

Dor Crónica Não Oncológica:

Crenças e Atitudes Referentes à Prescrição de Medicamentos Opióides Fortes nos Cuidados de Saúde Primários

Discente:

José Tiago de Sousa Gonçalves Leonor

Número de aluno: 031001080

Contacto telefónico: 913062990

Correio electrónico: leonortiago@gmail.com

Orientador:

José Manuel Soares Malheiro Romão

Grau académico: Assistente convidado

Título profissional: Assistente Hospitalar Graduado de Anestesiologia

O Discente,

(José Tiago de Sousa Gonçalves Leonor)

Porto | 19 de Junho | 2009

Dor Crónica Não Oncológica:

Crenças e Atitudes Referentes à Prescrição de Medicamentos Opióides Fortes nos Cuidados de Saúde Primários

Leonor Tiago, Aluno do 6º Ano Profissionalizante – Mestrado Integrado em Medicina¹;
Romão José, Assistente Hospitalar Graduado de Anestesiologia²

¹Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar/Centro Hospitalar do Porto – Hospital Santo António, Universidade do Porto, Porto, Portugal; ²Centro Hospitalar do Porto – Hospital Santo António, Porto, Portugal

RESUMO

Introdução: Uma abordagem efectiva da Dor Crónica Não Oncológica (DCNO) constitui um problema de saúde relevante ao nível dos Cuidados de Saúde Primários. Apesar das directrizes existentes, estudos efectuados demonstraram a existência de um número significativo de clínicos relutantes em relação à utilização de Medicamentos Opióides Fortes (MOF's) tratamento da DCNO de intensidade moderada a forte.

Objectivo: O presente estudo teve como objectivo analisar as atitudes dos Clínicos de Cuidados de Saúde Primários (CCSP's) e a respectiva disponibilidade em relação à prescrição de MOF's para pacientes com DCNO. Adicionalmente, procurou também estudar-se o nível de formação específica dos referidos clínicos.

Métodos: Sendo parte integrante de um estudo de maiores dimensões, um total de 14 questões (7 pares) foi utilizado para avaliar as atitudes dos clínicos inquiridos em relação à prescrição de MOF's para pacientes com DCNO.

Resultados: Um total de 154 inquéritos foi considerado válido e inserido na base de dados utilizada (taxa de resposta de 44% [154/350]). Cerca de dois terços dos inquiridos (66.9% [103/154]) classificaram a respectiva atitude como sendo favorável à prescrição de MOF's. A quase totalidade dos clínicos afirmou considerar ser provável tanto a obtenção de um controlo efectivo da dor (98.7% [147/149]) como de uma melhoria da qualidade de vida global dos pacientes com DCNO (94.0% [140/149]). A ocorrência de comportamentos abusivos foi considerada provável por 43.2% (64/148) dos clínicos, enquanto que 39.2% (58/148) considerou ser provável o surgimento de comportamentos de adição.

Conclusão: Os resultados do presente estudo demonstram que esta amostra de CCSP's evidenciava uma atitude global moderadamente favorável em relação à prescrição de MOF's para pacientes com DCNO.

Palavras-chave: atitudes, cuidados de saúde primários, dor crónica não oncológica, opióides fortes

INTRODUÇÃO

Entende-se por Dor Crónica Não Oncológica (DCNO) a que, resultando de qualquer patologia não neoplásica, se mantém, de forma contínua ou recorrente, por três ou mais meses [9].

Uma abordagem efectiva (diagnóstica e terapêutica) da DCNO constitui um problema de saúde relevante, nomeada e principalmente ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, nos quais proliferam as queixas álgicas potencialmente classificáveis como tradutoras de DCNO [42,22].

De resto, são as patologias do foro osteoarticular e musculoesquelético (particularmente frequentes ao nível dos Cuidados de Saúde Primários), e não a dor de etiologia oncológica, as principais causas de dor crónica (DC), sendo, entre estas, a lombalgia a causa mais prevalente [9,21].

Sendo considerada um verdadeiro desafio tanto pelo paciente como pelo prestador de cuidados, os componentes sensitivos, emocionais e comportamentais associados à etiologia e/ou intensidade da DCNO tornam, frequentemente, o respectivo tratamento bastante complexo [26].

Existe, actualmente, um número considerável de alternativas terapêuticas visando o tratamento de pacientes com DC [3]. Os analgésicos opióides são considerados fundamentais na abordagem do supramencionado tipo de dor. Em particular, os medicamentos opióides fortes (MOF's) devem ser utilizados no tratamento da DCNO de intensidade moderada a forte [30].

A utilização deste tipo de analgésicos é rodeada, contudo, de alguma controvérsia, sendo notória a inexistência de consenso no que se refere a potenciais indicações e formas de prescrição de MOF's para pacientes com DCNO [8].

Inúmeras têm sido as directrizes elaboradas de modo a orientar os clínicos no tratamento da DC [9,15,19,23,25,34,38,41]. Apesar das directrizes existentes, estudos entretanto efectuados demonstraram a existência de um número significativo de clínicos relutantes em relação à prescrição de MOF's para pacientes com DCNO, mesmo quando estes apresentavam indicação clínica formal [6,18,31,35,36]. O possível desenvolvimento de comportamentos de adição, dependência física e/ou consumo abusivo foram alguns dos factores identificados como determinantes da disponibilidade dos clínicos em relação à referida prescrição [14,15, 17,24,39].

Segundo um estudo de Potter et al [31], 35% dos Clínicos dos Cuidados de Saúde Primários (CCSP's) inquiridos não prescreveriam MOF's para pacientes com DCNO, mesmo que se verificasse uma não responsividade a qualquer um dos tratamentos efectuados. A referida evicção era justificada com o receio da possível ocorrência de comportamentos aditivos e/ou dependência.

Mais recentemente, um estudo de Nwokeji et al [26], revelou que dois terços dos CCSP's questionados se consideravam favoráveis à prescrição de MOF's para pacientes com DCNO de intensidade moderada a forte. Aproximadamente 80% dos respondentes acreditava que os MOF's seriam efectivos no controlo da dor e na melhoria da qualidade de vida global dos pacientes com DCNO. No entanto, cerca de metade dos inquiridos (51%) fazia referência à possível ocorrência de comportamentos de adição por parte dos pacientes.

A falta de formação específica e a existência de crenças por parte dos clínicos determinam a respectiva atitude em relação à utilização terapêutica de MOF's, a qual, por sua vez, acaba por influenciar as suas decisões relativamente à prescrição da mesma para pacientes com DCNO [24,31,35].

Diversos estudos tentaram já analisar o conhecimento e as crenças dos clínicos em geral em relação à prescrição de MOF's. No entanto, pouco se sabe ainda sobre a forma como os factores em causa determinam as respectivas atitudes e, conseqüentemente, a sua disponibilidade em relação à supramencionada prescrição [24,26,31].

O objectivo do presente estudo foi, essencialmente, o de analisar as atitudes dos CCSP's e a respectiva disponibilidade em relação à prescrição de MOF's para pacientes com DCNO de intensidade moderada a forte. Adicionalmente, procurou também estudar-se o nível de formação específica dos referidos clínicos e a adequação da mesma ao actual estado de conhecimento.

MÉTODOS

No presente estudo foi utilizado um desenho transversal não experimental. Tendo por base a natureza exploratória da investigação em causa, o supramencionado desenho pode ser classificado como sendo de investigação correlacional [29].

