

O receio da equipe de enfermagem em administrar opióides pode estar relacionado à dificuldade de entendimento da diferença entre tolerância e dependência (Broekmans et al., 2004; Murnion et al., 2010).

Pesquisa com 30 profissionais da saúde, farmacêuticos, médicos e enfermeiros, avaliou o conhecimento desses sobre dor e aspectos relacionados à utilização de opióides (efeitos colaterais, crenças, atitudes, medos e preconceitos). Ao analisarem o caso de um paciente que fazia uso de 10mg de morfina diária para controle de dor crônica, alguns enfermeiros procuraram o médico na tentativa de reduzir ou substituir o analgésico opióide por um não opióide. Os autores consideraram que quando a preocupação com os efeitos colaterais do uso do opióides são maiores do que a preocupação com o controle da dor resultam comportamentos preconceituosos (Kulkamp et al., 2008).

O medo da dependência, a falta de conhecimento sobre manejo da dor e tratamento de desordens de dependência, bem como o estigma em torno do uso de opióides, têm criado barreiras para o tratamento de dor adequado (Morgan, White, 2009). Revisão de literatura relatou que os enfermeiros apresentam dificuldades em cuidar de pacientes usuários de drogas, demonstrando atitudes negativas frente a esses indivíduos e falta de conhecimentos e de habilidades para deles cuidar (Happell, Taylor, 1999).

A baixa porcentagem de administração de opióide também pode estar relacionada à não coerência entre o relato de dor e sinais de dor de alguns pacientes suspeitos, apontada por alguns profissionais de enfermagem (Tabela 12) pois o profissional de enfermagem tende a considerar mais o comportamento de dor do que o relato na decisão de administrar ou não analgésico (Drayer et al., 1999; Kaki et al., 2009).

Outro estudo, que reforça a idéia de que o relato de dor parece ser considerado menos importante do que comportamentos de dor, relata que aspectos

apresentados no paciente com dor, tais como sinais vitais, idade e estilo de vida têm controlado mais a decisão de administração da segunda dose do opióide “se necessário” do que a própria queixa de dor do paciente (McCaffery, 1997).

O manejo da dor aguda pós-operatória requer a administração concomitante de dois ou mais analgésicos com diferentes mecanismos de ação (analgesia multimodal), visando analgesia mais eficaz e menos efeitos adversos do que a monoterapia (American Society of Anesthesiologists, 2012), o que foi observado na presente pesquisa, pois a maioria das prescrições foi multimodal (89,7%), sendo que destas, 47,9% eram multimodais em horário fixo para os dois tipos de analgésicos e 52% eram multimodais com um tipo de analgésico em horário fixo (opióide ou não opióide) juntamente com outro tipo “se necessário” (opióide ou não opióide).

Nota-se que apenas 50% dos pacientes tinham prescrição que permitia ajuste da analgesia pela enfermagem (medicação “se necessário”).

O uso de opióide no tratamento da dor aguda em pacientes usuários de drogas é considerado seguro e deve preferencialmente ser em horários fixos ou por meio de analgesia controlada pelo paciente. Quando do alívio da dor, os opióides devem ser retirados gradativamente e substituídos pelos menos potentes (Hopper, Shafi, 2002).

Os auxiliares e técnicos de enfermagem administraram dose similar de analgésicos não opióides prescritos “se necessário” entre os pacientes suspeitos (33,3%) e não suspeitos (35,7%), conforme observamos na Tabela 6. A mesma similaridade pode ser observada na Tabela 8, em relação aos não opióides prescritos em horário fixo, sendo administrados 91,3% para pacientes suspeitos e 92,6% para os não suspeitos. Também foi muito parecida a administração de opióides em horário fixo entre suspeitos (90,9%) e não suspeitos (89,8%), conforme Tabela 7.

Do exposto, nota-se que a equipe de enfermagem atuou de modo muito semelhante na administração de analgésicos para todos os doentes, exceto na administração do opióide “se necessário”, situação em que a equipe “restringiu”

o opióide “se necessário” para os suspeitos de uso de drogas (Tabela 5), indicando que a ação foi específica para um tipo de analgésico e não indiscriminada, o que reforça a ideia que a ação estava relacionada à preocupação da relação alívio da dor, opióide e dependência química.

Fato que merece ser destacado é que, tanto para suspeitos como para não suspeitos, os profissionais deixaram de administrar 10% dos analgésicos opióides e 10% dos não opióides prescritos em horário fixo, totalizando 20% a menos dos analgésicos prescritos (Tabela 7 e 8). É possível que isso tenha ocorrido devido à dinâmica e rotinas das unidades como horário de prescrição médica e horários de administração dos medicamentos, alta e retorno do centro cirúrgico à unidade entre outros, visto que não compete à enfermagem a decisão de não administrar remédios prescritos em horário fixo.

Ainda como razões que podem ter contribuído para os profissionais terem deixado de administrar 20% dos analgésicos prescritos em horário fixo apontam-se a falta de assinatura de receitas médicas específicas para psicofármacos na unidade de internação (Nascimento et al. 2011) e recusa do analgésico pelos próprios pacientes por não estarem sentindo dor. Ressaltamos que na coleta de dados, quando os analgésicos prescritos em horário fixo não foram administrados, buscou-se verificar se havia justificativa escrita no prontuário do paciente, o que não foi encontrado.

Buscando entender as razões que influem na decisão de administrar ou não analgésicos opióides entre suspeitos de uso de drogas, perguntamos aos auxiliares e técnicos de enfermagem como agem em duas situações: frente aos pacientes específicos, os do estudo que ele identificou como “suspeito” e frente a pacientes genéricos, “virtuais”.

Na Tabela 10 pode-se observar o que os profissionais relataram terem feito frente à solicitação de analgésico opióide por pacientes dos quais suspeitavam serem usuários de drogas. Na maioria das vezes (75,6%), os auxiliares/técnicos de enfermagem referiram ações visando manter a prescrição, mas, 28,9% das condutas foram no sentido de reduzir a dosagem, o que chamou a atenção.

Além das condutas relacionadas aos pacientes do estudo, os profissionais também responderam sobre o que fazem, de modo geral, quando um paciente “genérico” de quem suspeitam de uso abusivo de drogas, lhes solicita analgésico opióide.

