



Responsabilidade da Sociedade Brasileira de Anestesiologia: paciente dependente químico

● A **dependência química** é definida como um padrão mal adaptativo de uso de substância química, que leva ao prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo do indivíduo, manifestado pela ocorrência de três (ou mais) das seguintes situações, a qualquer momento, em um período de 12 meses, segundo o Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição (DSM-IV), da Associação de Psiquiatria Americana (APA) 2000:

- desencadeamento de tolerância, definida pela necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para obter intoxicação e/ou efeito desejado ou a redução acentuada do efeito com o uso continuado da mesma quantidade da substância;
- diagnóstico de abstinência, manifestado por síndrome de abstinência, com características para cada tipo de substância, ou a mesma substância (ou outra substância específica estreitamente relacionada) que é consumida para aliviar ou evitar os sintomas dessa síndrome;
- quando a substância é, frequentemente, consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido;
- quando existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso compulsivo da substância;
- quando muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância (por exemplo, fumar em grupo) a recuperação de seus efeitos;
- quando as atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso compulsivo da substância;
- quando o uso da substância é contínuo, apesar da consciência de que ela pode acarretar problemas físicos e/ou psicológicos persistentes ou recorrentes, que tendem a ser causados ou exacerbados por tal substância (por exemplo, uso de cocaína, embora o indivíduo reconheça que sua depressão é induzida por ela; ou o consumo continuado de bebidas alcoólicas, embora o indivíduo reconheça que a úlcera piorou pelo consumo do álcool).

Prevalência da dependência química no Brasil e no mundo – importância do problema

A prevalência da dependência química no mundo apresenta uma escalada alarmante. Como

A **dependência química** é definida como um padrão mal-adaptativo de uso de substância química, levando ao prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo do indivíduo.

consequência direta desse fato, muitos profissionais da área da saúde, entre os quais os anesthesiologistas, estarão em contato com pacientes dependentes químicos em algum momento da prática clínica.

Muitas diretrizes que relacionam condutas médicas perioperatórias em pacientes dependentes químicos estão à disposição de anesthesiologistas na literatura, mas, na realidade, a maioria delas contribui muito pouco com a real prática dos profissionais dessa área médica.

Em 2005, o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas da UNIFESP (CEBRID) realizou um estudo no qual avaliou 108 cidades, com abrangência de cerca de 200 mil habitantes. A prevalência do uso de qualquer droga ilícita (excluindo o álcool e o tabaco) na vida dos componentes desse grupo estudado foi de 22,8%, sendo a maior porcentagem observada na região Nordeste, onde alcançou 27,6%, e a menor, na região Norte, com 14,4%. A média brasileira de prevalência de uso de álcool, no grupo estudado, foi de 74,6%, sendo a menor taxa observada na região Norte (53,9%) e a maior na Sudeste (80,4%). Foram observados mais casos de dependentes de álcool do sexo masculino.

Em 2008, nos Estados Unidos, foi estimado que 22,2 milhões de pessoas se classificam como dependentes químicas no último ano, dos quais 3,1 milhões apresentam dependência de álcool e drogas consideradas ilícitas, 3,9 milhões são dependentes de drogas ilícitas sem a concomitante dependência de álcool e 15 milhões são dependentes somente de álcool. Da população estudada, mais de 1,4 milhão

admitiram dependência ou abuso de cocaína. Por outro lado, no último ano, pacientes portadores de dor crônica tornaram-se dependentes químicos dos opioides após algum tratamento analgésico, em um número superior a 1,7 milhão.

Responsabilidade da SBA em relação ao paciente dependente químico - analgesia e síndrome de abstinência pós-operatória

É importante salientar que o anesthesiologista pode encontrar, durante a atividade clínica, vários tipos de paciente dependentes químicos:

- dependente de drogas ilícitas sem tratamento;
- dependente por tratamento de dor crônica;
- dependente de drogas ilícitas em tratamento de manutenção (metadona);
- dependente de drogas ilícitas em tratamento com antagonistas (naltrexona).

Dois aspectos clínicos pós-operatórios devem ser considerados em referência às possibilidades mencionadas anteriormente:

- dificuldade na promoção de analgesia pós-operatória eficiente;
- profilaxia da síndrome de abstinência pós-operatória.

