

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP

Programa de Iniciação Científica

**CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE MÉDICOS E
ENFERMEIROS SOBRE O MANEJO DA DOR NO SERVIÇO DE
PRONTO-ATENDIMENTO**

**KNOWLEDGE AND PRACTICES OF DOCTORS AND NURSES ON
PAIN MANAGEMENT IN EMERGENCY CARE SERVICE**

Projeto de pesquisa apresentado ao
Programa de Iniciação Científica do IMIP
referente ao processo seletivo do edital
PIBIC/ 2016.

Autora:

Sandra Kátia Maciel Borba

Alunas colaboradoras:

Camila Viana Ximenes
Mariana Vasconcelos Braga Chaves
Larissa Tavares Corrêa Pinto

Orientadoras:

Flávia Augusta de Orange
Mirella Rebello Bezerra

Recife
Agosto de 2016

DADOS DOS ORIENTADORES

1. Flávia Augusta de Orange

Médica anestesiologista do IMIP e do Hospital das Clínicas da UFPE.

RG: 3374904/CPF: 81861575491

Telefone: (81) 98852-3842.

E-mail: orangeflavia@gmail.com

2. Mirella Rebello Bezerra

Médica geriatra do IMIP.

Telefone: (81) 99779-7777.

E-mail: mirella.rebello@gmail.com

DADOS DO ALUNO AUTOR

3. Sandra Kátia Maciel Borba

Estudante de medicina do 8º período da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

Endereço: Av. Boa Viagem, número 4160, apartamento 202.

Telefone: (81) 99155-6118.

E-mail: sandramacielborba@gmail.com

DADOS DOS ALUNOS COLABORADORES:

4. Camila Viana Ximenes

Estudante de medicina do 8º período da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

Telefone: (81) 98158-1700.

E-mail: camilax@outlook.com

5. Mariana Vasconcelos Braga Chaves

Estudante de medicina do 8º período da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

Telefone: (81) 99857-4281.

E-mail: marianavbc@hotmail.com

6. Larissa Tavares Corrêa Pinto

Estudante de medicina do 8º período da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

Telefone: (081) 99945-3539.

E-mail: larissatcp@gmail.com

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP Rua dos Coelhos, 300. Boa Vista.
Recife, PE, Brasil. CEP: 50.070-550.

RESUMO

Objetivos: Avaliar o conhecimento e atitudes dos médicos e enfermeiros do Serviço de Pronto-Atendimento (SPA) do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) sobre o manejo da dor. **Métodos:** Tratou-se de um estudo de corte transversal, em que 39 profissionais, médicos e enfermeiros do SPA do IMIP foram entrevistados. Calculou-se medidas descritivas como percentagem e proporções para as variáveis categóricas, e as variáveis numéricas foram expressas como médias e seus respectivos desvios padrão.

Resultados: A maioria dos entrevistados, 37 (94.87%), concorda totalmente que é importante controlar a dor do paciente, porém, apenas 12 (30.77%) costumam usar com frequência alguma escala para avaliar a dor. Em relação ao uso da morfina, 24 (61.54%) discordam parcialmente que esta deve ser sempre a última opção devido aos seus efeitos colaterais e apenas 15 (38.46%) discordam parcialmente que seu uso regular, ou de outros opioides, sempre levam à dependência física. **Conclusão:** Existem divergências conceituais entre os profissionais no referente ao uso regular da morfina ou, outros opioides, sempre levar a dependência física e destaca-se o déficit dos profissionais no manejo da dor, ao não usarem, regularmente, alguma escala para avaliá-la.

Palavras chaves: dor; urgência; câncer, cuidados paliativos.

RESUMO EXPANDIDO

Introdução: A dor é um fenômeno multifatorial e o câncer é uma das principais causas de dor crônica. Existem barreiras que prejudicam o controle do desconforto dos pacientes e se relacionam a três categorias: sistema, profissionais e pacientes. Os profissionais podem prejudicar o tratamento por falta de conhecimento e treinamento para manejo adequado da dor. Dessa forma, deficiências ainda persistem no manejo clínico. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento e atitudes dos médicos e enfermeiros do Serviço de Pronto-Atendimento (SPA) do IMIP sobre o manejo da dor. **Método:** Tratou-se de um estudo de corte transversal, com 39 profissionais, médicos e enfermeiros do SPA. As variáveis estudadas foram: características educacionais relacionadas ao manejo da dor (treinamento prévio e carga horária); conhecimento sobre estratégias de uso dos opioides (prescrições, efeitos colaterais, vias de administração, intervalos das doses, dependência física); atitudes do profissional diante do doente com dor. Posteriormente, entregou-se uma cartilha de manejo da dor para o auxílio na tomada de decisão. Calculou-se medidas descritivas para as variáveis categóricas, e as variáveis numéricas foram expressas como médias. Realizou-se análise bivariada comparando todas as variáveis categóricas e numéricas de acordo com a profissão e tempo de formado, utilizando o teste exato de Fisher, todavia não foi encontrada nenhuma diferença estatística significativa, sendo, portanto, não levado em consideração estes dados. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IMIP. **Resultados:** A maioria dos entrevistados, 37 (94.87%), concorda totalmente que é importante controlar a dor do paciente e refere que, muito frequentemente, 36 (92.31%) tentam oferecer alívio da dor. Quase metade, 18 (46.15%), discorda totalmente que o tratamento da dor pode ser deixado em segundo plano e afirma que concorda totalmente, 18 (46.15%), que essa medida leva a uma melhora no prognóstico. Apenas 12 (30.77%) costumam usar com frequência alguma escala para avaliar a dor. Em relação ao uso da morfina, 24 (61.54%) discordam parcialmente que esta deve ser sempre a última opção devido aos seus

efeitos colaterais, 19 (48.72%) discordam totalmente que ela deve estar reservada a pacientes terminais e 15 (38.46%) discordam parcialmente que seu uso regular, ou de outros opioides, sempre levam à dependência física. **Conclusão:** Existem divergências no referente ao uso regular da morfina ou outros opioides sempre levarem a dependência física e destaca-se o déficit dos profissionais no manejo da dor, ao não usarem, de forma regular, alguma escala para avaliá-la.

Palavras chaves: dor; urgência; câncer, cuidados paliativos.

ABSTRACT

Objectives: To assess the knowledge and attitudes of physicians and nurses in emergency care service (SPA) IMIP on pain management. **Methods:** This was a cross sectional study in which 39 professionals, doctors and IMIP Spa nurses were interviewed. We calculated descriptive measures as percentages and proportions for categorical variables, and numeric variables were expressed as means and their respective standard deviations. **Results:** Most respondents, 37 (94.87%) strongly agree that it is important to control the patient's pain, however, only 12 (30.77%) often use often some scale to assess pain. Regarding the use of morphine, 24 (61.54%) disagree partly that it should always be the last option due to its side effects and only 15 (38.46%) disagree in part to their regular use, or other opioids, always lead to addiction physical. **Conclusion:** There are conceptual differences between the professionals with regard to the regular use of morphine or other opioids, always lead to physical dependence and highlight the shortage of professionals in the management of pain, do not use regularly, some scale to evaluate it.