A população alvo deste estudo correspondeu a CCSP's (Especialistas e Internos de Medicina Geral e Familiar bem como Clínicos Gerais) em exercício da respectiva actividade clínica. A população inquirida incluiu elementos inscritos no 26º Encontro Nacional de Clínica Geral (18-21 de Março de 2009, Hotel Tivoli Marina de Vilamoura) que cumprissem a premissa anteriormente enunciada. Através da utilização da estrutura da Teoria do Comportamento Planeado [2], um questionário escrito foi então desenvolvido, tendo por base investigações similares desenvolvidas em outros países ocidentais, sendo posteriormente distribuído aos clínicos presentes no já referido Encontro Nacional com o objectivo de investigar as respectivas atitudes e crenças referentes à prescrição de MOF's para pacientes com DCNO.

O protocolo referente ao estudo em consideração foi devidamente aprovado pelos Conselhos Científico e Pedagógico do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar/Centro Hospitalar do Porto – Hospital Santo António, instituições integradas na Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Desenvolvimento do Questionário

De modo a concretizar o estudo em causa foi elaborado um inquérito tendo por base investigações análogas desenvolvidas em outros países ocidentais.

Tendo como objectivo garantir a correcção conceptual do referido questionário, ao mesmo encontrava-se anexada uma carta introdutória, na qual, para além de uma descrição sumária do estudo e dos respectivos objectivos, se encontrava a definição de DCNO (dor que, resultando de qualquer patologia não neoplásica, se mantém, de forma contínua ou recorrente, por três ou mais meses) e a indicação dos MOF's actualmente disponíveis, em farmácia de oficina, em Portugal (morfina, buprenorfina e fentanilo).

O supramencionado inquérito constava de uma pergunta inicial na qual os inquiridos classificavam a respectiva atitude (desfavorável [extremamente ou ligeiramente], neutra ou favorável [ligeiramente ou extremamente]) em relação à prescrição de MOF's para pacientes com DCNO de intensidade moderada a forte.

Seguiam-se duas perguntas, construídas em paralelo, nas quais os participantes atribuíam uma probabilidade relativa (improvável [extremamente ou ligeiramente], neutra ou provável [ligeiramente ou extremamente]) bem como uma avaliação pessoal (negativa [francamente ou ligeiramente], neutra ou positiva [ligeiramente ou francamente]) a cada um de sete itens apresentados. A construção em paralelo das questões em causa teve como objectivo o estudo das crenças e atitudes dos referidos inquiridos no que se refere à prescrição da categoria farmacológica acima enunciada.

Seguia-se uma pergunta na qual os respondentes classificavam a respectiva formação académica referente à prescrição de MOF's na abordagem da DCNO.

Por fim, era apresentado um caso clínico e feito um conjunto de perguntas a propósito do mesmo, o qual foi concebido para investigar as preocupações e as práticas dos diferentes clínicos, bem como para verificar a adequação das últimas ao actual estado da arte.

O questionário em causa foi então revisto por Especialistas em Anestesiologia com formação específica na área da dor (elementos da Consulta Externa da Unidade de Dor Crónica do Hospital de Santo António), de modo a identificar e corrigir possíveis erros de conteúdo, forma e/ou organização estrutural.

Construção das Variáveis

Sendo parte integrante de um estudo de maiores dimensões, um total de 14 questões (7 pares) foi utilizado para avaliar as atitudes dos clínicos inquiridos em relação à prescrição de MOF's para pacientes com DCNO.

As medidas de atitude (A_0) foram calculadas através da determinação de dois factores: as crenças comportamentais (c_i) dos clínicos inquiridos relativamente à supramencionada prescrição e a avaliação (a_i) que os mesmos fazem das possíveis consequências (quão positivas ou negativas) decorrentes das respectivas práticas de prescrição [1,2].

Desenvolveram-se então 7 pares de itens, considerando a crença comportamental em estudo e a avaliação da respectiva ocorrência (caso esta se verificasse), tendo os mesmos sido avaliados, usando as questões constantes do inquérito, através da aplicação de uma escala bipolar de cinco pontos (-2 a +2) [2,12,13].

Utilizando a estrutura da Teoria do Comportamento Planeado, o modelo do valor expectável ($A_0 = \sum c_i \times a_i$) faz uso de uma abordagem multiplicativa para calcular as atitudes dos clínicos questionados. A utilização da referida abordagem teve como objectivo a determinação do

grau com que cada um dos itens individuais (factores) considerados influenciou a atitude global dos inquiridos no que se refere à prescrição de MOF's para pacientes com DCNO. A abordagem em causa implicou o cálculo dos produtos cruzados ($c_i \times a_i$) referente a cada um dos 7 pares de itens utilizados no estudo. Por exemplo, se num determinado item o clínico considerasse ser extremamente provável a ocorrência de comportamentos aditivos aquando da prescrição de MOF's ($c_i = +2$) e francamente negativa a referida ocorrência ($a_i = -2$), então a respectiva atitude em relação à prescrição de MOF's, considerando este item (par) em particular, seria de -4, ou seja, extremamente desfavorável. Os sete pares de itens ($c_{1-7} \times a_{1-7}$) referentes a cada um dos participantes foram somados, sendo calculada a média do grupo de inquiridos de modo a determinar um score de atitudes global ($A_0 = \sum c_i \times a_i$, com um intervalo de valores possíveis de -28 a +28) [28].

Concomitantemente, a atitude dos diferentes clínicos inquiridos em relação à prescrição de MOF's para pacientes com DCNO de intensidade moderada a forte foi avaliada, de uma forma directa, através da pergunta inicial do inquérito, na qual era solicitado aos participantes que procedessem à classificação da respectiva atitude. As respostas obtidas foram então tratadas de uma forma dicotómica: os clínicos que classificaram a referida atitude como “extremamente desfavorável” ou “ligeiramente desfavorável” foram considerados como desfavoráveis à prescrição de MOF's, enquanto os que a classificaram como “ligeiramente favorável” ou “extremamente favorável” foram considerados como favoráveis à prescrição. As respostas referentes aos clínicos que se consideraram neutros em relação à utilização da terapêutica em causa não foram utilizadas na análise comparativa dos scores de atitudes.

Participantes no Estudo e Distribuição do Inquérito

Os dados utilizados na realização do presente estudo foram obtidos de CCSP's (Especialistas e Internos de Medicina Geral e Familiar bem como Clínicos Gerais) em exercício da respectiva actividade clínica e inscritos no 26º Encontro Nacional de Clínica Geral, sendo este último utilizado como plataforma para a distribuição e recolha do inquérito desenvolvido.

Análise Estatística

Os dados obtidos através do inquérito distribuído foram codificados e armazenados numa base de dados do programa de análise estatística Statistical Package for the Social Sciences – versão 17.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois).

Foram efectuadas análises estatísticas descritivas, utilizando distribuições de frequência, médias e desvios-padrão para caracterizar a população respondente e identificar e descrever tendências ou anomalias nos dados referentes a cada uma das variáveis em estudo.

O teste não paramétrico de Mann-Whitney foi utilizado com o objectivo de identificar a possível existência de diferenças nas respostas referentes a cada um dos 7 pares de itens em estudo, bem como aos respectivos scores e ao score total, entre o grupo de clínicos que se considerava favorável à prescrição de MOF's e aquele que, por sua vez, se mostrava desfavorável em relação à mesma ($p < 0.05$ foi considerado estatisticamente significativo).