É importante que sejam salientados alguns pontos de cuidados pré-operatórios de responsabilidade do anesthesiologista e, conseqüentemente, da SBA:

Anamnese/Instrumentalização:

- elaboração de perguntas objetivas e racionalizadas sobre o uso de drogas ilícitas e o álcool;
- aplicação de instrumentos de avaliação para detectar a possibilidade da presença de droga e da síndrome de abstinência durante o período pré-operatório.

Um desses instrumentos é o Clinical Instrument for Withdrawal Assessment - Alcohol (CIWA-Ar), composto de 10 itens validados para quantificar a possibilidade e a severidade de uma síndrome de abstinência. Pode auxiliar na avaliação da eficácia das atitudes terapêuticas no período pós-operatório.

Outros instrumentos validados para esse tipo de situação são o CAGE e o Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), que podem auxiliar no monitoramento desse grupo de pacientes durante o período perioperatório.

Considerações perioperatórias

- A otimização da analgesia dos dependentes químicos é uma questão complexa; o objetivo principal deve ser a correção da tendência, por parte dos anestesiológicos, a diminuir as doses analgésicas necessárias para a efetiva analgesia (opioides), o que possibilita o aparecimento de dor e/ou de síndrome de abstinência.
- A necessidade de treinamento de anestesiológicos nessa área, para o atendimento multidisciplinar de dependentes químicos, principalmente em caráter de consultoria.

- A conscientização da possibilidade da existência de dois tipos de paciente dependentes químicos durante o período em pauta: o dependente ativo e o dependente em fase de recuperação. O primeiro, principalmente quando é dependente de álcool, opioides e benzodiazepínicos, está mais propenso a desencadear sinais e sintomas de abstinência, devendo ser ativamente monitorizado. Em contraste, o último pode estar em fase de utilização de antagonistas de opioides (naltrexona), de terapêutica de manutenção (metadona) ou apresentar abstinência.
- Tem sido evidenciado, na literatura, que os dependentes químicos ou em período de manutenção apresentam maior necessidade de drogas analgésicas do que a população em geral, possivelmente em razão de dois fenômenos diferentes, ou seja, a tolerância e/ou a geração de hiperalgesia.

Reflexões sobre o manejo do paciente dependente de opioides no período perioperatório

- No caso dos pacientes dependentes em terapia de manutenção com buprenorfina ou metadona, tem sido recomendada a administração regular desses fármacos para a profilaxia da abstinência ou da elevação muito intensa nas doses de outros opioides para a obtenção de analgesia. Vale ressaltar que as referidas doses de manutenção de opioides em dependentes químicos não conferem analgesia pós-operatória eficiente.
- Teoricamente, a metadona é uma indicação

Teoricamente a metadona é uma indicação para a analgesia pós-operatória em pacientes dependentes químicos, devido a sua menor potencialidade de indução ao abuso de drogas ilícitas.

para a analgesia pós-operatória em pacientes dependentes químicos, graças a sua menor potencialidade de indução ao abuso de drogas ilícitas. Por outro lado, seu efeito analgésico dura somente de 6 horas a 9 horas, em contraste com sua prolongada meia-vida (190 horas), quando utilizada como agente medicamentoso para o tratamento de substituição em drogadição. Em razão desse fato, para obter a efetiva analgesia pós-operatória, a metadona tem de ser utilizada em associação com outros opioides que ofereçam rápido início de ação e maior potência analgésica durante o pós-operatório imediato e na manutenção da analgesia.

- Drogas agonistas opioides parciais, como a buprenorfina, apesar de seu potencial efeito analgésico, não deverão ser prescritas em analgesia pós-operatória durante a terapia de manutenção com metadona em pacientes dependentes químicos, pois sua combinação poderá desencadear síndrome de abstinência. Nesse tipo de situação, a recomendação atual é continuar a administração do agonista nas doses costumeiramente usadas com a associação de um segundo agonista opioide (μ) de ação curta, como a morfina.
- Em pacientes dependentes de álcool ou opioides em tratamento com naltrexona, antagonista de opioides de longo tempo de atividade farmacológica, ela deverá ser descontinuada nas 24 horas pré-operatórias. Por outro lado, quando o paciente requer analgesia opioide prolongada, torna-se essencial que a terapêutica com naltrexona seja orientada por psiquiatra especializado em dependência química, com o

objetivo de evitar a síndrome de abstinência.