Key words: pain; urgency; cancer, palliative care.

INTRODUÇÃO

A dor, derivada do latim *dolor*, pode ser definida como um sintoma ou uma experiência sensitiva emocional desagradável associada a um dano tecidual presente ou potencial ou relacionado a tal dano, sendo, portanto, uma experiência subjetiva e multidimensional¹. É um fenômeno multifatorial, e o câncer é uma das principais causas de dor crônica².

Globalmente, os dados disponíveis indicam que mais de 100 milhões de pacientes sofrem de dor crônica^{1,2}, e aproximadamente 63% procuram atendimento médico na atenção primária³. A dor corresponde ainda a 12% de todas as prescrições médicas no mundo⁴. Apesar de frequente em qualquer nível de assistência, observa-se um despreparo no seu manejo por parte dos profissionais de saúde, permanecendo seu tratamento, muitas vezes, inadequado⁵⁻⁷.

A dor crônica é classificada pela Commission of Acute Pain in Elderly People, como aquela que dura mais que três meses⁴. Acomete frequentemente pacientes com doenças oncológicas, sendo ainda mais negligenciada, quando 80% desses pacientes morrem sofrendo de dores intensas³.

Apesar da importância do seu tratamento, estudos internacionais e nacionais apontam que é subdiagnosticada, mal avaliada, subtratada e, algumas vezes, negligenciada⁸. O manejo da dor, segundo o algoritmo criado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), continua sendo inadequado, resultando sucesso em somente 75% dos casos⁹⁻¹¹. Há barreiras que prejudicam o controle efetivo do desconforto dos pacientes¹², sendo divididas em três categorias: sistema, profissionais e pacientes.

O sistema apresenta barreiras relacionadas à disponibilidade e acessibilidade medicamentosa, principalmente os opioides, e às normas rígidas para evitar abuso às drogas. Os profissionais podem atuar de forma a prejudicar o tratamento devido à falta de conhecimento e treinamento para o manejo adequado da dor e incapacidade de prescrever morfina, devido às restrições impostas a eles, por exemplo, bem como o fato de alguns acreditarem que este

tratamento pode acobertar sintomas e prejudicar o diagnóstico da doença de base. As barreiras relacionadas aos pacientes se dividem em relutância em reportar a dor e a aversão ao uso de opioides, pelos mitos relacionados a esse tipo de fármaco. A relutância se dá por medo do julgamento dos profissionais, como também por acreditarem na premissa de que a “dor é um sintoma natural do câncer e não pode ser eliminada” e considerarem um sinal de doença progressiva e de morte iminente¹³.

Apesar de avanços, a falta de treinamento teórico e prático sobre o uso de analgésicos, entre os profissionais de saúde, representa uma barreira ao progresso do alívio da dor nesses pacientes¹⁴. Diante disso, e acreditando-se que a dor é um problema de saúde urgente, que requer atenção imediata, a OMS declarou a dor oncológica como uma emergência médica mundial. A instituição determinou que divulgar conhecimentos sobre essa questão, almejando máximo alívio, por meio do uso de analgésicos ou terapias intervencionistas, são atitudes indispensáveis no tratamento adequado do paciente oncológico¹⁵.

Desse modo, deficiências ainda persistem no manejo clínico da dor, sendo a submedicação daqueles com dor crônica, associada com doenças malignas, um ponto importante a ser debatido, pois representa um empecilho ao progresso do seu alívio. Baseado no acima exposto, este estudo teve como objetivo avaliar conhecimentos e atitudes dos médicos e enfermeiros do SPA do IMIP sobre o manejo da dor.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo corte transversal, realizado no período entre outubro de 2015 a julho 2016, para avaliar conhecimentos e atitudes de médicos e enfermeiros do SPA do IMIP em relação ao manejo da dor. O SPA é uma unidade do complexo hospitalar IMIP destinado ao atendimento de pacientes com intercorrências clínicas nas áreas de abrangências dos serviços

clínicos e cirúrgicos da instituição. O projeto foi aprovado pelo CEP do IMIP sob o CAE 44934515.1.0000.5201.

Para fins da realização deste estudo, optou-se por uma amostra de conveniência não probabilística de todos dos médicos e enfermeiros do SPA do IMIP. Assim, foram entrevistados 39 profissionais e excluídos da pesquisa aqueles que estavam ausentes por motivo de troca de plantão, férias ou afastados do serviço por qualquer outra justificativa durante o período de coleta. Os médicos e enfermeiros do SPA foram entrevistados após aprovação e liberação pelo chefe do setor, em cada dia e turno de plantão. Foram incluídos no estudo após concordarem em participar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ao término, os voluntários receberam uma cartilha explicativa, desenvolvida pelos pesquisadores, contendo orientações sobre a avaliação e tratamento da dor.

As variáveis estudadas foram: características educacionais relacionadas ao manejo da dor (treinamento prévio e carga horária); conhecimento sobre estratégias para o manejo da dor (conceitos básicos relacionados a prescrições de opioides, efeitos colaterais devido ao uso de morfina, vias de administração e intervalos das doses dos opioides, dependência física gerada com uso regular de morfina e outros opioides e mitos sobre o uso regular dessas drogas); atitudes do profissional. Esta questão foi dimensionada por meio de afirmativas que abordaram principalmente questões sobre o comportamento habitual adotado, frente a um paciente com dor e diante da necessidade de prescrição de morfina e outros opioides.

Os conhecimentos e atitudes do profissional foram avaliados utilizando-se a escala Likert com cinco opções do tipo “concordo totalmente”, “concordo parcialmente”, “indiferente”, “discordo parcialmente” e “discordo totalmente”, ou do tipo “muito frequentemente”, “frequentemente”, “de vez em quando”, “raramente” e “nunca”.

Os dados foram coletados por meio de um protocolo estruturado e padronizado para cada profissional envolvido na pesquisa. O questionário aplicado continha perguntas diretas

sobre conhecimentos e atitudes sobre o tratamento da dor, além de questões sobre as variáveis de caracterização sociodemográficas e profissionais.

Ao final do estudo, com o objetivo de ajudar no manejo da dor e adequar a conduta profissional frente a um paciente com dor, foi disponibilizado um dispositivo de auxílio (cartilha/em anexo) para servir como instrumento de consulta e treinamento dos médicos e enfermeiros do serviço. A cartilha da dor foi uma iniciativa do grupo de Educação Continuada em Cuidados Paliativos do IMIP, com financiamento do Ministério da Saúde – PRONON. Foi produzida baseada nas melhores evidências disponíveis e seguindo as recomendações da OMS e as recomendações do Ministério da Saúde em seu documento “Dor como quinto sinal vital”.