RESULTADOS

Dos 350 inquéritos inicialmente distribuídos aos participantes no referido Encontro Nacional que cumpriam as premissas acima descritas, foram recolhidos 161. Entre estes encontravam-se 7 inquéritos não preenchidos, tendo então um total de 154 inquéritos sido considerado válido e inserido na base de dados utilizada no presente estudo, sendo pois a taxa de resposta de 44% (154/350).

Características Demográficas e Profissionais

A caracterização demográfica e profissional dos clínicos inquiridos encontra-se devidamente sumarizada na **Tabela 1**.

Tabela 1. Características demográficas e profissionais dos clínicos inquiridos

Variável	
Idade (anos)	
Média ($\pm$ DP)	44.50 ($\pm$ 11.08)
Valor mínimo	25
Valor máximo	60
Género	
Masculino	54 (35.1%)
Feminino	100 (64.9%)
Experiência clínica (anos)	
Média ($\pm$ DP)	18.97 ($\pm$ 11.12)
Valor mínimo	1
Valor máximo	33
Informação não disponível	8
Localização da prática clínica	
Meio urbano	82 (53.9%)
Meio suburbano	36 (23.7%)
Meio rural	34 (22.4%)
Informação não disponível	2
Número de pacientes com DCNO observados por semana	
Média ($\pm$ DP)	15.56 ($\pm$ 15.35)
Valor mínimo	1
Valor máximo	100
Informação não disponível	13

A análise dos resultados constantes na referida tabela demonstrou que 64.9% (100/154) dos inquiridos eram do género feminino, sendo a idade média ($\pm$ DP) dos mesmos de 44.50 anos ($\pm$ 11.08).

A maioria dos clínicos respondentes (53.9% [82/152]) referiu desenvolver a respectiva prática clínica em meio urbano, dividindo-se os restantes, quase igualmente, pelos meios suburbano (23.7% [36/152]) e rural (22.4% [34/152]).

Os profissionais inquiridos apresentavam, em média ($\pm$ DP), 18.97 ($\pm$ 11.12) anos (mediana, 23 anos) de experiência clínica e, segundo a respectiva estimativa, observavam, em média ($\pm$ DP), 15.56 ($\pm$ 15.35) pacientes (mediana, 10 pacientes) com DCNO por semana.

Atitude em Relação à Prescrição de MOF's para Pacientes com DCNO de Intensidade Moderada a Forte

As respostas dos clínicos inquiridos à questão inicial, referente à classificação da respectiva atitude em relação à prescrição de MOF's, encontram-se sintetizadas na **Tabela 2**. Cerca de dois terços dos inquiridos (66.9% [103/154]) classificaram a respectiva atitude como sendo favorável (ligeiramente favorável ou extremamente favorável); 27 dos respondentes (17.5%) afirmaram ser neutros, enquanto apenas 24 (15.6%) se classificavam como sendo desfavoráveis (extremamente desfavoráveis ou ligeiramente desfavoráveis) em relação à supramencionada prescrição.

Tabela 2. Atitude dos clínicos em relação à prescrição de MOF's para pacientes com DCNO de intensidade moderada a forte* (n = 154)

	Desfavorável (n = 24; 15.6%)			Favorável (n = 103; 66.9%)	
Classificação da atitude	Extremamente desfavorável	Ligeiramente desfavorável	Neutra	Ligeiramente favorável	Extremamente favorável
n (%) de respostas	9 (5.8)	15 (9.7)	27 (17.5)	66 (42.9)	37 (24.0)

*Em resposta à pergunta: "Como classifica a sua atitude em relação à prescrição de MOF's para pacientes com DCNO de intensidade moderada a forte?"

A frequência média e a distribuição de cada um dos itens referentes às crenças comportamentais, c_i , encontram-se devidamente sumarizadas (c_{1-7}) na **Tabela 3**.

A quase totalidade dos clínicos questionados (98.7% [147/149]) afirmou considerar ser provável (ligeiramente provável ou extremamente provável) a obtenção de um controlo efectivo da dor através da utilização de MOF's. Adicionalmente, a grande maioria dos mesmos (94.0% [140/149]) referiu também acreditar na efectividade da referida terapêutica na melhoria da qualidade de vida dos pacientes com DCNO.

Quando inquiridos sobre a ocorrência de comportamentos abusivos por parte dos pacientes, 43.2% (64/148) dos clínicos afirmaram ser provável o surgimento dos mesmos, enquanto 41.2% (61/148), por sua vez, consideravam ser pouco provável (extremamente improvável ou ligeiramente improvável) a referida ocorrência.

No que aos comportamentos de adição se refere, verificou-se uma distribuição semelhante à do item anterior, sendo que 43.2% (64/148) dos clínicos questionados afirmaram ser pouco provável a ocorrência dos mesmos, enquanto 39.2% (58/148) consideraram a referida ocorrência como sendo provável, prevalecendo pois, neste caso e contrariamente ao item anterior, as opiniões que davam como pouco provável o respectivo surgimento.

Parte considerável dos inquiridos (38.4% [56/146]) considerou ser provável sentir uma maior dificuldade na abordagem de pacientes com comorbilidades caso optasse pela prescrição de MOF's. A maioria dos profissionais questionados (60.8% [90/148]) classificou a ocorrência de depressão respiratória como sendo pouco provável aquando da utilização terapêutica de MOF's. Por fim, a diminuição do recurso aos serviços de saúde foi considerada provável pela maior parte dos inquiridos (55.4% [82/148]).

Na **Tabela 4** encontram-se devidamente sumarizadas (a_{1-7}) a frequência média e a distribuição da avaliação, a_i , dos clínicos em relação à possível ocorrência de cada um dos itens referentes às crenças comportamentais, a qual se constitui como um componente avaliador da respectiva atitude.

A quase totalidade dos clínicos participantes considerou ser positiva (ligeiramente positiva ou francamente positiva) tanto a obtenção de um controlo efectivo da dor (100% [137/137]) como de uma melhoria significativa da qualidade de vida dos pacientes (99.3% [136/137]).

A maioria dos profissionais questionados classificou como sendo negativa (francamente negativa ou ligeiramente negativa) a ocorrência de comportamentos abusivos (82.5% [113/137]) bem como de comportamentos de adição (79.6% [109/137]).

Quando confrontados com a possibilidade de virem a experienciar uma maior dificuldade na abordagem de pacientes com comorbilidades caso optassem pela prescrição de MOF's, 63.9% (85/133) dos respondentes avaliou o referido aumento de dificuldade como sendo negativo.

Quando inquiridos sobre a possível ocorrência de depressão respiratória aquando da utilização terapêutica de MOF's, a maioria dos inquiridos (84.6% [115/136]) considerou a mesma como sendo negativa.

Uma parte considerável dos inquiridos (54.0% [74/137]) considerou ser positiva a possível diminuição do recurso aos serviços de saúde, sendo que 21.2% (29/137) dos mesmos consideraram a referida diminuição como sendo negativa.

Na **Tabela 5** encontram-se sumarizados os valores médios dos scores de atitude compostos (produtos cruzados) referentes a cada um dos 7 pares de itens estudados, bem como a soma total dos mesmos, a qual é considerada como sendo representativa da atitude global.

Globalmente, e tendo em conta a premissa acima descrita, poderá dizer-se que os clínicos inquiridos evidenciaram uma atitude favorável (média [$\pm$ DP], 8.68 [$\pm$ 7.08]; intervalo de valores possível, - 28 a + 28) em relação à prescrição de MOF's para pacientes com DCNO de intensidade moderada a forte.