Pela Tabela 10, que comparou o comportamento dos profissionais frente a um paciente “suspeito genérico” e os pacientes “suspeitos do estudo”, nota-se que na situação “suspeito genérico” os profissionais relataram mais vezes condutas de administrar a dosagem do opióide prescrito em regime “se necessário” (96,2%) do que quando a conduta estava relacionada aos pacientes do estudo (75,6% de intenção de administrar a dose “se necessária”). Este fato sugere que, na situação concreta, preconceitos tendem a se manifestar mais do que em situações genéricas, quando o “discurso” do correto parece ser mais fácil de manter.

Ressalta-se ainda que houve situações em que um mesmo profissional relatou realizar condutas tanto no sentido de manter quanto no de reduzir a dosagem do opióide. Esses resultados deixaram claro a dificuldade dos profissionais em decidir qual a melhor conduta diante de um paciente em possível situação de dor e com suspeita de ser usuário de drogas.

O fato dos auxiliares e técnicos de enfermagem buscarem ajuda do enfermeiro, médico ou psiquiatra para a decisão de administrar os opióides pareceu ser a busca por uma decisão menos intuitiva e mais especializada.

Os pacientes usuários de drogas representam grande desafio à equipe de enfermagem. É preciso garantir que eles sejam bem avaliados e bem tratados, o que envolve comunicação e colaboração interdisciplinar e o uso de tratamentos farmacológicos e não farmacológicos (Roberts, 2008). Contar com especialistas para o tratamento de pacientes com doenças mentais, entre elas o uso abusivo de drogas, deve ser meta visando adequada analgesia (Hopper, Shafi, 2002; Bourne, 2010; Passik, Kirsh, 2011).

Cinco profissionais de enfermagem da presente pesquisa, ao analisarem sua conduta quando da solicitação de analgésico opióide por pacientes

genéricos “suspeitos” disseram que, na tentativa de manter os intervalos estabelecidos na prescrição médica, pedem ao paciente para aguardar o horário prescrito, explicam a situação da existência de uma prescrição médica que deve ser seguida, tentam ganhar a confiança dos pacientes e os aconselham a buscar ajuda. Quando se tratava dos pacientes do estudo nenhum profissional relatou a tentativa de manter a prescrição de opióide por meio de um diálogo com o paciente, o que sugere que é mais fácil manter o discurso no genérico do que no concreto, no caso real, com todas as dificuldades e implicações.

Tentar dialogar com o paciente demonstra que o profissional identifica a necessidade de uma interação mais ampla com o paciente, não apenas restrita à solicitação e administração do opióide. O diálogo em muitas situações acalma a ansiedade sobre o tratamento da dor e estabelece uma relação de confiança (Hopper, Shafi, 2002; Finney, 2010).

Este diálogo pode ajudar a diminuir a ansiedade e o medo de perda de controle dos usuários que em geral se automedicam e, quando internados em hospitais, perdem esse controle. Negociação excessiva entre a equipe e o paciente deveria ser evitada, entretanto, a ansiedade pode ser minimizada se o mesmo puder escolher a dose e o tempo de intervalo da administração do opióide (McCaffery, Vourakis, 1992).

Um acordo entre a equipe de enfermagem e o paciente com suspeita de uso de drogas pode trazer benefícios para ambos como evitar problemas éticos e legais em decorrência da não administração de analgésicos opióides prescritos em horário fixo ou “se necessário”, evitar a administração de placebos e evitar conflitos, vulnerabilidade e sentimentos de frustração da equipe. Deve-se estabelecer um plano de ação que inclua a identificação dos pacientes com risco de tolerância ou dependência de opióides, controle efetivo da dor, evitar sintomas de abstinência e evitar overdose, tratamento da ansiedade e aceitação pelo paciente de um regime de substituição do opióide (Bourne, 2010).

Ainda na Tabela 10, pode-se verificar também que, quando a conduta foi reduzir a dosagem frente à solicitação do opióide pelo paciente

suspeito, dentre as 13 condutas realizadas pelos profissionais com esta intenção, 5 (38,5%) relataram que só administraram nos horários fixos, 3 (23%) relataram não ter administrado o opióide e 5 (38,5%) relataram que administraram um analgésico mais fraco, possivelmente um não opióide.

Embora a intenção de manter a dosagem do opióide tenha sido prevalente, deve-se considerar que em 28,9% das vezes a intenção foi de reduzi-la (Tabela 10). A intenção de diminuir a dose pode estar relacionada ao temor de ser enganado e contribuir para a continuidade do uso de drogas. Frente a isso, as opções são resistir para evitar ser enganado e resultado dessa escolha é que alguns pacientes não serem usuários de drogas vão experimentar o sofrimento causado pela dor. A outra opção é tentar aliviar a dor, sabendo que alguns pacientes vão ter sucesso em enganar o profissional, mas nenhum paciente vai sofrer dor desnecessária, o que parece ser o melhor.

O uso de placebo foi relatado duas vezes pelos profissionais de enfermagem como estratégia incluída na categoria “Reduz a dosagem do opióide”, frente a um paciente “genérico”, sobre o qual há suspeita de ser usuário de drogas (Tabela 10). No entanto, o placebo não deve ser utilizado dessa forma, pois não trará nenhuma informação adicional sobre dependência ou não, pois espera-se algum alívio da dor após o recebimento de um placebo, (American Pain Society, 1992). Além disso, no presente estudo, os pacientes estavam em pós-operatório de cirurgia ortopédica ou trauma, situação potencialmente dolorosa.

Estudo qualitativo com 20 pacientes usuários de drogas hospitalizados teve como objetivo verificar a interação dos mesmos com a equipe de enfermagem no manejo da dor; os pacientes relataram aguardar muito tempo pelo medicamento e atribuíram isso ao fato de serem usuários de drogas, além de relatarem se sentir desrespeitados. Se o paciente sentir-se desrespeitado, as estratégias frequentemente não terão sucesso (Morgan, 2006). Os enfermeiros do mesmo estudo relataram que se sentem despreparados para lidar com uso de drogas e dor, o que, possivelmente, ocorre com a grande maioria dos profissionais.

Quase em 1/3 das vezes houve manifestação de conduta de reduzir a dose do opióide, não o administrando ou administrando um placebo (Tabela 10).