Análise Estatística

A análise foi realizada utilizando o programa STATA e o programa MedCalc 11.6.1.0. Calculou-se medidas descritivas como percentagem e proporções para as variáveis categóricas, e as variáveis numéricas foram expressas como médias e seus respectivos desvios padrão. Realizou-se a análise bivariada comparando todas as variáveis categóricas e numéricas de acordo com a profissão (médico ou enfermeiro) e tempo de formado, utilizando o teste exato de Fisher (pelo fato de os valores encontrados terem sido menores que cinco). Todavia, não foi encontrada nenhuma diferença estatística significativa, sendo, portanto, descrita apenas a análise descritiva. Adotou-se o nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Dos 39 profissionais entrevistados, 25 (64.10%) eram do sexo feminino. Sobre a categoria de trabalho, 28 (71.79%) eram médicos e 11 (28.21%) enfermeiros, com tempo médio de formado era de 3.53 ± 4.1 anos, sendo que nenhum deles havia realizado algum tipo de treinamento específico na área de dor. Os entrevistados possuíam idade entre 29.51 ± 7.19 anos.

Alguns dados demográficos relacionados ao sexo, profissão, idade e anos de formado, podem ser observados na Tabela 1.

O resultado obtido após a análise comparativa permitiu concluir que não houve diferença significativa quanto às respostas dos grupos. Os entrevistados não divergiram na composição da profissão, nem no número de anos desde a formação acadêmica. Isso sugere que não há divergências quanto à visão dos médicos e enfermeiros do SPA do IMIP em relação ao tratamento da dor.

A maioria dos entrevistados, 37 (94.87%), concordou totalmente que é importante controlar a dor do paciente e referiu que, muito frequentemente, 36 (92.31%) tentam oferecer de alguma forma alívio da dor (Tabelas 2 e 3). Quase metade, 18 (46.15%), discorda totalmente que o seu tratamento pode ser deixado em segundo plano, mesmo em pacientes graves e afirma que concorda totalmente, que essa medida leva a uma melhora no prognóstico. Apenas 15 (38.46%) concordam parcialmente que seus conhecimentos sobre o processo da dor são adequados e concordam totalmente que as suas crenças e conhecimentos sobre a dor podem afetar a qualidade dos cuidados que prestam (Tabela 2).

Na avaliação das atitudes dos profissionais frente ao doente com dor, pode-se concluir pelas respostas que 21 (53.85%) empenham-se muito frequentemente para compreender o que o paciente está sentindo. Dos entrevistados, 20 (51.28%) fazem com frequência a avaliação da dor procurando considerar a análise do próprio doente. Apenas 12 (30.77%) costumam usar também, com frequência, alguma escala para avaliar se o paciente sente dor (Tabela 3).

Grande parte, 19 (48.72%), discorda totalmente que a medicação para a dor deve ser prescrita apenas por especialista. Do total de entrevistados, 24 (61.54%) discordam parcialmente que a dor oncológica deve ser sempre tratada com medicação por via parenteral e 13 (33.33%) também discordam parcialmente que os opioides devem ser administrados em intervalos fixos, dependendo da presença ou ausência de dor. Além disso, 15 (38.46%)

discordam parcialmente que opioides tem efeito teto e 17 (43.59%) também discordam parcialmente com a afirmação de que opioides devem ser evitados pelo risco de depressão respiratória (Tabelas 2 e 4).

Em relação ao uso da morfina, 24 (61.54%) discordam parcialmente que esta deve ser sempre a última opção devido aos seus efeitos colaterais. Observou-se que 19 (48.72%) discordaram totalmente que morfina deve estar reservada a pacientes terminais e 15 (38.46%) discordaram parcialmente que uso regular da morfina ou outros opioides sempre leva a dependência física (Tabela 4).

DISCUSSÃO

A dor acomete 60 a 80% dos pacientes com câncer. Diante disso, a OMS declarou a dor associada ao câncer uma Emergência Médica Mundial¹⁶ e a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor a descrevem como o quinto sinal vital, devendo ser avaliada e registrada¹⁷. De acordo com os resultados da pesquisa, verificou-se que a sua significância é considerada por quase todos profissionais da pesquisa, pois 37 (94.87%) concordaram totalmente que o seu controle é importante diante de um paciente com queixa. Entretanto, 18 (46.15%) discordaram totalmente que, diante de uma doença grave como o câncer, a dor poderia ser deixada como segundo plano no tratamento. Isso leva a concluir que o tratamento dor, sob a visão desses profissionais, é imprescindível, mas para alguns não é de tanta urgência.

A pesquisa revelou que quase a totalidade dos entrevistados, 37 (94.87%), concorda totalmente que o tratamento da dor diminui o sofrimento do paciente, além do que 18 (46.15%) concordam totalmente e 12 (30.77%) concordam apenas parcialmente na melhora do prognóstico do paciente, devido ao seu alívio. A dor, de fato, é um fator determinante de sofrimento em relação a várias doenças, incluindo o câncer, onde pode causar até mais

sofrimento que a própria expectativa da morte¹⁵. O câncer por si só já implica na perda de energia e saúde, e a dor não aliviada gera ansiedade e sintomas depressivos, agravando tais perdas e prejudicando as funções cognitivas, as atividades diárias e sociais e o sono, ¹⁸.

O controle da dor é uma das preocupações mais presentes no dia a dia do profissional que trabalha com paciente oncológico¹⁹. No entanto, estudos e a observação da prática clínica mostram que nem todos profissionais atuam em concordância no seu manejo, sugerindo déficits de conhecimento e crenças inadequadas sobre dor crônica²⁰. Em um estudo realizado em Centros de Dor da cidade de São Paulo, foram avaliados 75 profissionais, a maioria médicos (58.7%), indicou que 29 (39%) dos entrevistados apresentaram dúvidas a respeito da habilidade pessoal em controlá-la²⁰. Esses dados corroboram com os encontrados no presente estudo, em que, apesar de 36 (92.31%) relatarem que muito frequentemente tentam de alguma forma oferecer alívio da dor para o paciente, apenas 4 (10.26%) concordaram totalmente que seus conhecimentos sobre o processo da dor são adequados e 13 (33.33%) indicaram, ainda, opinião não formada a respeito. Isso demonstra dúvidas quanto à suficiência de seus conhecimentos no tratamento da dor.