A análise dos dados obtidos demonstrou a existência de scores médios positivos em todos os itens considerados, indicando pois que os clínicos inquiridos apresentavam atitudes favoráveis em relação à prescrição de MOF's quando consideravam cada um dos referidos itens isoladamente. A atitude dos clínicos era particularmente favorável em relação à prescrição de MOF's quando os mesmos se referiam tanto à obtenção de um controlo efectivo da dor (média [$\pm$ DP], 3.02 ($\pm$ 1.37); intervalo de valores possível, - 4 a + 4) como à melhoria global da qualidade de vida dos pacientes (média [$\pm$ DP], 2.46 ($\pm$ 1.61); intervalo de valores possível, - 4 a + 4).

Os **Gráficos 1 a 3** ilustram as diferenças observadas nas crenças referentes à prescrição de MOF's entre os grupos de clínicos desfavoráveis à referida terapêutica e o de favoráveis à mesma.

Considerando, isoladamente, cada um dos itens referentes às crenças comportamentais (c_i), foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas médias respeitantes aos itens “melhoria da qualidade de vida do paciente”, “comportamentos abusivos” e “comportamentos de adição”. Por sua vez, a análise dos valores médios correspondentes à

avaliação (a_i) dos clínicos em relação à possível ocorrência de cada um dos itens anteriormente referidos, verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas apenas no item “melhoria da qualidade de vida do paciente”. A análise dos valores médios dos scores de atitude compostos ($c_i \times a_i$) relativos a cada um dos 7 pares de itens em estudo revelou a existência de diferenças significativas apenas no item “melhoria da qualidade de vida do paciente”. Por fim, a análise dos valores médios de score total (soma dos scores de atitude compostos) referente a cada um dos grupos de clínicos em consideração demonstrou a existência de uma diferença estatisticamente significativa, evidenciando os clínicos favoráveis atitudes, de facto, mais favoráveis (10.28 [$\pm$ 6.96]) em relação à prescrição de MOF's do que aqueles que se haviam considerado como desfavoráveis (6.48 [$\pm$ 8.04]) à mesma.

Tabela 3. Crenças comportamentais dos clínicos inquiridos em relação à prescrição de MOF's para pacientes com DCNO de intensidade moderada a forte*

Item	n de respostas	Média ($\pm$ DP)	Extremamente improvável	Ligeiramente improvável	Neutra	Ligeiramente provável	Extremamente provável
Controlo efectivo da dor	149	1.67 ($\pm$ 0.50)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1.3%)	45 (30.2%)	102 (68.5%)
Melhoria da qualidade de vida do paciente	149	1.44 ($\pm$ 0.70)	1 (0.7%)	2 (1.3%)	6 (4.0%)	62 (41.6%)	78 (52.3%)
Comportamentos abusivos	148	-0.02 ($\pm$ 1.28)	22 (14.9%)	39 (26.4%)	23 (15.5%)	48 (32.4%)	16 (10.8%)
Comportamentos de adição	148	-0.22 ($\pm$ 1.32)	37 (25.0%)	27 (18.2%)	26 (17.6%)	48 (32.4%)	10 (6.8%)
Maior dificuldade na abordagem de pacientes com comorbilidades	146	0.01 ($\pm$ 1.09)	15 (10.3%)	33 (22.6%)	42 (28.8%)	48 (32.9%)	8 (5.5%)
Depressão respiratória	148	-0.59 ($\pm$ 1.16)	37 (25.0%)	53 (35.8%)	22 (14.9%)	32 (21.6%)	4 (2.7%)
Diminuição do recurso aos serviços de saúde	148	0.48 ($\pm$ 1.15)	8 (5.4%)	25 (16.9%)	33 (22.3%)	52 (35.1%)	30 (20.3%)

*Em resposta à pergunta: “Caso prescrevesse MOF's a pacientes com DCNO de intensidade moderada a forte, quão provável acha que seria a ocorrência do seguinte?”. Escala: -2 = extremamente improvável a +2 = extremamente provável.

Tabela 4. Avaliação dos clínicos inquiridos em relação à possível ocorrência de cada um dos itens referentes às crenças comportamentais*

Item	n de respostas	Média ($\pm$ DP)	Francamente negativa	Ligeiramente negativa	Neutra	Ligeiramente positiva	Francamente positiva
Controlo efectivo da dor	137	1.71 ($\pm$ 0.46)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	40 (29.2%)	97 (70.8%)
Melhoria da qualidade de vida do paciente	137	1.58 ($\pm$ 0.51)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0.7%)	55 (40.1%)	81 (59.1%)
Comportamentos abusivos	137	-1.16 ($\pm$ 0.70)	46 (33.6%)	67 (48.9%)	24 (17.5%)	0 (0%)	0 (0%)
Comportamentos de adição	137	-1.14 ($\pm$ 0.73)	47 (34.3%)	62 (45.3%)	28 (20.4%)	0 (0%)	0 (0%)
Maior dificuldade na abordagem de pacientes com comorbilidades	133	-0.80 ($\pm$ 0.69)	21 (15.8%)	64 (48.1%)	48 (36.1%)	0 (0%)	0 (0%)
Depressão respiratória	136	-1.19 ($\pm$ 0.68)	47 (34.6%)	68 (50.0%)	21 (15.4%)	0 (0%)	0 (0%)
Diminuição do recurso aos serviços de saúde	137	0.58 ($\pm$ 1.24)	8 (5.8%)	21 (15.3%)	34 (24.8%)	31 (22.6%)	43 (31.4%)

*Em resposta à pergunta: “Caso prescrevesse MOF’s a pacientes com DCNO de intensidade moderada a forte, quão positiva ou negativa acha que seria a ocorrência de cada um dos seguintes?”. Escala: -2 = francamente negativa a +2 = francamente positiva.

Tabela 5. Score composto referente à atitude dos clínicos inquiridos*†

	n de respostas§	Intervalo de valores‡		Média (± DP)ℓ
		Valor mínimo	Valor máximo	
Controlo efectivo da dor	137	0	4	3.02 (± 1.37)
Melhoria da qualidade de vida do paciente	137	-4	4	2.46 (± 1.61)
Comportamentos abusivos	140	-4	4	0.16 (± 2.00)
Comportamentos de adição	140	-4	4	0.55 (± 2.06)
Maior dificuldade na abordagem de pacientes com comorbilidades	141	-4	4	0.14 (± 1.52)
Depressão respiratória	136	-2	4	0.99 (± 1.87)
Diminuição do recurso aos serviços de saúde	141	-4	4	1.28 (± 1.66)
Score composto de atitudeθ	134	-5	28	8.68 (± 7.08)

*Em resposta às perguntas referentes às crenças comportamentais, “Caso prescrevesse MOF’s a pacientes com DCNO de intensidade moderada a forte, quão provável acha que seria a ocorrência do seguinte?” e à avaliação que delas fazem os clínicos inquiridos, “Caso prescrevesse MOF’s a pacientes com DCNO de intensidade moderada a forte, quão positiva ou negativa acha que seria a ocorrência de cada um dos seguintes?”.

†Score = crença comportamental (c_i) x avaliação (a_i).