Desse comportamento podem resultar inadequado alívio da dor e discriminação, o que não é desejável. Com o objetivo de compreender a assistência a pacientes usuários de drogas foram pesquisados 192 profissionais de saúde de um hospital da Argentina. Foram realizadas 20 perguntas e, dentre elas, que sentimentos surgiram ao atender esse pacientes, e as respostas prevalentes foram: preocupação (64,6%), pena (36,4%), angústia (31,2%), rechaço (28,1%) e compaixão (24%) (Parietti et al., 1992). O comportamento fora de controle para obter droga dificulta prestar cuidados para tais pacientes e pode levar a equipe a ter sentimentos de raiva e frustração, que podem comprometer o manejo da dor e contribuir para o isolamento e alienação dos paciente (Passik, Kirsh, 2011).

Considerando a possibilidade dos pacientes do estudo apresentarem tolerância a opióides e requererem doses mais altas para a analgesia, abordagens adjuvantes poderiam ser importantes para este grupo. Nenhum profissional relatou o uso de terapias não farmacológicas na tentativa de aliviar a dor e diminuir a solicitação do analgésico opióide. O uso de terapias tais como fisioterapia, aplicação de calor e estimulação elétrica pode ser recomendado para o manejo da dor aguda em usuários de drogas (Roberts, 2008). Modalidades complementares tais como terapias físicas, psicoterapia, terapia familiar e intervencional no manejo da dor tais como bloqueios epidurais também podem ser válidos nessa situação (Wiedemer et al., 2007).

Embora haja diversos manuais e artigos de atualização que tenham recomendações para o manejo da dor aguda em pacientes usuários de drogas, não foi encontrada nenhuma pesquisa com dados empíricos sobre as condutas dos profissionais de enfermagem frente a essa situação complexa e conflituosa, caso do presente estudo. Pesquisas com esse enfoque são necessárias.

Indagou-se aos profissionais de enfermagem o motivo pelo qual dado paciente estava recebendo analgésico opióide e, em seguida, se, por acaso, aquele paciente estaria pedindo opióide por outro motivo que não o alívio da dor. A maioria dos motivos relatados pelos profissionais, descritos na Tabela 11, foi que os pacientes (posteriormente identificados como suspeitos) solicitavam analgésicos

opióides para satisfazer a necessidade do efeito de bem estar do opióide e para evitar o aparecimento de sintomas de abstinência (82,1%).

Para essa opinião, 34,7% referiam-se ao uso de drogas ilícitas e 30,4% ao uso de drogas lícitas, pelo uso contínuo de analgésicos opióides em decorrência de afecções crônicas como osteomielite ou osteoartrose, além de uso crônico de psicofármacos para controle da ansiedade. Em 34,7% das vezes, os motivos foram relacionados ao uso recreativo do opióide, ou seja, pelo efeito agradável da droga e redução da ansiedade.

Existem três possíveis tipos de grupos de pacientes dependentes de opióides: pacientes com dor crônica, pacientes com dor crônica associada ao câncer e pacientes com abuso de opióides tanto para uso recreativo, como fazendo parte de um programa de manutenção de algum psicotrópico (Bourne, 2008). Nota-se, portanto, que a opinião dos profissionais quanto aos motivos para que os pacientes pudessem estar pedindo o opióide, que não o alívio da dor, levou-os a identificar as causas relacionadas ao uso crônico do opióide com fins terapêuticos, ao uso recreativo ou abusivo do opióide e ao uso de drogas ilícitas.

Estes resultados sugerem que a habilidade de observação, inerente à prática dos profissionais de enfermagem, também se aplica a comportamentos sugestivos de uso de drogas. Os profissionais também parecem conhecer a possibilidade do paciente solicitar um opióide como substituto de sua droga de uso habitual, que pela pureza e concentração são mais seguros do que substâncias ilícitas, além de substituírem as drogas não disponíveis (Finney, 2010).

O medo e a necessidade de chamar atenção foram os outros motivos pelos quais os profissionais relataram que os pacientes solicitavam opióides (16,1%) (Tabela 11). Dentro desta opinião, verifica-se que o profissional observa a inquietude e agitação do paciente, características descritas pelos próprios profissionais do estudo como indicativa de suspeita do paciente ser usuário de drogas.

Conforme já descrito, os elementos que os profissionais descreveram utilizar para suspeitar de que um paciente fosse usuário de drogas



pareceram pertinentes, entretanto, não utilizaram nenhum instrumento que os orientasse ou confirmasse tal suspeita, e isso é temerário. Uma avaliação rápida e rotineira pode levar a falhas na identificação do paciente usuário e conseqüentemente ao manejo inadequado da dor, (Kirsh et al., 2002). Quando da admissão hospitalar, pacientes em uso crônico de opióides, devem ser investigados quanto ao abuso (Longo et al., 2000; Viscusi, Pappagalo, 2012) e esta recomendação também se aplica à equipe de enfermagem.

A literatura recomenda vários métodos de identificação destes pacientes como exame toxicológico de urina, quantidade, frequência, e duração do uso pela Classificação Internacional de Doenças (CID10) — critérios para desordens do uso de substâncias (Haber et al., 2009) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), estabelecido pela Associação Americana de Psiquiatria. Recomenda-se, ainda, o uso de instrumentos como *“Screener and Opioid assessment for patients in pain”* e o *“Questionare to augment our discussions with our patients”* (Passik, Kirsh, 2011).

Após a indicação do paciente como suspeito de ser usuário de drogas perguntou-se ao profissional quais comportamentos e características dos pacientes os remeteram à suspeita. Esta mesma pergunta foi feita em relação aos pacientes não específicos do estudo.

Conforme a Tabela 12, as características mais citadas pelos profissionais tanto para os pacientes suspeitos do estudo como para os pacientes em geral, referiam-se à categoria “consequências físicas, emocionais e sociais e sinais de abstinência”, posteriormente, “insistência pelo opióide”, “incoerência entre o relato e a expressão de dor”, “conhecimento sobre opióides”, “aparência pessoal como indicativo de uso crônico” “aparência pessoal como desvinculada de uso crônico”. A ordem de frequência das características sugestivas de uso de drogas indicadas pelos profissionais foi semelhante entre os pacientes em geral e os pacientes do estudo, todavia, a quantidade de indícios era menor quando emitiam a opinião sobre os pacientes do estudo, o que sugere que estereótipos aplicam-se melhor às situações genéricas do que às situações específicas.