De acordo com os resultados da pesquisa, na abordagem ao doente com dor, 21 (53.85%) referiram que, muito frequentemente, têm sensibilidade e empenham-se sempre para compreender o que o paciente está sentindo. Além disso, 16 (41.03%) dizem que muito frequentemente fazem a avaliação da dor solicitando e procurando considerar a avaliação do próprio doente. Isso contrasta com o fato de 7 (17.95 %) e 9 (23.08%), afirmarem usar apenas de vez em quando ou raramente, respectivamente, alguma escala para avaliar se o paciente a sente.

Em um estudo realizado pelo Grupo de Pesquisa sobre a Dor da Universidade de Wisconsin a avaliação deficiente da dor foi considerada, pelos médicos, como a barreira mais importante para o seu manejo adequado⁶. Outro estudo, que contou com 188 profissionais, com

44% desses atuantes no Pronto Socorro, constatou, de acordo com suas considerações que a falta de tempo é o principal empecilho na avaliação adequada da dor e 82.4% não utilizavam a escala numérica ao avaliá-la. Dessa forma, a falta de tempo por parte do profissional, o não uso de escalas de mensuração, além da linguagem utilizada ao questionar a dor, muitas vezes, técnica e de difícil entendimento pelo paciente, são fatores considerados limitantes para a sua avaliação¹⁷.

Na medida que 15 (38.46%) entrevistados concordam totalmente que suas crenças e conhecimentos sobre a dor podem afetar a qualidade dos cuidados em que prestam, se mostram de acordo com a literatura, a qual afirma que o conhecimento e as crenças dos profissionais de saúde interferem no diagnóstico que fazem e no tratamento que administram.²⁰

Em relação a opinião de médicos e enfermeiros em relação ao uso dos opioides, pôde-se constatar que 24 (61.54%) e 10 (25.64%) estavam certos ao discordarem parcialmente e discordarem totalmente, respectivamente, quando perguntados sobre a afirmação de que a dor de origem oncológica sempre deve ser tratada com medicação parenteral. Em contrapartida, 9 (23.08%) entrevistados concordam parcialmente que os opioides não devem ser administradas a intervalos fixos de tempo, contra 13 (33.33%) que divergem discordando totalmente dessa afirmação. Comparando esses resultados com os encontrados na literatura, estudiosos constataram em um estudo sobre o conhecimento sobre dor e seu controle, que uma proporção significativa de médicos e acadêmicos (52.0%) disseram prescrever analgésicos apenas quando necessário e não de forma regular²¹. Esses dados, possivelmente, indicam a pouca compreensão dos profissionais para as situações em que a dor é um evento frequente e esperado.

Os profissionais temem o uso dos opioides pelo medo do vício e depressão respiratória, julgam que a dor é acompanhante natural do processo e que seu controle é difícil ou não é prioritário²². Em contrapartida, no nosso estudo, quando os participantes foram indagados sobre o fato de que se deveria evitar o uso de opioides devido ao risco de depressão respiratória,

grande parte, 17 (43.59%), discordou parcialmente com tal afirmativa, porém ainda 8 (20.51%) não tiveram opinião formada a respeito. Um ponto bem divergente neste estudo foi sobre o efeito teto dos opioides, pois enquanto 9 (23.08%) concordaram parcialmente que os opioides apresentam efeito teto, não devendo ultrapassar determinadas doses, outros 15 (38.46%) discordaram parcialmente de tal assertiva. Talvez essa divergência seja justificada pelas informações que são encontradas na literatura, em que apesar de opioides fortes, como a morfina, não terem efeito teto, sendo o limite da dose dado pelo aparecimento de efeitos intoleráveis, os opioides fracos são limitados por um efeito teto, no qual acima de determinada dose não há mais potencialização do efeito analgésico²³.

A morfina tem certo estigma, o que causa receio em seu uso, tanto em profissionais de saúde, quanto nos familiares. Estes medos são infundados, pois com o conhecimento da droga e seu uso criterioso, há mínimas complicações. A dependência psicológica ocorre raramente (4 casos/12000) e a dependência física é uma propriedade das drogas opiáceas, que não é importante clinicamente, desde que os pacientes sejam instruídos a não descontinuar a medicação abruptamente. A depressão respiratória não ocorre quando a droga é titulada para o alívio da dor. É válido lembrar que morfina não produz excesso de sedação, exceto nos poucos primeiros dias de tratamento²⁴.

Dessa forma, foi pertinente analisar as crenças dos profissionais de saúde quanto ao uso da morfina. Constatou-se que boa parte dos entrevistados, 19 (48.72%), discorda totalmente e 17 (43.59%) discorda apenas parcialmente que esta droga deve ser reservada a pacientes terminais, enquanto 61.54% apenas discordaram parcialmente contra nenhum que discordou totalmente que a morfina deve ser sempre a última opção devido aos seus efeitos colaterais. Isso demonstra insegurança em relação a essa última afirmação. O resultado mais conflitante em relação morfina ocorreu quando questionou se o uso regular deste ou outros opioides sempre leva à dependência física. Tal abordagem pareceu dividir as opiniões, pois enquanto 15

(38.46%) discordaram parcialmente, 8 (20.51%) concordaram parcialmente, demonstrando que alguns mitos em relação ao uso desse opioide ainda prevalecem no meio de profissionais da saúde.

Aspectos importantes a serem considerados em relação a barreiras profissionais existentes, que contribuem para o inadequado manejo da queixa dolorosa, resultam de outros fatores, além dos já citados. Os profissionais não indagam sistematicamente sobre a existência de dor, pois desconhecem a alta frequência com que os quadros álgicos acometem os doentes; não valorizam os aspectos devastadores da dor sobre a vida do indivíduo; acreditam que o doente toma a iniciativa de reportar-lhes a queixa; atribuem a queixa álgica a aspectos emocionais como depressão e necessidade de ganho secundário (maior atenção, benefícios sociais, entre outros) sem rever, na maioria das vezes, o esquema analgésico em uso; não conhecem a fisiopatologia e os métodos de avaliação da dor e não utilizam instrumentos padronizados para a interpretação do sintoma álgico²⁵.

Destaca-se que uma comparação entre os médicos e enfermeiros não apresentou diferença estatística significativa nos conhecimentos e atitudes sobre a dor. Isso indica que variáveis como profissão, sexo, idade e tempo de experiência profissional (medida através do ano de conclusão do curso) não influenciam nos conhecimentos e atitudes de profissionais. Esta avaliação merece ser considerada com cautela, uma vez que desde que o pequeno tamanho amostral pode estar influenciando nos resultados. Assim, o estudo de um número maior de profissionais, poderia apresentar um resultado diferente.