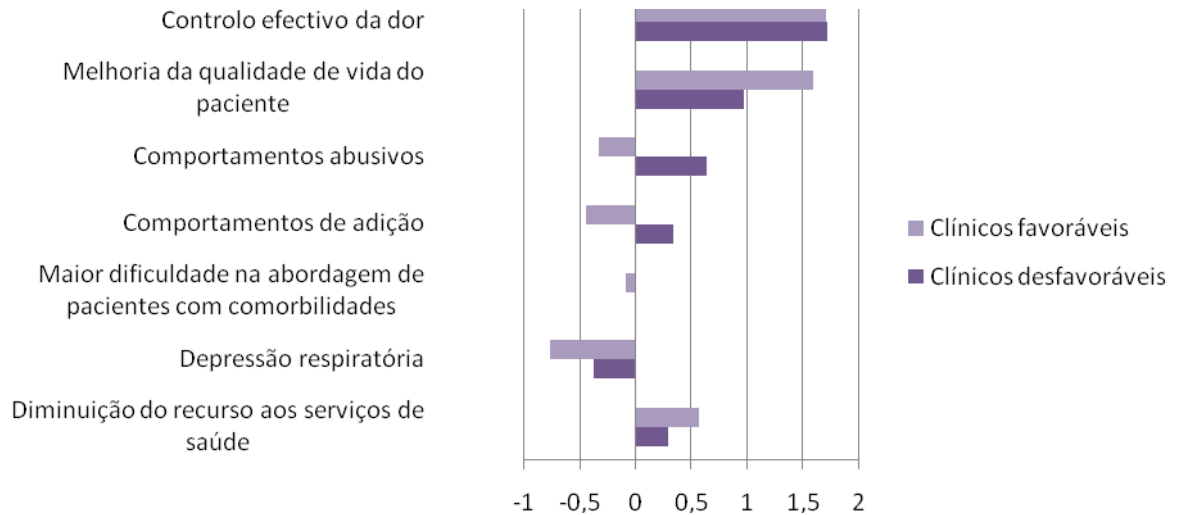
‡ Intervalo de valores possível para cada item, -4 a +4; intervalo de valores possível para o score composto, -28 a +28.

§ Número de respostas válidas utilizadas para calcular o score composto, n = 134.

ℓ Média (± DP) dos produtos cruzados referente a cada um dos itens em estudo.

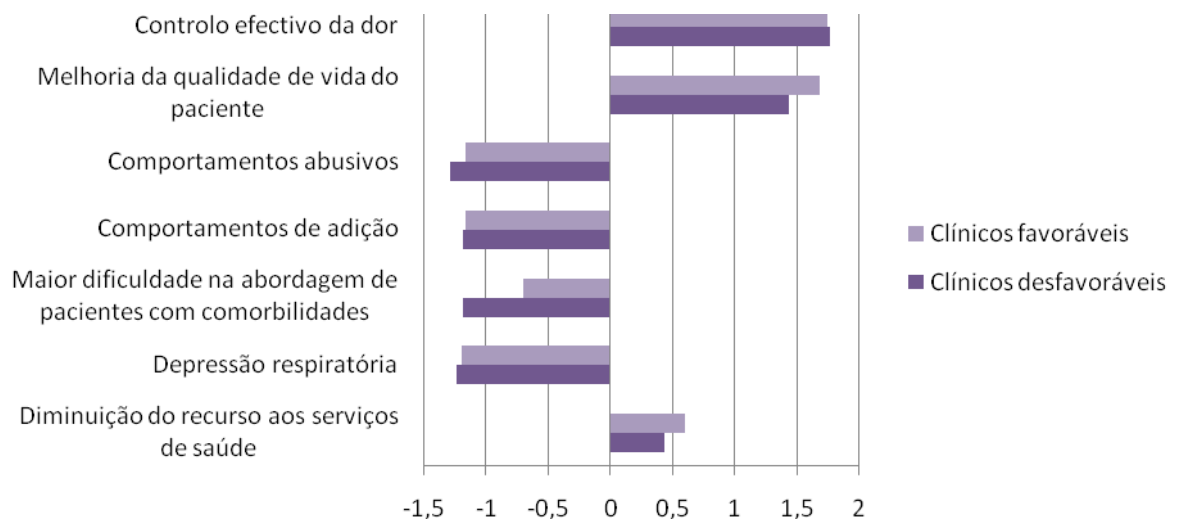
θ A soma total representa o score composto para as 7 atitudes baseadas em crenças em estudo ($[\text{soma de } c_1 \times a_1 \text{ a } c_7 \times a_7]/10$).

Gráfico 1. Crenças comportamentais dos clínicos favoráveis versus clínicos desfavoráveis*



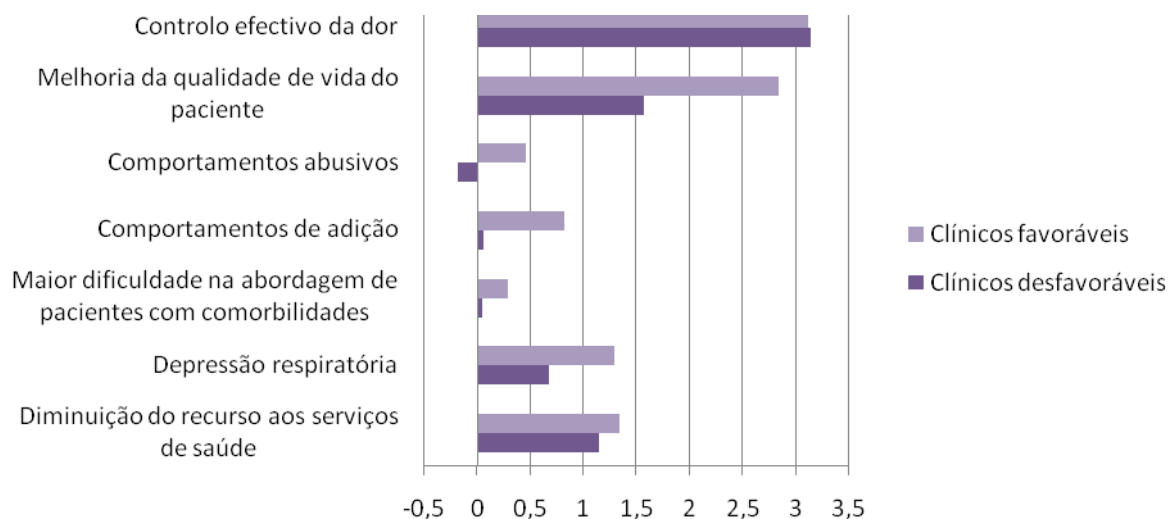
*Em resposta à pergunta: “Caso prescrevesse MOF’s a pacientes com DCNO de intensidade moderada a forte, quão provável acha que seria a ocorrência do seguinte?”. Os scores representados correspondem aos valores médios referentes a cada um dos itens. Escala: -2 = extremamente improvável a +2 = extremamente provável.

Gráfico 2. Avaliação dos clínicos favoráveis versus clínicos desfavoráveis em relação à possível ocorrência de cada um dos itens referentes às crenças comportamentais*



*Em resposta à pergunta: “Caso prescrevesse MOF’s a pacientes com DCNO de intensidade moderada a forte, quão positiva ou negativa acha que seria a ocorrência de cada um dos seguintes?”. Os scores representados correspondem aos valores médios referentes a cada um dos itens. Escala: -2 = francamente negativa a +2 = francamente positiva.