A categoria “aparência pessoal como indicativa de uso crônico”, foi citada pelos profissionais apenas quando se referiam aos pacientes em geral. Novamente, parece ser mais fácil atribuir estereótipos às pessoas em geral do que a uma pessoa específica, talvez pelo receio de se emitir julgamento falso.

Características que se adequaram à categoria “consequências físicas, emocionais e sociais e sinais de abstinência”, foram as mais indicadas como sugestivas de uso de drogas. Estudos sobre opinião de enfermeiros a esse respeito também descreveram tais comportamentos, sendo os mais frequentes: ansiedade, irritação, agressividade, inquietude e problemas de ajustamento social (Perieti et al., 1992; Longo et al., 2000; Sim et al., 2004; Bourne, 2008). Entretanto, estes comportamentos podem indicar outras desordens psiquiátricas e não necessariamente comportamentos de usuários de drogas (Kirsh et al., 2002; Manchikant et al., 2007).

A “insistência pelo opióide” foi a segunda categoria mais citada como sugestiva de uso de drogas, seguida pela “incoerência entre o relato e expressão da dor” e há estudos que também descrevem que profissionais de enfermagem consideram estes comportamentos próprios de usuários de droga (McCaffery et al., 2005; Grover et al., 2012). Entretanto, deve-se considerar que o paciente com um manejo inadequado da dor pode apresentar comportamento de busca de analgésicos que pode confundir-se com dependência (Passik et al., 2000; Yarborough, 2000; Heit, 2001; Kirsh et al., 2002). Esta situação é denominada como pseudoadição e se resolve quando a dor é tratada. Comportamentos de pseudoadição são difíceis de serem diferenciados daqueles de dependência real, especialmente no tratamento de dor aguda (Passik et al., 1998).

A quinta categoria mais citada como indicativa de uso de drogas foi “conhece detalhes do opióide”, também bastante descrita em literatura (McCaffery et al., 2005; Grover et al., 2012; Finney, 2010). Neste caso, o paciente parece estar mais interessado na própria medicação do que no alívio da dor. Pacientes com dor “legítima” querem livrar da dor independentemente do meio utilizado (Millard, 2007). Por outro lado, deve-se considerar que o paciente que especifica uma droga e sua

dosagem, pode apenas estar bem informado sobre suas condições de saúde/doença (Millard, 2007).

A aparência pessoal não foi citada como indicativa de uso de drogas em relação aos pacientes do estudo, A maior parte dos relatos (71,1%) desvinculou a aparência pessoal do uso de drogas, contrariando a hipótese desta pesquisa, de que aspectos da aparência pessoal poderiam influenciar na suspeita, indicando atitude preconceituosa, o que não foi observado. Suspeitar de uso de drogas por meio de comportamentos como ansiedade e exagero na queixa de dor também podem sugerir um julgamento negativo. A razão do profissional de enfermagem em identificar pacientes usuários de drogas deve ser para evitar prejuízos e complicações no manejo da dor e nos sintomas de abstinência.

Esta pesquisa analisou uma situação desafiadora de cuidado de enfermagem ainda pouco explorada, a analgesia de pacientes suspeitos de serem usuários de droga. Alguns aspectos desse tema foram compreendidos e outros precisam ser equacionados. Estudos que explorem esta questão de forma qualitativa e quantitativa são necessários.

## 6 Conclusão

A prevalência de pacientes com suspeita de uso de drogas, na opinião de auxiliares e técnicos de enfermagem, foi de 6,86%. O que mais chamou a atenção dos profissionais para a suspeição foram os comportamentos de exigência, impaciência e ansiedade, mais do que a aparência pessoal, e os mais suspeitos foram homens ( $p=0,036$ ) e jovens ( $p<0,001$ ).

Os profissionais administraram mais opióides na modalidade “se necessário” para os pacientes considerados suspeitos do que para os “não suspeitos” ( $p=0,037$ ), e a porcentagem de opióides prescritos em regime “se necessário” administrada aos “suspeitos” foi de até 30% da dose máxima possível e de até 20% para os “não suspeitos”.

Os profissionais administraram dose similar de analgésicos opióides e não opióides prescritos em horário fixo, para “suspeitos” e “não suspeitos”, e deixaram de administrar cerca de 20% da dose entre opióides e não opióides.

Frente à solicitação do opióide e a suspeita de que o paciente fosse usuário abusivo de drogas a conduta mais relatada pelos funcionários foi a de administrar a dose prescrita (75,6%), mas, em 28,9% das vezes, o relato foi de tentar reduzir a dose.

Este estudo trouxe importante contribuição para a prática, pois analisou a tomada de decisão de profissionais de enfermagem quando há suspeita de uso de drogas. Contrariando a literatura, observou-se que os pacientes “suspeitos” receberam mais opióides prescritos em regime “se necessário” que os “não suspeitos” e as razões plausíveis para tal resultado foram analisadas.

Reforçando o já conhecido na literatura, observou-se que o recebimento de analgésico “se necessário” foi muito menor do que o possível, mas observou-se também menor administração de analgésicos prescritos em “horário fixo”, fato pouco estudado.

Os resultados também apontaram que, na situação de estar frente a um doente com dor e ter suspeita deste ser usuário abusivo de droga, em cerca

---

---

## 6 Conclusão

---

---

de 1/3 das vezes os profissionais de enfermagem disseram tentar restringir a administração da dose prescrita em regime “se necessário”. Tais fatos, alguns inéditos na literatura, apontam que estar sob suspeita de ser usuário de droga influi no tratamento analgésico e requer continuidade de ações de investigação de intervenção na prática clínica.

## 7 Referências

American Pain Society. Principles of analgesic use in the treatment of acute pain and chronic cancer pain: a concise guide to medical practice. Skokie (IL): American Pain Society, 1992.

American Society of Anesthesiologists. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting. *Anesthesiology*. 2012 Jun;100(6):248-73.

Bourne N. Managing acute pain in opioid tolerant patients. *J Perioper Pract*. 2008 Nov;18(11):498-503.

Bourne N. Acute pain management in the opióide-tolerant patient. *Nurs Stand*. 2010 Nov;25(12):35-9.

Broekmans S, Vanderschueren S, Morlion B, Kumar A, Evers G. Nurses' attitudes toward pain treatment with opioids: a survey in a Belgian university hospital. *Int J Nurs Stud*. 2004 Feb; 41(2):183-9.