O estudo foi realizado no SPA do IMIP, serviço de referência para atendimento de emergência, de pacientes oncológicos, que são acompanhados ambulatoriamente nesse mesmo hospital. Isso pode justificar alguns achados, como uma familiaridade e menor receio em alguns quesitos sobre o uso de opioides. Houve algumas limitações no seguimento da pesquisa, exemplificadas pela dificuldade de localização das profissionais no serviço de pronto-

atendimento, devido ao elevado índice de troca de plantões entre os profissionais e pela complexidade em abordá-los durante o expediente de uma emergência movimentada.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir, por meio do estudo, que diversas são as razões do não controle da dor do doente. Existem divergências conceituais entre os profissionais no referente ao uso regular da morfina, ou outros opioides, sempre levar à dependência física e destaca-se o déficit dos profissionais no manejo da dor, ao não usarem, de forma regular, alguma escala para avaliá-la.

Percebe-se, pela análise dos dados da pesquisa, que o manejo da dor com analgésicos opioides, por parte de médicos e enfermeiros, revelou, em alguns pontos, uma falta de uniformidade nas respostas, dividindo a opinião do grupo pesquisado. Assim, deve-se considerar importante a orientação e educação, dos profissionais, sobre os diferentes métodos de dor e seu controle, utilização de analgésicos, bem como a instrução sobre o valor de uma avaliação adequada da dor para garantir um controle eficaz do processo algico.

REFERÊNCIAS

1. Geoffrey H, Nathan I, Nicholas C, Marie F. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 4 ed; 2010.
2. Korzeniowka K, Szalek E. Ból. Modern pharmacology 2010; 3: 9 – 10.
3. Cardoso MGM. Classificação, fisiopatologia e avaliação da dor. In: Carvalho RT, Parsons HA. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2a ed. São Paulo: ANCP; 2012. 113 - 122.
4. Temporal Michael T. Pain treatment. In: Rosenthal T, Naughton B, Williams M. Geriatrics. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2009.
5. Daut RL, Cleeland CS. The prevalence and severity of pain in cancer. Cancer 1982; 50:1913-1918.
6. Von Roenn JH, Cleeland CS, Gonin R. Physicians attitudes and practice in cancer pain management. Ann Intern Med. 1993; 119:121-126.
7. Ripamonti C, Dickerson D. Strategies for the Treatment of Cancer Pain in the New Millennium. Drugs. 2001; 61(7): 955-977.
8. Ribeiro SB, Felix CP, Ribeiro JB, Felix MS, Barroso SM, Oliveira LF. Dor nas unidades de internação de um hospital universitário. Ver. Bras. Anestesiol. [Intranet]. 2012; 62(5): 605-611.

9. Ripamonti CI, Santini D, Maranzano E. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol.* 2002; 23: 139 – 54.
10. Liang SY, Wang TJ, Wu SF. Gender differences associates with pain characteristics and treatment in Taiwanese oncology outpatients. *Asian Pac J Center Prev.* 2003; 14: 4077 – 82.
11. Zech DF, Grond S, Lynch J, Hertel D, Lehmann KA. Validation of World Health Organization Guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. *Pain.* 1995; 63: 65 – 76.
12. Ward SE, Goldberg N, Miller-McCauley V. Patient-related barriers to management of cancer pain. *Pain.* 1993; 52: 319 – 24.
13. Colak D, Oguz A, Yazilitas D, Imamoglu IG, Altinbas M. Morphine: patient knowledge and attitudes in the central anatolia part of Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2014;15(12):4983-8.
14. The Integrated Approach to the Management of Pain. NIH Consens Statement Online 1986 May Online 19-21;6(3):1-8.
15. Nedel, D.N.; Felin, F.D.; Felin, I.D.; Muller, G.H.; Nunes, T.F.; Fernandes, E.L.;. Dor Oncológica: Emergência Médica Mundial. In: II Congresso Brasileiro de Medicina Hospitalar - II CBMH [= Blucher Medical Proceedings, vol.1, num.5] São Paulo: Editora Blucher, 2014. p.29.

16. Rangel O, Telles C. Tratamento da dor oncológica em cuidados paliativos. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2012; 11(2):32-37.
17. do Nascimento, Leonel Alves, and Maria Clara Giorio Dutra Kreling. "Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem." *Acta Paul Enferm* 24.1 (2011): 50-4.
18. Miceli, Ana Valéria Paranhos. "Dor crônica e subjetividade em oncologia." *Revista Brasileira de Cancerologia* 48.3 (2002): 363-373.
19. Recco, Daiene C., Cintia B. Luiz, and Maria H. Pinto. "O cuidado prestado ao paciente portador de doença oncológica: na visão de um grupo de enfermeiras de um hospital de grande porte do interior do estado de São Paulo." *Arq cienc saude* 12.2 (2005): 85-90.
20. Garcia, Dayse Maioli. *Crenças de profissionais de centros de dor sobre dor crônica*. Diss. Universidade de São Paulo, 2006.
21. Calil, Ana Maria, and Cibele Andruccioli de Mattos Pimenta. "Conceitos de enfermeiros e médicos de um serviço de emergência sobre dor e analgesia no trauma." *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 39.3 (2005): 325-332.
22. Garcia, Dayse Maioli, and Cibele Andruccioli de Mattos Pimenta. "Validação do inventário de atitudes frente a dor crônica-profissionais." *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 41.4 (2007): 636-644.

23. Hernnermann Krause L. Aspectos práticos da prescrição de analgésicos na dor do câncer. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2012;11(2):38-39.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. - Rio de Janeiro: INCA, 2001. 124p.
25. de Mattos Pimenta, Cibele Andruccioli, Maria Sumie Koizumi, and Manoel Jacobsen Teixeira. "Dor no doente com câncer: características e controle." *Revista Brasileira de Cancerologia* 43.1 (1997).

TABELAS

Tabela 1 – Características Gerais dos Participantes

| Variável | |
|-------------------------------------|--------------|
| Sexo (N/%) | |
| Masculino | 14 (35.9) |
| Feminino | 25 (64.10) |
| Profissão (N/%) | |
| Médico | 28 (71.79) |
| Enfermeiro | 11 (28.21) |
| Idade (Média/DP) | |
| | 29.51 (7.19) |
| Tempo de Formação (Média/DP) | |
| | 3.53 (4.1) |

N - número de pacientes; % - percentual de pacientes

Tabela 2 - Conhecimentos de Médicos e Enfermeiros em relação à dor

| Questionamentos | Concordo Totalmente | Concordo Parcialmente | Nem Concordo e Nem Discordo | Discordo Parcialmente | Discordo Totalmente |
|---|---------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------|
| | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) |
| Você acha importante controlar a dor do paciente? | 37 (94.87) | 2 (5.13) | - | - | - |
| Se você precisar tratar um paciente com doença grave, você acha que a dor pode ser deixada para um segundo plano? | - | 2 (5.13) | 2 (5.13) | 17 (43.59) | 18 (46.15) |
| Você acredita que o tratamento da dor melhora o prognóstico do paciente? | 18 (46.15) | 12 (30.77) | 6(15.38) | 2 (5.13) | 1 (2.56) |
| Você acredita que o tratamento da dor diminui o sofrimento do paciente? | 37 (94.87) | 1 (2.56) | - | - | 1 (2.56) |
| Você considera que seus conhecimentos sobre o processo da dor são adequados? | 4 (10.26) | 15 (38.46) | 13 (33.33) | 7 (17.95) | - |
| Você tem consciência de que as suas crenças e conhecimentos sobre a dor podem afetar a qualidade dos cuidados que presta? | 15 (38.46) | 15 (38.46) | 1 (2.56) | 7 (17.95) | 1 (2.56) |
| A medicação para a dor deve ser prescrita apenas por especialista? | - | 1 (2.56) | 1 (2.56) | 18 (46.15) | 19 (48.72) |