Gráfico 3. Score composto referente à atitude dos clínicos favoráveis versus clínicos desfavoráveis*



*Os scores traduzem o produto cruzado ($c_i \times a_i$) referente a cada um dos itens utilizados de modo a avaliar as atitudes dos clínicos inquiridos em relação à prescrição de MOF’s. Escala: -4 = extremamente desfavorável a +4 = extremamente favorável.

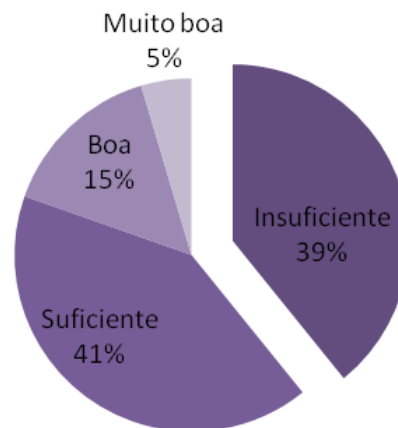
Classificação da Formação Referente à Prescrição de MOF’s na Abordagem da DCNO

A classificação atribuída pelos clínicos inquiridos à respectiva formação referente à prescrição de MOF’s na abordagem de pacientes com DCNO encontra-se devidamente sintetizada no **Gráfico 4**.

Uma parte considerável dos participantes (41.2% [63/153]) classificou a respectiva formação como sendo suficiente; parte igualmente significativa (39.2% [60/153]) considerou-a

insuficiente. Apenas 19.6% (30/153) dos inquiridos a classificaram como sendo boa ou muito boa.

Gráfico 4. Classificação da formação referente à prescrição de MOF's na abordagem de pacientes com DCNO*



*Em resposta à pergunta: “Como classifica a sua formação no que se refere à prescrição de MOF's na abordagem da DCNO?”

Caso Clínico

Opção Terapêutica

As opções terapêuticas assumidas pelos diferentes clínicos inquiridos, aquando da respectiva confrontação com o quadro clínico apresentado, encontram-se devidamente sumarizadas na **Tabela 7**. Assim se conclui que grande parte dos inquiridos (46.1% [65/141]) optaria pelo Tramadol; parte considerável dos respondentes (29.8% [42/141]) consideraria, por sua vez, a utilização de MOF's, isoladamente ou em associação com outros fármacos.

Tabela 7. Opção terapêutica*

Opção terapêutica	n (%) de respostas
Paracetamol	7 (5.0%)
AINE's	9 (6.4%)

Tramadol	65 (46.1%)
MOF's	36 (25.5%)
Paracetamol + AINE's	4 (2.8%)
Paracetamol + Tramadol	8 (5.7%)
Paracetamol + MOF's	1 (0.7%)
AINE's + Tramadol	6 (4.3%)
Tramadol + MOF's	5 (3.5%)
Não sabe/Não responde	13

*Em resposta à pergunta: "Perante o quadro clínico descrito, qual a alternativa terapêutica que consideraria?"

Objectivos Terapêuticos

Quando inquiridos sobre qual consideravam ser o objectivo terapêutico mais importante na abordagem do paciente descrito no caso clínico apresentado, a maioria dos participantes (60.1% [86/143]) identificou-o como sendo a obtenção de uma melhoria global da qualidade de vida. Parte considerável dos respondentes (30.8% [44/143]) atribuiu, por sua vez, maior relevância à diminuição da intensidade da dor. Um resumo dos resultados referentes a esta questão encontra-se devidamente estruturado na **Tabela 8**.

Tabela 8. Objectivos terapêuticos*

Objectivos terapêuticos	n (%) de respostas
Diminuição da intensidade da dor	44 (30.8%)
Aumento do grau de funcionalidade	3 (2.1%)
Melhoria da qualidade de vida	86 (60.1%)
Retoma da actividade laboral	8 (5.6%)
Diminuição da intensidade da dor + Aumento do grau de funcionalidade	2 (1.4%)
Informação não disponível	11

*Em resposta à pergunta: "Dos seguintes objectivos terapêuticos, qual considera ser o mais importante?"

Discussão

O presente estudo permitiu a obtenção de uma visão global da atitude dos CCSP's em relação à prescrição de MOF's para pacientes com DCNO de intensidade moderada a forte.

A maioria dos clínicos inquiridos (66.9% [103/154]) classificou a respectiva atitude como sendo favorável à prescrição de MOF's. Apenas 24 (15.6%) dos respondentes se classificavam como sendo desfavoráveis em relação à mesma. Este estudo, de forma semelhante aos estudos de Potter et al [31] e de Nwokeji et al [26], demonstrou pois a inexistência de consenso entre os CCSP's quanto à possível utilização deste tipo de analgésicos como opção terapêutica na abordagem da DCNO, sendo, no entanto, notória uma menor percentagem de clínicos desfavoráveis à mesma do que a encontrada nos estudos similares utilizados como referências comparativas.

O estudo em consideração não terá analisado muitos dos factores potencialmente envolvidos na determinação da atitude dos clínicos em relação à prescrição de MOF's.

Dos factores considerados, a possível ocorrência de comportamentos abusivos e/ou de adição foi identificada como sendo o principal obstáculo à prescrição de MOF's para pacientes com DCNO. A literatura entretanto publicada a propósito desta temática tem feito referência a uma maior probabilidade de comportamentos de adição (nomeadamente aquando do consumo de opióides) entre os pacientes com predisposição para os mesmos [8,11,16]. Contudo, existem poucas evidências sugerindo que a ocorrência desses comportamentos seja comum entre os pacientes com DC sem qualquer história prévia de adição [16,17,36,37,40].

Estes achados levantam a questão referente à consciência que os clínicos terão em relação à prevalência de comportamentos de adição entre os pacientes com DCNO aos quais são prescritos MOF's. Os resultados permitem também pôr em questão o nível de conhecimento dos clínicos inquiridos em relação ao conceito de adição e de outros conceitos intimamente relacionados, tais como os de dependência física, tolerância e pseudoadição [6,18,31,35,36].

A quase totalidade dos clínicos questionados (98.7% [147/149]) afirmou considerar ser provável a obtenção de um controlo efectivo da dor através da utilização de MOF's, crença esta que se encontra de facto devidamente fundamentada por estudos recentes [7,20,32] nos quais se demonstrou que os MOF's são efectivos no controlo sintomático da DCNO. Adicionalmente, a grande maioria dos mesmos (94.0% [140/149]) referiu também acreditar na efectividade da referida terapêutica na melhoria da qualidade de vida global dos

pacientes. No entanto, a probabilidade relativa atribuída à referida ocorrência foi de facto significativamente menor no grupo de clínicos desfavoráveis do que no grupo de clínicos favoráveis (média $[\pm DP]$, 0.96 $[\pm 0.86]$ vs 1.59 $[0.55]$; $p < 0.01$). Na verdade, não se poderá afirmar que as reservas evidenciadas a este propósito sejam de facto desprovidas de qualquer sentido. Apesar de investigações entretanto efectuadas [4,5,20,27,32,33] sugerirem que os MOF's podem proporcionar uma melhoria significativa da qualidade de vida global dos pacientes, os Especialistas nesta matéria concordam com a necessidade de obtenção de dados adicionais e baseados em evidências que fundamentem os possíveis benefícios que têm sido atribuídos à utilização terapêutica a longo prazo de MOF's (p.e., menos perturbações do sono, melhoria global do nível de funcionalidade física).

Crenças positivas (favoráveis) como as anteriormente enumeradas tiveram um impacto fundamental na determinação da atitude global dos clínicos em relação à terapêutica em consideração.