Burgess DJ, Crowley-Matoka M, Phelan S, Dovidio JF, Kerns R, Roth C, Saha S, Ryn M. Patient race and physicians' decisions to prescribe opioids for chronic low back pain. *Soc Sci Med*. 2008 Dec;67(11):1852-60.

[Burgess DJ](#), [Van Ryn M](#), [Crowley-Matoka M](#), [Malat J](#). Understanding the provider contribution to race/ethnicity disparities in pain treatment: insights from dual process models of stereotyping. *Pain Med*. 2006 Mar-Apr;7(2):119-34.

Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. São Paulo: CEBRID/ UNIFESP; 2006.

Cook L, Sefcik E, Stetina P. Pain management in the addicted population: a case study comparison of prescriptive practice. *J Addict Nurs*. 2004 Jan;15(1):11-4.

Drayer RA, Henderson J, Reidenberg M. Barriers to better pain control in hospitalized patients. *J Pain Symptom Mangement*. 1999 Jun;17(6):434-40

Ferreira Filho FO, Turchi MD, Laranjeira R, Castelo A. Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Rev Saúde Pública*. 2003 dez;37(6):751-9.

Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. Aconselhamento em dependência química. São Paulo: Roca; 2004.

Finney L. Nursing care for the patient with co-existing pain and substance misuse: meeting the patient's needs. *Med Surg Nurs*. 2010 Jan-Feb;19(1):25-8.



Galicia M, Nogué S, Casañas X, Iglesias ML, Puiguriguer J, Supervía A, Aguirre A, Clemente C, Puente I, Echarte JL, García-Pérez C, Burillo-Putze G, Bernal A, Busca P, Gil E, Mirò Ò. Multicenter assessment of the revisit risk for a further drug-related problem in the emergency department in cocaine users (MARRIED-cocaine study). *Clin Toxicol (Phila)*. 2012 Mar;50(3):176-82.

Grover CA, Close RJH, Wiele ED, Villarreal K, Goodman LM. Quantifying drug-seeking behavior: a case control study. *J Emerg Med*. 2012 Jan;42(1):15-21.

Guimarães CF, Santos DVV, Freitas RC, Araújo RB. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no hospital psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2008 maio-ago; 30(2):101-8.

Haber PS, Demirkol A, Lange K, Murnion B. Management of injecting drug users admitted to hospital. *The Lancet*. 2009 Oct;374(9697):1284-93.

Hansem GR. The drug-seeking patient in the emergency room. *Emerg Med Clin North Am*. 2005 May;23(2):349-65.

Happell B, Taylor C. Drug and alcohol education for nurses: have we examined the whole problem? *J Addict Nurs*. 1999 Oct-Dec;11(4):180-5.

Heit HA. The truth about pain management: the difference between a pain patient and na addicted patient. *Eur J Pain*. 2001 Dec;5 Suppl A:S27-29.

Hopper JA, Shafi T. Management of the hospitalized injection drug user. *Infect Dis Clin North Am*. 2002 Sep ;16(3):571-87.

Huxtable CA, Roberts LJ, Somogyi AA, Macintyre PE. Acute pain management in opioi-tolerant patients: a growing challenge. *Anaesth Intensive Care*. 2011 Sep; 39(5):804-23.

Kaki AM, Daghistani MF, Msabeh AA. Nurses' knowledge of pharmacological measures on acute pain management in Western Saudi Arabia. *Saudi Med J*. 2009 Feb;30(2):279-83.

Kirsh KL, WhitcombLA, Donaghy K, Passik SD. Abuse and addiction issues in medically ill patients with pain: attempts at clarification of terms and empirical study. *Clin J Pain*. 2002 Jul-Aug;18(4 Suppl):S52-60.

Kulkamp IC, Barbosa CG, Bianchini, KC. Percepção de profissionais da saúde sobre aspectos relacionados à dor e utilização de opióides: um estudo qualitativo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008 abr;13 Suppl 1:S721-31.

Lima M, Costa JA, Figueiredo WS, Schraiber LB. Invisibilidade do uso de drogas e a assistência de profissionais dos serviços de Aids. Rev Saúde Pública. 2007 dez; 41Suppl 2:S6-13.

Longo LP, Parran T, Johnson B, Kinsey W. Addiction: part II. Identification and management of the drug-seeking patient. Am Fam Physician. 2000 Apr;61(8):2401-08.

Luis MAV, Pilon SC. Promoção de saúde e prevenção do uso de drogas: o papel do enfermeiro. Nursing (São Paulo). 2004 ago;7(75):39-45.

Manchikanti L. Prescription drug abuse: what is being done to address this new drug epidemic? Testimony before the subcommittee on criminal justice, drug policy and human resources. Pain Physician. 2006 Oct;9(4):287-321.

Manchikanti L, Giordano J, Boswell MV, Fellows B, Manchukonda R, Pampati V. Psychological factors as predictors of opióide abuse and illicit dug use in chronic pain patients. J Opioid Manag. 2007 Mar-Apr;3(2):89-100.

Marijo L, Creech S, Norton E, Shanahan M, Hedges L. Barriers to caregiver administration of pain medication in hospice care. J Pain Symptom Manage. 2004 Feb;27(2):114-24.

McCaffery M, Vourakis C. Assesment and relief of pain in chemically dependent patients. Orthop Nurs. 1992 Mar-Apr;11(2):13-27.

McCaffery M, Ferrell BR. Nurses' knowledge of pain assesment and management: how much progress have we made? J Pain Symptom Manage. 1997 sep;14(3):175-88.

McCaffery M, Grimm MA, Pasero C, Ferrel B, Uman GC. On the meaning of "drug Seeking". Pain Manag Nurs. 2005 Dec;6(4):122-36.

McCaffery M, Pasero C. Opioid-induced hyperalgesia. J Perianesth Nurs. 2012 Feb;27(1):46-50.

McNabb C, Foot Carole, Ting J, Breeze K, Stickley M. Profiling patients suspected of drug seeking in na adult emergency department. Emerg Med Australas. 2006 Apr;18(2):131-7.

Millard WB. Grounding frequent flyers, not abandoning them: drug seekers in the ED. Ann Emerg Med. 2007 Apr;49(4):481-6.