Tabela 3- Atitudes de Médicos e Enfermeiros em relação à dor

| | Muito Frequentemente | Frequentemente | De vez em Quando | Raramente | Nunca |
|--|----------------------|----------------|------------------|-----------|-------|
| Questionamentos | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) |
| Você tenta de alguma forma oferecer alívio da dor para o paciente? | 36 (92.31) | 3 (7.69) | - | - | - |
| Na abordagem ao doente com dor, tem sensibilidade e empenha-se sempre para compreender o que o paciente está sentindo? | 21 (53.85) | 18 (46.15) | - | - | - |
| Faz sempre a avaliação da dor solicitando e procurando considerar a avaliação do próprio doente? | 16 (41.03) | 20 (51.28) | 1 (2.56) | 2 (5.13) | - |
| Você costuma usar alguma escala para avaliar se o paciente sente dor? | 11 (28.21) | 12 (30.77) | 7 (17.95) | 9 (23.08) | - |

Tabela 4 – Conhecimentos de Médicos e Enfermeiros em relação a opioides

| Questionamentos | Concordo Totalmente | Concordo Parcialmente | Nem Concordo e Nem Discordo | Discordo Parcialmente | Discordo Totalmente |
|---|---------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------|
| | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) |
| Morfina deve ser sempre a última opção devido aos seus efeitos colaterais? | - | 5 (12.82) | 10 (25.64) | 24 (61.54) | - |
| A morfina deve estar reservada a pacientes terminais? | 1 (2.56) | 1 (2.56) | 1 (2.56) | 17 (43.59) | 19 (48.72) |
| O uso regular da morfina ou outros opioides sempre leva a dependência física? | 3 (7.69) | 8 (20.51) | 5 (12.82) | 15 (38.46) | 8 (20.51) |
| Quando a dor é de origem oncológica sempre deve ser tratada com medicação parenteral? | 3 (7.69) | - | 2 (5.13) | 24 (61.54) | 10 (25.64) |
| Opioides não devem ser administradas a intervalos fixos de tempo, pois dependem da presença ou ausência de dor? | - | 9 (23.08) | 4 (10.26) | 13 (33.33) | 13 (33.33) |
| Opioides tem efeito teto, e, portanto, não se deve ultrapassar determinadas doses? | 2 (5.13) | 9 (23.08) | 5 (12.82) | 15 (38.46) | 8 (20.51) |
| Opioides devem ser evitados pelo risco de depressão respiratória? | 1 (2.56) | 5 (12.82) | 8 (20.51) | 17 (43.59) | 8 (20.51) |

ANEXO I



*Cuidados
Paliativos*



TRATAMENTO DA DOR

CARTILHA DO PROFISSIONAL



*TRATAMENTO DA DOR:
UM CUIDADO QUE NÃO SE PODE NEGLIGENCIAR.*

CHECK LIST

✦ INÍCIO

- Quando
- Súbito
- Progressivo

✦ INTENSIDADE

- 1 a 4 = LEVE: Não há limitação de atividades diárias;
- 5 a 6 = MODERADA: dificuldade nas funções normais;
- 7 a 10 = INTENSA: atividades limitadas; sofrimento físico e mental.

✦ LOCALIZAÇÃO

✦ IRRADIAÇÃO

✦ FREQUÊNCIA

✦ FATORES DE AGRAVAMENTO E ALÍVIO

✦ PROGRESSÃO

- Constante - Autolimitada - Intermitente

✦ QUALIFICAÇÕES

*Nociceptiva

Somática:

- Localização precisa
- Piora ao movimento

Visceral:

- Opressiva
- Cólica
- Referida
- Sintomas autonômicos

*Neuropática

- Queimação
- Formigamento
- Agulhada
- Choques
- Sensação de calor/frio
- Sensibilidade anormal

✦ IMPACTOS

- Emocional - Espiritual - Físico - Socioeconômico

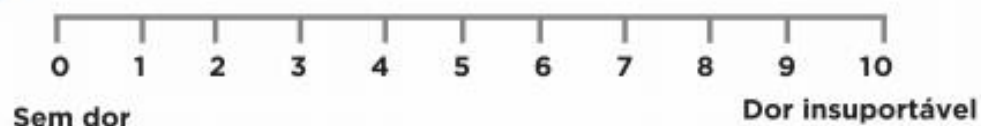
✦ MEDICAÇÃO UTILIZADA E SEUS RESULTADOS

AVALIAÇÃO

O primeiro passo para o tratamento adequado da dor é sua correta avaliação e a falta de sistematização neste momento frequentemente leva a um sub-tratamento.

ESCALAS NUMÉRICAS E VISUAIS ANALÓGICAS DA INTENSIDADE DA DOR

ESCALAS NUMÉRICAS DE 1 A 10



ESCALAS DE DESCRITORES VERBAIS

Sem dor - Dor leve - Dor moderada - Dor intensa - Dor insuportável

ESCALAS VISUAL ANALÓGICA



ESCALAS DE FACES WONG BAKER



PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA O TRATAMENTO DA DOR

- 1. Pela boca:** Sempre que possível, a via oral deve ser a via de escolha para a medicação.
- 2. Pelo relógio:** As doses prescritas devem ser administradas a intervalos fixos de tempo, independente da presença ou ausência de dor, oferecendo-se ainda, no caso dos opioides, a dose de resgate, em caso de dor episódica ou incidental.
- 3. Pela escada (Figura 1):** Respeitar a hierarquia das drogas analgésicas, prescritas de acordo com a escala proposta pela OMS.
- 4. Para o indivíduo:** Respeitar a subjetividades das necessidades individuais, devendo a dosagem de escolha estar de acordo com as características da dor do paciente.
- 5. Uso de adjuvantes:** Usar os adjuvantes com intuito de aumentar a analgesia e controlar os sintomas e efeitos adversos.
- 6. Atenção aos detalhes:** Instruir o paciente sobre os nomes dos medicamentos, indicação, dosagem, intervalos e possíveis efeitos colaterais.