- A cetamina, analgésico não opioide potente, tem evidenciado forte potencial analgésico, intra e pós-operatório, que possibilita a não utilização de morfina durante esse período.
- Muitos estudos evidenciam a efetividade analgésica de anti-inflamatórios não esteroides (AINES) e do acetaminofen em analgesia pós-operatória de pacientes dependentes químicos, especialmente o parecoxib, quando administrado de maneira pré ou intraoperatória, reduzindo a intensidade da dor e as doses de opioides.
- A anestesia regional apresenta inúmeros benefícios no tratamento da dor aguda nesse grupo de pacientes. Estudos da literatura mostram a diminuição de 7-14 vezes nas doses de opioides necessárias para a obtenção de níveis excelentes de analgesia pós-operatória.

Responsabilidades específicas da SBA em relação ao paciente dependente químico

- Estimular, através do Departamento de Defesa Profissional, em particular da Comissão de Saúde Ocupacional, a continuidade do trabalho já desenvolvido em função desse grupo específico de pacientes. Esse tipo de trabalho inclui a discussão sobre o tema em todas as atividades científico-assistenciais sob a chancela da sociedade e estimula a elaboração de artigos em publicações, como a *Revista Brasileira de Anestesiologia* ou a *Anestesia em Revista*, e em outros veículos de comunicação médica de outras especialidades.
- Propor, para a Associação Médica Brasileira,

a estruturação e publicação de diretrizes referentes a condutas perioperatórias nesse grupo de pacientes.

- Agilizar uma aproximação com a Sociedade Brasileira de Psiquiatria, em especial com o grupo de psiquiatras especializados nessa área, para salientar o caráter multidisciplinar na abordagem perioperatória ao paciente dependente químico. ■

Bibliografia

1. Bobbitt KL, Keplinger LM, Althari HK. Understanding addiction: the orthopedic surgical perspective to a significant problem. *Clin Podiatr Med Surg* 2008; 25:493-515.
2. Carroll IR, Angst M, Clark D. Management of perioperative pain in patients chronically consuming opioids. *Regional Anesthesia and Pain Medicine* 2004; 29:576-591.
3. Compton P, Charuvastra VC, Ling W. Pain intolerance in opioid-maintained former opiate addicts: effect of long-acting maintenance agent. *Drug and Alcohol Dependence* 2001; 63:139-146.
4. Haller G, Waeber JL, Infante NK, Clergue F. Ketamine combined with morphine for the management of pain in an opioid addict. *Anesthesiology* 2002; 96:1.265-1.266.
5. Jage J, Tareg B. Postoperative analgesia in patients with substance use disorders: part I. *Acute pain* 2000; 3:141-156.
6. Lewis CM, Mineo R. Management of the recovering alcoholic who seeks cosmetic surgery. *Annals of Plastic Surgery* 1985; 14:145-147.
7. Mackenzie JW. Acute pain management for opioid dependent patients. *Anaesthesia* 2006; 61:907-908.
8. Martin L, Saperson K, Maddigan B. Residency training: challenges and opportunities in preparing trainees for the 21st century. *Can J Psychiatry* 2003; 48:225-231.
9. May JA, Herbert CW, Leonard-White A, Wartier DC, Pagel P. The patient recovering from alcohol or drug addiction: special issues for the anesthesiologist. *Anesth Analg* 2001; 92:1.601-1.608.
10. Mehta V, Langford RM. Acute pain management for opioid dependent patients. *Anaesthesia* 2006; 61:269-276.
11. Mitra S, Sinatra RS. Perioperative management of acute pain in the opioid dependent patient. *Anesthesiology* 2004; 101:212-227.
12. Pallasch T. Anesthetic management of the chemically dependent patient. *Anesth Prog* 1992; 39:157-161.
13. Rapp SE, Ready LB, Nessly ML. Acute pain management in patients with prior opioid consumption: A Case-Controlled Retrospective Review. *Pain* 1995; 61:195-201.
14. Savage SR. Principles of pain treatment in the addicted patient. In: Graham AW, Schultz TK, eds. *Principles of addiction medicine*, 2nd edn. Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine, Inc., 1998: 919-944.
15. Results from the National Survey on Drug Use and Health: National Findings.
16. American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th edition. Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1994.

*O autor é PhD, TSA/SBA, é presidente da Comissão de Saúde Ocupacional da SBA e Chair of Professional Wellbeing Work Party of WFSA.