Morgan BD. Knowing how to play the game: hospitalized substance abusers' strategies for obtaining pain relief. Pain Manag Nurs. 2006 Mar;7(1):31-41.

- Morgan B, White D. Managing pain in patients with co-occurring addictive disorders. *J Addict Nurs*. 2009 Mar;20(1):41-8.
- Murnion BP, Gnjjidic D, Hilmer SN. Prescription and administration of opioids to hospital in-patients, and barriers to effective use. *Pain Med*. 2010 Jan;11(1):58-66.
- Nascimento LA, Santos MR, Aroni P, Martins MB, Kreling MCGd. Manejo da dor e dificuldades relatadas pela equipe de enfermagem na administração de opióides. *Rev Eletrônica Enferm*. 2011 out-dez;13(4):714-20.
- Neri MC, coordenador. O estado da juventude: drogas, prisões e acidentes. Rio de Janeiro: FGV/IBGE, CPS; 2007.
- Oliveira LR, Jorge MHPM. Análise epidemiológica das causas externas em unidades de urgência e emergência em Cuiabá/Mato Grosso. *Rev Bras Epidemiol*. 2008 set;11(3):420-430.
- Olsen Y, Daumit, GL, Ford DE. Opioids prescriptions by U.S. Primary care physicians from 1992 to 2001. *J Pain*. 2006 Apr;7(4):225-35.
- Organização Mundial de Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID-10. 9a ed. São Paulo: EDUSP; 2007.
- Parietti A, Vilches LHG, Meleiro L, Musolino AG. El profesional y su actitud frente a la drogadiccion. *Rev Arg Anest*. 1992 ene-mar; 50(1):31-43.
- Parran T. Prescription drug abuse. A question of balance. *Med Clin North Am*. 1997Jul; 81(4):967-78.
- Passik SD, Portenoy RK, Ricketts PL. Substance abuse issues in cancer patients: Prevalence and diagnosis. *Oncology*. 1998 Apr;12(4):517-21, 24.
- Passik SD, Kirsh KL, McDonald MV, Ahn S, Russak SM, Martin L, Rosenfeld B, Breitbart WS, Portenoy RK. A pilot survey of aberrant drug-taking attitudes and behaviors in samples of cancer and AIDS patients. *J Pain Symptom Manage*. 2000 Apr; 9(4):274-286.
- Passik SD, Kirsh KL, Donaghy KB, Portenoy RK. Pain and aberrant drug-related behaviors in medically ill patients with and histories of substance abuse. *Clin J Pain*. 2006 Feb;22(2):173-81.
- Passik SD, Kirsh KL. Addictions in pain clinics and pain treatment. *Ann N Y Acad Sci*. 2011 Jan;1216(1):138-43.

Pimenta CAM, Santos MMS, Chaves LD, Martins LM, Guierrez BAO. Controle da dor no pós-operatório. Rev Esc Enf USP. 2001 jun;35(2):180-3.

Ponce JC, Leyton V. Drogas ilícitas e trânsito: problema pouco discutido no Brasil. Rev Psiqu Clin (São Paulo). 2008; 35 Suppl 1:S65-9.

Rang HP, Dale MM, Ritter JM. Farmacologia. 6th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007. Capítulo 43. Hábito, dependência e abuso de fármacos; p. 619-637.

Reis AD, Figlie NB, Laranjeira R. Prevalência do uso de substâncias em pacientes com traumas em um pronto socorro brasileiro. Rev Bras Psiquiatr. 2006 28(3):191-5

Roberts LJ. Managing acute pain in patients with na opioid abuse or dependence disorder. Austr Prescr. 2008 Oct;31(5):133-5,

[Rockett IR](#), [Putnam SL](#), [Jia H](#), [Smith GS](#). Assessing substance abuse treatment need: a statewide hospital emergency department study. Ann Emerg Med. 2003 Jun; 41(6):802-13.

Seibel SD, Toscano Jr A. Dependência de drogas. São Paulo: Atheneu; 2000.

Sim M, Hulse GK, Khong E. Acute pain and opioid seeking behavior. Aust Fam Physician. 2004 Dec;33(12):1009-12.

Sikirica V, Vallow S, Schein I, Doshi D, Katz N, White A, Stang P. Prevalence, comorbidities, and utilization of services of opioid abusers in a managed care pain. Pain Med. 2005; 6(2):190 (Abstract).

Smith M, Woody G. Nonmedical use and abuse of scheduled medications prescribed for pain, pain-related symptoms, and psychiatric disorders: patterns, user characteristics, and management options. Curr Psychiatry Rep. 2005 Oct;7(5):337-43.

Spricigo JS, Alencastre MB. O enfermeiro de unidade básica e o usuário de drogas: um estudo em Biguaçu-SC. Rev Latino-Am Enferm. 2004 mar-abr;12 Spe nº:427-32.

Vargens RW, Cruz MS, Santos MA. Comparação entre usuários de crack e de outras drogas em serviço ambulatorial especializado de hospital universitário. Rev Latino Am Enferm. 2011 maio-jun; 19 Spe nº:804-12.

Viscusi ER, Pappagallo M. A review of opioids for in-hospital pain management. Hosp Pract (Minneap). 2012 Feb;40(1):149-59.

[Wiedemer NL](#), [Harden PS](#), [Arndt IO](#), [Gallagher RM](#). The opioid renewal clinic: A primary care , managed approach to opioid therapy in chronic pain patients at risk for substance abuse. Pain Med. 2007 Oct-Nov;8(7):573-84.

Yarborough WH. Drug seeking behavior: a differential approach. J Okla State Med Assoc. 2000 Jun; 93(6):242-4.

Zednich AD, Hedges Jr. Community-wide emergency department visits by patients suspected of drug seeking behavior. Acad Emerg Med.1996 Apr;3(4):312-7

Ziegler PP. Addiction and the treatment of pain. Subst Use Misuse. 2005; 40(13-14):1945-54.