DEGRAU 1 (Dor leve)

ANALGÉSICOS NÃO OPIÓIDES (TABELA 1), ASSOCIAR OU NÃO ADJUVANTES (TABELA 2 E 3)

DEGRAU 2 (Dor moderada)

OPIÓIDES FRACOS (TABELA 4)
ANALGÉSICOS NÃO OPIÓIDES (TABELA 1)
ASSOCIAR OU NÃO ADJUVANTES (TABELA 2 E 3)

DEGRAU 3 (Dor Intensa)

OPIÓIDES FORTES (TABELA 4)
ANALGÉSICOS NÃO OPIÓIDES (TABELA 1)
ASSOCIAR OU NÃO ADJUVANTES (TABELA 2 E 3)

DROGAS ADJUVANTES

TABELA DE DOSAGENS

Tabela 1. Analgésicos Não Opióides

| Nomes Farmacológicos | Posologia | Dose Máxima | Apresentações Comerciais |
|----------------------|---|----------------------|--|
| Acetaminofeno | 500 mg de 4/4hs | 2.000 a 4.000 mg/dia | Tylenol, Paracetamol comp 500 e 750 mg; gotas de 200 e 100 mg/ml |
| Dipirona | 500 a 1000 mg a cada 6hs | 6.000 mg/dia | Dipirona e Novalgina comp 500 mg e 1g |
| Aspirina | 300 a 1000 mg a cada 4/6 hs | 4.000 mg/dia | ASS comp 100 e 500 mg Somalgim comp 100 e 325mg |
| Cetorolaco | 10 a 30mg de 6-8 hs | 120 mg/dia | Toragesic comp 10mg - SL ou VO |
| Ibuprofeno | 400 - 800 mg de 8/8 hs | 2.400 mg/dia | Ibuprofeno comp 600 mg Ibuprofeno gotas 50 e 100 mg/ml |
| Cetoprofeno | 50 a 100 mg de 8/8 hs ou 4 em 4hs | 300 mg/dia | Profenid caps 50 mg Profenid retard 200 mg Bi-profenid (liberação lenta) comp 150 mg Cetoprofeno caps 50 mg |
| Diclofenaco | 50 a 75 mg de 8/8 hs | 200 mg/dia | Cataflan drág 50 mg; susp fr. 120 ml; supos de 12,75 e 75 mg; sol injetável 75 mg; Voltaren comp 50 mg; Voltaren Retard comp 100 mg; Voltaren SR 75 comp 75 mg; supos 50 mg; amp 3 ml com 75 mg (IM) |
| Ácido mefenâmico | 250 a 500 mg de 8/8 hs | 1500 mg/dia | Ponstan comp 500 mg |
| Piroxicam | 20 mg a cada 12 ou 24 hs | 40 mg/dia | Feldene cáps 10 e 20 mg; comp de dissolução instantânea 20 mg; supos 20 mg; amp 40 mg/2 ml (IM) Piroxicam cáps 10 e 20 mg |
| Meloxicam | 7,5 a 15 mg | 15 mg/dia | Movatec comp 7,5 e 15 mg; amp 15 mg/1,5 ml (IM); Melotec comp 7,5 e 15 mg |
| Tenoxicam | 20 mg a cada 12 ou 24 hs | 40 mg/dia | Tilatil comp 20 mg Tenoxicam comp 20 mg; fr-amp 20 e 40 mg (IV ou IM) |
| Nimesulida | 50 a 100 de 12/12 hs | 400 mg/dia | Nisulid comp e comp dispersível 100 mg; gts 50 mg/ml; granulado 100 mg; susp oral 10 mg/ml; supos 50 e 100 mg; Scaflam comp 100 mg; granulado 100 mg; supos 100 mg; susp 50 mg/5 ml |
| Celecoxibe | 100 a 200 mg de 12/12 hs | 800 mg/dia | Celebra cáps 100 e 200 mg |
| Etoricoxibe | 60 a 120 mg de 24/24 hs | 120 mg/dia | Arcoxia comp 60 e 90 mg |
| Parecoxibe | 20 a 40 mg a cada 12 a 24 hs, por 5 dias, no máximo | 80 mg/dia | Bextra fr-amp 40 mg (IV/IM) |

Tabela 2. Adjuvantes - Antidepressivos

| Classe | Nomes farmacológicos | Doses usuais | Efeitos colaterais mais comuns | Apresentações comerciais |
|---|--|--|---|---|
| Antidepressivos tricíclicos | Imipramina Amitriptilina Nortriptilina | Iniciar com doses menores (20 a 25 mg) e aumentar até o efeito desejado. | boca seca, retenção urinaria, constipação e delirium, sedação e hipotensão ortostática. | Imipramina: Tofranil: drágeas de 10-25mg; Tofranil pamoato: caps. de 75 e 150 mg; Imipra: Comp. de 25 mg. Amitriptilina: Amytril: comp. de 25mg; Tryptanol: comp. de 25 e 75 mg. Nortriptilina: Pamelor: caps de 10,25,50,75 mg; Solução oral fr. de 2mg/ml |
| Inibidores seletivos da recaptação de serotonina | Fluoxetina Paroxetina Citalopram Escitalopram Sertralina | Iniciam com 20mg(usual com 40 mg). Exceção: sertralina na dose de 100mg | Nausea, boca seca, sonolência, sudorese, tremor, distúrbios da ejaculação, constipação, cefaleia e astenia. | Fluoxetina: Prozac: caps. de 20 mg, fr. de 20mg/5 ml, comp. de 20 mg, caps. de 90 mg de liberação retardada; Dafarin: caps. de 10-20mg, gts de 20 mg/ml Paroxetina: Aropax: comp. de 20 mg; Roxetin: comp de 20-30 mg. Citalopram: Cipramil e Proci-max: comp. de 20 e 40 mg; Danyl: comp. de 20 mg. Escitalopram: Lexapro: comp de 10 mg. Sertralina : Zoloft: comp. de 50 e 100mg; Tolrest: comp. de 25,50, 75 e 100 mg |
| Inibidores da recaptação de serotonina e da noradrenalina | Venlafaxina Duoxetina Mirtazapina | Doses variam de 15 a 150 m. | Boca seca, insônia, nervosismo, tremores, náuseas, vômitos, distúrbios ejaculatórios, sudorese, astenia e visão turva | Venlafaxina: Efexor XR: comp de 37,5mg, caps. de 75 e 150 mg; Venlift OD: caps. de 75 e 150 mg (doses usuais de 75 a 225mg/dia, no máximo). Duoxetina: Cymbalta: Caps. de 60mg (doses usuais de 60-120 mg/dia) |