O presente estudo encontrou algumas diferenças consideráveis nas atitudes em relação à prescrição de MOF's entre os dois grupos de clínicos em comparação.

De acordo com o esperado, os clínicos que se assumiram como sendo desfavoráveis evidenciaram, de facto, atitudes menos favoráveis em relação à prescrição do que os clínicos que se classificaram como favoráveis. Foram, de facto, encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$) entre os dois grupos de clínicos considerados aquando da análise dos itens referentes às crenças comportamentais. O grupo de clínicos desfavoráveis atribuiu uma maior probabilidade relativa à possível ocorrência de comportamentos abusivos (média $[\pm DP]$, 0.63 $[\pm 1.38]$ vs - 0.33 $[\pm 1.16]$) e/ou de adição (média $[\pm DP]$, 0.33 $[\pm 1.55]$ vs - 0.45 $[\pm 1.28]$), a qual terá contribuído negativamente para a atitude global do grupo em causa.

Por fim, a análise dos valores médios de score total referentes a cada um dos grupos de clínicos considerados demonstrou a existência de uma diferença estatisticamente significativa ($P < 0.05$) entre os mesmos, evidenciando os clínicos favoráveis atitudes, de facto, mais favoráveis (média $[\pm DP]$, 10.28 $[\pm 6.96]$; intervalo de valores possível, -28 a +28) em relação à prescrição de MOF's do que aqueles que se haviam considerado como desfavoráveis (média $[\pm DP]$, 6.48 $[\pm 8.04]$; intervalo de valores possível, - 28 a + 28) à mesma. Os resultados descritos, sendo semelhantes aos obtidos por estudos similares [26],

tornam no entanto evidente uma atitude global aparentemente mais favorável do que a evidenciada nestes últimos.

No que à classificação da formação específica referente à prescrição de MOF's para pacientes com DCNO diz respeito, verificou-se que uma parte considerável dos participantes (41.2% [63/153]) a classificou como sendo suficiente; parte igualmente significativa (39.2% [60/153]) considerou a referida formação específica como insuficiente. Assim sendo, estes resultados vêm confirmar a existência de lacunas significativas ao nível da formação, as quais se encontram já consideradas no Programa Nacional de Controlo da Dor [9]. De resto, é feita referência a estratégias de intervenção (p.e., criação e divulgação junto dos profissionais de saúde de orientações técnicas sobre a utilização de opióides em pacientes com DCNO) e de formação (p.e., elaboração de uma proposta visando a obrigatoriedade de formação específica no Internato Complementar de Medicina Geral e Familiar) que visam a obtenção de competências específicas na abordagem diagnóstica e terapêutica da sintomatologia álgica em geral e da DCNO em particular.

Aquando da análise das opções terapêuticas assumidas pelos diferentes clínicos inquiridos, verificou-se que grande parte dos mesmos (46.1% [65/141]) optaria pelo Tramadol; parte considerável dos respondentes (29.8% [42/141]) consideraria, por sua vez, a utilização de MOF's, tanto isoladamente como em associação com outros fármacos. Estes resultados demonstram, contrariamente a investigações similares [24,31], uma clara aceitação e utilização dos opióides fracos por parte dos clínicos participantes na abordagem de pacientes com DCNO; adicionalmente, é também notória a existência de uma maior disponibilidade em relação à utilização de MOF's, bem como de um menor recurso a analgésicos não opióides (Paracetamol e AINE's).

Limitações do Estudo

O presente estudo apresenta, de facto, algumas limitações. À semelhança de muitos outros estudos utilizando inquéritos, o número limitado de clínicos participantes, e portanto constituintes da amostra analisada, faz com que os dados obtidos devam ser interpretados com alguma precaução.

Face à natureza exploratória do estudo em causa, deve ter-se em consideração que nem todos os factores que possivelmente influenciam a atitude dos clínicos foram devidamente identificados e/ou caracterizados.

Os achados do estudo são apenas generalizáveis ao grupo de clínicos inquirido; assim sendo, devem ter-se as devidas reservas aquando de uma possível extrapolação dos resultados obtidos para outros CCSP's.

É possível que um viés de selecção tenha influenciado os resultados obtidos neste estudo, decorrendo o mesmo da distribuição do inquérito a uma amostra de CCSP's obviamente limitada e determinada pela presença no Encontro Nacional anteriormente referenciado.

Adicionalmente, tratando-se este de um estudo com base na participação voluntária dos CCSPs, os resultados obtidos podem encontrar-se distorcidos, podendo pois não ser sequer representativos de todos os CCSPs presentes no referido Encontro.

Investigação Futura

À semelhança do que sucede com todas as investigações empíricas, verifica-se a necessidade de validar os achados do presente estudo em outros grupos de CCSP's.

Assim sendo, deverá ser desenvolvida investigação adicional de modo a determinar a possível generalização dos resultados a uma população representativa da comunidade de CCSP's actualmente em exercício em Portugal.

Uma vez que o objectivo do estudo em consideração foi o de analisar as atitudes dos CCSP's em relação à utilização terapêutica de MOF's, investigações posteriores poderão estudar a possível existência de diferenças entre estes e outros clínicos pertencentes a especialidades distintas nas quais seja também relevante a referida problemática (p.e., Medicina Interna e Anestesiologia).

Conclusão

Os resultados do presente estudo demonstram que esta amostra de CCSP's evidenciava uma atitude global moderadamente favorável em relação à prescrição de MOF's para pacientes com DCNO, embora a maioria dos clínicos se tenha classificado como sendo favorável à mesma.

Globalmente, os resultados deste estudo são compatíveis com os existentes na literatura consultada, sendo notória uma atitude global aparentemente mais favorável do que a evidenciada nos estudos similares utilizados como referência comparativa. De resto, menos de um quinto dos respondentes se considerou como sendo desfavorável em relação à prescrição de MOF's.

As atitudes dos clínicos que se consideravam desfavoráveis em relação à prescrição de MOF's encontravam-se negativamente influenciadas pelas preocupações referentes à possível ocorrência de comportamentos abusivos e/ou de adição. No entanto, a influência fortemente positiva decorrente do facto de a maioria dos referidos clínicos considerarem ser provável a obtenção de um controlo efectivo da dor e de uma melhoria da qualidade de vida global dos pacientes acabou por determinar, paradoxalmente, uma atitude ligeiramente favorável por parte deste grupo de clínicos.

Face ao interesse actual na obtenção de melhorias significativas no que se refere à abordagem da dor em pacientes com DCNO, torna-se necessária a realização de investigação adicional de modo a analisar de que modo as barreiras identificadas influenciam, de facto, a prescrição de analgésicos opióides. É particularmente relevante o papel que as estratégias educacionais podem assumir na desmistificação das crenças associadas às referidas barreiras.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Rui Manuel Cerqueira Magalhães (departamento de Estudo das Populações do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal) pela disponibilidade e apoio ao nível da análise estatística do presente estudo.