# Apêndices

## APÊNDICE A

<b>DADOS DO PACIENTE</b>
--------------------------

Identificação: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Nº do hospital: _____		Nº do funcionário: _____	
<b>I. Dados Sócio-demográficos</b>			
<b>1. Sexo:</b>		1. Masculino <input type="checkbox"/>	2. Feminino <input type="checkbox"/>
<b>2. Data de nascimento:</b> ____/____/____			
<b>3. Cor:</b>			
1. Branca <input type="checkbox"/>		3. Amarela <input type="checkbox"/> 5. Parda <input type="checkbox"/>	
2. Negra <input type="checkbox"/>		4. Vermelha <input type="checkbox"/>	
<b>4. Estado civil:</b>		1. Com companheiro <input type="checkbox"/>	2. Sem companheiro <input type="checkbox"/>
<b>5. Escolaridade:</b> _____ (última série completada)			
<b>6. Diagnóstico:</b>			
<b>6.1. Fratura ( )</b>			
Locais: <b>6.1.a.</b>			
6.1.b.			
6.1.c.			
6.1.d.			
<b>6.2. Cirurgia ortopédica ( )</b>			
Locais: <b>6.2.a.</b>			
6.2.b.			
6.2.c.			
6.2.d.			

II. Dados da Prescrição Médica					
Analgésicos	DOSE	VIA	Intervalos ou se necessário	Foi circulado	Frequência de horários administrados
7.1.		<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/>			
7.2.		<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/>			
7.3.		<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/>			
7.4.		<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/>			
7.5.		<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/>			
7.6.		<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/>			

8. Caso o funcionário tenha "circulado" o analgésico, justificou por que não fez?

Justificativa:

- Paciente estava dormindo
- Paciente recusou o analgésico, relatando ausência de dor
- Paciente recusou o analgésico, devido os efeitos colaterais
- Paciente ausente da unidade de internação
- Paciente em jejum
- Paciente sem condições de acesso venoso
- Falta do medicamento na unidade
- Outras: \_\_\_\_\_

1. Não

2. Sim



### III. Percepção do Funcionário sobre o Paciente

9. Em sua opinião, por que foi prescrito opióide para este paciente?

- Porque tem fratura e fratura dói muito
- Porque está no pós-operatório e sente muita dor
- Não sei
- Outros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Alguns pacientes solicitam analgésicos opióides por outros motivos que não a dor. Em sua opinião, este paciente está solicitando o analgésico por outro motivo que não a dor?

1. Não                       2. Sim

Por qual motivo ele está solicitando opióide? (*caso a resposta não seja uso de drogas, encerrar a entrevista*)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Descreva as características/comportamentos que o fazem desconfiar que ele seja um usuário de drogas?

\_\_\_\_\_

12. Caso este paciente que você suspeita ser usuário de drogas tenha solicitado analgésico ou referido dor, qual foi a sua conduta frente a esta(s) solicitação?

- Discutiu com os colegas
- Comunicou o médico
- Conversou com a enfermeira
- Não administrou o analgésico opióide
- Administrou o analgésico opióide mesmo assim
- Outros:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

	NOME	DATA
PREENCHIMENTO		____/____/____ {DTPREE}

## APÊNDICE B

### DADOS DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

Identificação: |\_|\_|\_|\_|

<b>1. N° do hospital:</b> _____	
<b>2. Iniciais do nome do(a) funcionário(a):</b> _____	
<b>3. Sexo:</b>	1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino <input type="checkbox"/>
<b>4. Data de nascimento:</b> ____/____/____	
<b>5. Cor:</b>	
1. Branca <input type="checkbox"/>	3. Amarela <input type="checkbox"/> 5. Parda <input type="checkbox"/>
2. Negra <input type="checkbox"/>	4. Vermelha <input type="checkbox"/>
<b>6. Estado civil:</b> 1. Com companheiro <input type="checkbox"/> 2. Sem companheiro <input type="checkbox"/>	
<b>7. Tempo de exercício na profissão:</b>	____ANOS ____MESES
<b>8. Função:</b>	
1.      Auxiliar de enfermagem <input type="checkbox"/>	
2.      Técnico de enfermagem <input type="checkbox"/>	
3.      Enfermeiro(a) <input type="checkbox"/>	
<b>9. Escolaridade:</b>	
1. <input type="checkbox"/> Apenas nível médio	
2. <input type="checkbox"/> Nível Superior Incompleto. Curso: _____	
3. <input type="checkbox"/> Nível Superior Completo. Curso: _____	
4. <input type="checkbox"/> Especialização	
5. <input type="checkbox"/> Mestrado	
6. <input type="checkbox"/> Doutorado	

**10.** Assinale para as alternativas a seguir, as característica/comportamentos que você observa nos pacientes para suspeitar de que sejam usuários de drogas:

- 10.1  Agitação / Inquietação
- 10.2  Ansiedade
- 10.3  Confusão mental
- 10.4  Rebeldia
- 10.5  Ansiedade para ir embora
- 10.6  Come muito
- 10.7  Fala pouco
- 10.8  Tem olhar desconfiado
- 10.9  Desconfia de todos os procedimentos realizados com ele
- 10.10  Apresenta sinais de desespero
- 10.11  Apresenta tatuagens feias “feitas em fundo de quintal”
- 10.12  Insiste pelo opióide
- 10.13  Usa boné
- 10.15  Apresenta-se arredio
- 10.16  Local de moradia
- 10.17  Apresenta-se emagrecido
- 10.18  Apresenta os dedos queimados
- 10.19  Refere que a dor não cessa até chegar na morfina
- 10.20  Pede o opióide pelo nome principalmente a morfina
- 10.21  Usa gírias e ou um vocabulário que sugere malandragem
- 10.22  Conta o tempo no relógio para cobrar a administração do opióide
- 10.23  Permanece o tempo todo na expectativa da administração do opióide
- 10.24  Permanece no banheiro por muito tempo
- 10.25  Apresenta-se mais reservado a princípio, e depois começa a ficar agitado
- 10.26  Quer dar “escapadinhas” da enfermagem

- 10.27  Apresenta dentição ruim
- 10.28  O usuário de crack fica mais quieto, o usuário de maconha fica mais solto
- 10.29  Com o passar dos dias de internação, o próprio paciente fala que é usuário de droga e solicita o opióide
- 10.30  Nem sempre a aparência indica de que o indivíduo seja usuário de drogas
- 10.31  Oscilação do humor
- 10.32  Insônia
- 10.33  Alucinações
- 10.34  Irritabilidade
- 10.35  Pânico
- 10.36  Depressão
- 10.37  Tremores
- 10.38  Náuseas e vômitos
- 10.39  Diarréia ou constipação
- 10.40  Anorexia
- 10.41  Sudorese
- 10.42  Taquicardia / Palpitações
- 10.43  Parestesias / Fraqueza muscular
- 10.44  Refere não ter nenhuma melhora da dor com o analgésico comum;
- 10.45  Queixa-se freqüentemente de dor, supervalorizando-a;
- 10.46  Expressa sua dor de forma intensa com necessidade de alívio urgente;
- 10.47  Apresenta sinais de impaciência até que o opióide seja administrado.
- 10.48  Relata ser alérgico a outros analgésicos que não sejam opióides
- 10.49  Apresenta incapacidade de viver socialmente ou manter-se empregado
- 10.50  Estabelece o nome e a dose do opióide
- 10.51  Prefere injeção do que comprimidos
- 10.52  Demonstra-se feliz após a administração do opióide

10.53  Fala para o profissional de enfermagem onde dar a droga e como proceder para administrá-la rapidamente

10.54  É manipulador

10.55  Outras características:

---

---

---

**11.** Como você procede diante da desconfiança de que o paciente seja usuário de drogas e queixa-se de dor solicitando o analgésico opióide?

Discute com os colegas sobre a real necessidade do analgésico

Comunica o médico

Conversa com a enfermeira

Não administra o analgésico opióide

Administra o analgésico opióide mesmo assim

Outros:

---

---

	NOME	DATA
PREENCHIMENTO		____/____/____

## APÊNDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM)

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado na pesquisa de campo referente ao projeto intitulado “Ter Dor e estar sob suspeita de ser usuário de drogas: Impacto na Assistência de Enfermagem” cujo objetivo é: Verificar se a conduta analgésica dos profissionais de enfermagem junto a doentes com dor e internados difere quando há suspeita de uso de drogas. A amostra deste estudo deverá ser de 80 profissionais de enfermagem e 400 pacientes. A coleta de dados dos profissionais será por meio de entrevista.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade. Fui informado do objetivo estritamente acadêmico e científico do estudo, e que minha participação trará uma grande contribuição para a assistência de enfermagem, pois as informações obtidas nesta pesquisa servirão de subsídio para o desenvolvimento de estratégias que possam dar ao profissional de enfermagem maior segurança na tomada de decisão na analgesia prestada ao paciente suspeito de ser usuário de drogas.

Fui também esclarecido de que as informações por mim oferecidas serão confidenciais, o sigilo sobre minha participação será assegurado e os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a minha identificação.

Fui informado ainda, de que a pesquisa será realizada por Maria Clara Giorio Dutra Kreling, a quem poderei consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone: 3371- 2249, endereço comercial: Av. Robert Koch nº 60 Vila Operária, ou pelo e-mail: [mclara@uel.br](mailto:mclara@uel.br), e que poderei me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo algum ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado, poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP pelo email: [edipesq@usp.br](mailto:edipesq@usp.br).

A pesquisadora do estudo me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Londrina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

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

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE D

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PACIENTE)

Declaro, por meio deste termo, que concordei em participar da pesquisa de campo referente ao projeto intitulado “Ter Dor e estar sob suspeita de ser usuário de drogas: Impacto na Assistência de Enfermagem” cujo objetivo é: Verificar se a conduta analgésica dos profissionais de enfermagem junto a doentes com dor e internados difere quando há suspeita de uso de drogas. A amostra deste estudo deverá ser de 80 profissionais de enfermagem e 400 pacientes. Os dados dos pacientes serão obtidos por meio de prontuário médico para se verificar a analgesia realizada.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade. Fui informado do objetivo estritamente acadêmico e científico do estudo, e que os dados coletados em meu prontuário trarão uma grande contribuição para a assistência de enfermagem, pois as informações obtidas nesta pesquisa servirão de subsídio para o desenvolvimento de estratégias que possam dar ao profissional de enfermagem maior segurança na tomada de decisão na analgesia prestada ao paciente suspeito de ser usuário de drogas.

Fui também esclarecido de que as informações por mim oferecidas serão confidenciais, o sigilo sobre minha participação será assegurado e os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a minha identificação.

Fui informado ainda, de que a pesquisa será realizada por Maria Clara Giorio Dutra Kreling, a quem poderei consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone: 3371- 2249, endereço comercial: Av. Robert Koch nº 60 Vila Operária, ou pelo e-mail: [mclara@uel.br](mailto:mclara@uel.br), e que poderei me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo algum ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado, poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP pelo email: [edipesq@usp.br](mailto:edipesq@usp.br).

A pesquisadora do estudo me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Londrina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

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

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

# Anexos



## ANEXO A

### APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000  
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -  
São Paulo - SP - Brasil  
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 25 de outubro de 2010.

Ilm.ª Sr.ª  
Maria Clara Giorio Dutra Kreling

Ref.: Processo nº 974/2010/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto "**Ter dor e estar sob suspeita de ser usuário de drogas: impacto na assistência de enfermagem**", informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita em tinta preta, legível como 'Célia Maria Sivalli Campos'.

Prof.ª Dr.ª Célia Maria Sivalli Campos  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

## ANEXO B

### APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE BIOÉTICA E ÉTICA EM PESQUISA DA SANTA CASA DE LONDRINA



IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA

Londrina, 16 de Novembro de 2010.

CEP 363 /10 - CAAE: 0025.0.083.196-10  
Ofício nº. 037/10 BIOISCAL

Ciente
Em: 28/11/2010

Ilma. Sra.:

**Maria Clara Giorio Dutra Kreling**

O Comitê de Bioética e Ética em Pesquisa da Irmandade Santa Casa de Londrina – BIOISCAL, de acordo com orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde/MS, APROVA a realização do Projeto: "TER DOR E ESTAR SOB SUSPEITA DE SER USUÁRIO DE DROGAS: IMPACTO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM".

E informamos que deverá ser comunicado, por escrito, qualquer modificação que ocorrer no desenvolvimento da pesquisa, e segundo esta resolução citada, no § 3º do art. IX, deve ser encaminhado a este Comitê, relatório parcial semestral (vencimento maio/2011) e ao término da pesquisa.

Desejamos sucesso e êxito na realização do mesmo que contribuirá no aprimoramento da assistência à saúde.

Atenciosamente,

Ir. Elvira Maria Perides Lawand  
Coordenadora do BIOISCAL