Ao Dr. José Manuel Soares Malheiro Romão (Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António, Porto, Portugal) pela disponibilidade demonstrada, pela revisão dos conteúdos científicos e pelo apoio logístico, sem os quais seria, de facto, impossível a concretização do estudo em causa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Ajzen I, Fishbein M. Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior. Englewood Cliffs, N J: Prentice-Hall; 1980.
- [2] Ajzen I. The Theory of Planned Behavior. In: Organizational Behavior and Human Decision Processes. New York, NY: Academic Press. Inc; 1991: 179-211.
- [3] Baumann T. Pain management. In: DiPiroJT, Talbert R, Yee G, et al, eds. Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach. 5th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2002:1103-1117.
- [4] Caldwell JR, Hale ME, Boyd RE, et al. Treatment of osteoarthritis pain with controlled release oxycodone or fixed combination oxycodone plus acetaminophen added to nonsteroidal antiinflammatory drugs: A double blind, randomized, multicenter, placebo controlled trial. J Rheumatol. 1999; 26:862-869.
- [5] Caldwell JR, Rapoport RJ, Davis JC, et al. Efficacy and safety of a oncedaily morphine formulation in chronic, moderate-to-severe osteoarthritis pain: Results from a randomized, placebo-controlled, double-blind trial and an open-label extension trial. J Pain Symptom Manage. 2002; 23: 278-291.
- [6] Clark M. Pain management: The benefits and risks of opioids [The Johns Hopkins Arthritis Center Web site]. <http://www.hopkins-arthritis.som.jhmi.edu/mngmnt/opioids.html>.
- [7] Davis MP, Varga J, Dickerson D, et al. Normal-release and controlled release oxycodone: Pharmacokinetics, pharmacodynamics, and controversy. Support Care Cancer. 2003;11:84-92.
- [8] Dickinson BD, Altman RD, Nielsen NH, Williams MA. Use of opioids to treat chronic noncancer pain. WestJ Med. 2000; 172:107-115.
- [9] Direção Geral da Saúde. Plano Nacional de Controlo da Dor. Circular Normativa Nº: 11/DSCS/DPCD de 18/06/08.
- [10] Fishbain DA, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Drug abuse, dependence, and addiction in chronic pain patients. ClinJ Pain. 1992; 8:77-85.
- [11] Fishbein M, Ajzen I. Belief, Attitude, Intention and Behavior."An Introduction to Theory and Research. Reading, Mass: Addison-Wesley; 1975.
- [12] Francis JE, Johnston M, Walker A et al. Constructing questionnaires based on the theory of planned behaviour: A manual for health services researchers. Newcastle upon Tyne, UK: Center for Health Services Research; May 2004.

- [13] Gallagher R. Opioids in chronic pain management: Navigating the clinical and regulatory challenges. *J Fam Pract.* 2004; 53 (Suppl 10):\$23-\$32.
- [14] Gardner-Nix J. Principles of opioid use in chronic noncancer pain. *CMAJ.* 2003; 169:38-43.
- [15] Gilron I, Bailey JM. Trends in opioid use for chronic neuropathic pain: A survey of patients pursuing enrollment in clinical trials. *Can J Anaesth.* 2003;50:42-47.
- [16] Glajchen M. Chronic pain: Treatment barriers and strategies for clinical practice. *J Am Board Fam Pract.* 2001; 14:211-218.
- [17] Gourlay DL, Heir HA, Passik SD. Exploring the misconceptions: Opioids in pain management. *Pharma Group*; September 2004.
- [18] Guidelines for the assessment and management of chronic pain. *WiscMedJ.* 2004; 103:13-42.
- [19] Hale ME, Fleischmann R, Salzman R, et al. Efficacy and safety of controlled-release versus immediate release oxycodone: Randomized, double-blind evaluation in patients with chronic back pain. *Clin J Pain.* 1999;15:179-183.
- [20] Harald Breivik, Beverly Collett, Vittorio Ventafridda, Rob Cohen, Derek Gallacher. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life and treatment. *European Journal of Pain.* 2006; 10:287-333.
- [21] Loeser JD. Economic implications of pain management. *Acta Anaesthesiol Scand.* 1999; 43:957-959.
- [22] Model policy for the use of controlled substances for the treatment of pain. *FSMB FoSMB*; 2003.
- [23] Morley-Forster PK, Clark AJ, Speechley M, Moulin DE. Attitudes toward opioid use for chronic pain: A Canadian physician survey. *Pain Res Manag.* 2003; 8:189-194.
- [24] National Pharmaceutical Council, Inc. Pain: Current understanding of assessment, management and treatments [monograph]. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; December 2001.
- [25] Nwokeji Esmond D., Rascati Karen L., Brown Carolyn M, Eisenberg Andrew. Influences of Attitudes on Family Physicians' Willingness to Prescribe Long-Acting Opioid Analgesics for Patients with Chronic Nonmalignant Pain. *Clin Ther.* 2007; 29:2589-2602.

- [26] Peat S, Sweet P, Miah Y, et al. Assessment of analgesia in human chronic pain. Randomized doubleblind crossover study of once daily repro-dose morphine versus MST continus. Eur J Clin Pkarmacol. 1999; 55:577-581.
- [27] Petty RE, Cacioppo JT. Attitudes and Persuasion--Classic and Contemporary Approaches. Dubuque, Iowa: W.C. Brown Co. Publishers; 1981.
- [28] Polit DF, Hungler BP. Nursing Research: Principles and Methods. 6th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott; 1995.
- [29] Portenoy RK. Current pharmacotherapy of chronic pain. J Pain Symptom Manage. 2000; 19(Suppl 1): 16-20.
- [30] Potter M, Schafer S, Gonzalez-Mendez E, et al. Opioids for chronic nonmalignant pain. Attitudes and practices of primary care physicians in the UCSF/Stanford Collaborative Research Network. University of California, San Francisco.J Fam Pract. 2001; 50:145-151.
- [31] Salzman RT, Roberts MS, Wild J, et al. Can a controlled-release oral dose form of oxycodone be used as readily as an immediate-release form for the purpose of titrating to stable pain control? J Pain Symptom Manage. 1999; 18:271-279.
- [32] Simpson RK Jr, Edmondson EA, Constant CF, Collier C. Transdermal fentanyl as treatment for chronic low back pain. J Pain Symptom Manage. 1997;14:218-224.
- [33] The American Pain Society (APS). Definitions related to the use of opioids for the treatment of pain [APS Website], <http://www.ampainsoc.org/advocacy/opioids2.htm>.
- [34] Turk DC, Brody MC, Okifuji EA. Physicians' attitudes and practices regarding the long-term prescribing of opioids for non-cancer pain. Pain. 1994;59:201-208.
- [35] Turk DC. Clinicians' attitudes about prolonged use of opioids and the issue of patient heterogeneity. J Pain Symptom Manage. 1996; 11:218-230.
- [36] Urban BJ, France RD, Steinberger EK, et al. Long-term use of narcotic/antidepressant medication in the management of phantom limb pain. Pain. 1986; 24:191-196.
- [37] Veterans Health Administration DoD. VA/DoD clinical practice guideline for the management of opioid therapy for chronic pain. Washington, DC: Veterans Health Administration, Department of Defense; March 2003.
- [38] Weinstein SM, Laux LF, ThornbyJJ, et al. Physicians' attitudes toward pain and the use of opioid analgesics: Results of a survey from the Texas Cancer Pain Initiative. South MedJ. 2000; 93:479-487.

- [39] Weissman DE, Joranson DE, Hopwood MB. Wisconsin physicians' knowledge and attitudes about opioid analgesic regulations. *WiscMedJ*. 1991; 90:671-675.
- [40] World Health Organization. Cancer, pain relief and palliative care. Geneva, Switzerland: WHO; 1990. Report No. 408.
- [41] Zagari MJ, Mazonson PD, Longton WC. Pharmacoeconomics of chronic nonmalignant pain. *Pharmacoeconomics*. 1996; 10:356-377.