Tabela 3. Adjuvantes - Anticonvulsivantes

| Anticonvulsivantes | Doses diárias | Efeitos colaterais mais comum | Efeitos colaterais mais comum Apresentações comerciais (mais usadas) |
|--------------------|--|---|--|
| carbamazepina | 300 a 1200 mg | Tontura, náusea, vômitos, sonolência e ataxia, rash cutâneo, alteração da função hepática, etc. | Tegretol: comp. de 200 e 400mg; susp. A 2% (fr. de 100 ml) Tegretol CR Divitabs: comp. de 200 e 400 mg Tegretard: comp. de 200 e 400 mg |
| Acido valproico | 900 a 1200 mg iniciar com 500 mg | Tontura, sedação, aumento de peso, queda de cabelo, tremor, hipotensão, alterações gastrointestinais e inibição da agregação plaquetaria | Depakene: comp. de 0,5 e 2 mg; comp. SL de 0,25 mg; gts de 2,5 mg/mL (1gt=0,1mg) Clopan: comp. de 0,5 e 2 mg |
| Gabapentina | 900 a 1800 mg Iniciar com 300 mg | Sedação, sonolencia, fadiga, vomito, ataxia, aumento de peso, nistagmo, boca seca, erupção cutânea, alteração da potencia sexual, constipação, etc. | Neurontin e Progresse: caps. de 300 e 400 mg |
| Pregabalina | 75 a 600 mg Iniciar com 75 mg, 2x/ dia | Tontura, sonolência, aumento do apetite, confusão, desorientação, irritabilidade, humor eufórico, diminuição da libido, disfunção erétil, insônia, transtornos de equilíbrio, distúrbios de atenção e de memória, tremores, sedação, letargia, diplopia, visão turva, vertigem, edema periférico, sensação de embriaguez e fadiga | Lyrica: caps de 75 e 150 mg |

Tabela 4 - Tabela de Doses Equianalgésicas de Opióides - Cedida e autorizada pelo Instituto Paliar

| | | Tabela de Equipotência Analgésica entre opióides e passos para sua utilização | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|---|---------------|-----------------|----------|-------------|-------------|-------------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--|--|--|--|--|
| | | Medicamento | Tempo de Ação | Doses unitárias | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FRACO | Codina oral 4 h | 30 mg | 45 mg | 60 mg | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Tramadol parenteral SC ou IV intermitente | 30 mg | 75 mg | 100 mg | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Tramadol parenteral contínuo | 200 mg | 500 mg | 400 mg | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Tramadol oral | 25 mg | 37,5 mg | 50 mg | 75 mg | 100 mg | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 6 h | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FORTE | Morfina oral de ação rápida | | 2,5 mg | 5 mg | 10 mg | 15 mg | 20 mg | 30 mg | 40 mg | 60 mg | 75 mg | 90 mg | 120 mg | 150 mg | 180 mg | | | | | | |
| | Morfina oral de longa duração | 12 h | | | 30 mg | 60 mg | 90 mg | 120 mg | 180 mg | 240 mg | 270 mg | 360 mg | 540 mg | | | | | | | | |
| | Morfina parenteral/SC intermitente | 4 h | 1 mg | 2 mg | 3 mg | 5 mg | 7 mg | 10 mg | 15 mg | 20 mg | 30 mg | 40 mg | 60 mg | 80 mg | | | | | | | |
| | Morfina parenteral/IV ou SC contínuo | 24 h | 10 mg | 15 mg | 20 mg | 30 mg | 40 mg | 60 mg | 80 mg | 120 mg | 150 mg | 180 mg | 240 mg | 300 mg | 360 mg | | | | | | |
| | Oxycodona oral | 12 h | | 10 mg | 10 mg | 20 mg | 30 mg | 40 mg | 60 mg | 80 mg | 120 mg | 140 mg | 180 mg | 240 mg | 280 mg | | | | | | |
| | Fentanil transdérmico/adesivo (50 mcg/h) | 72 h | | 25 mcg/h | 25 mcg/h | 25 mcg/h | 25 mcg/h | 25 mcg/h | 50 mcg/h | 75 mcg/h | 100 mcg/h | 125 mcg/h | 150 mcg/h | 200 mcg/h | 250 mcg/h | 300 mcg/h | | | | | |
| | Fentanil transdérmico adesivo (25 mcg/h) | 72 h | | | | 12-25 mcg/h | 12-25 mcg/h | 12-25 mcg/h | 50 mcg/h | 75 mcg/h | 100 mcg/h | 125 mcg/h | 150 mcg/h | 200 mcg/h | 250 mcg/h | 300 mcg/h | | | | | |
| | | 72 h | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

FLUXOGRAMA PARA AUXÍLIO NA TOMADA DE DECISÃO EM CASO DE DORES MODERADAS A SEVERA

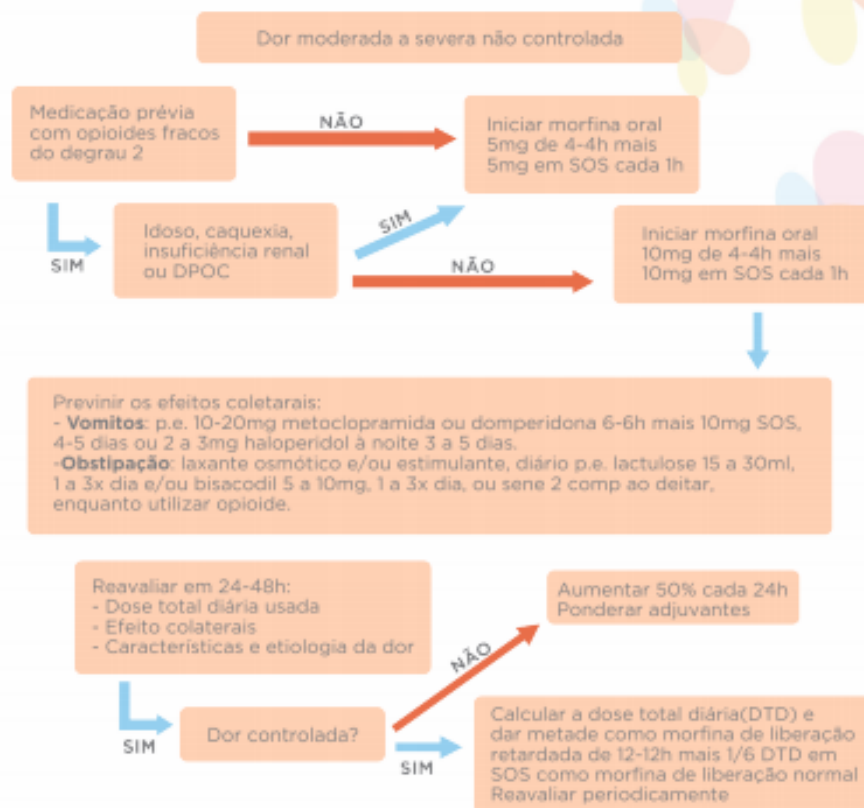


Figura 5 - Fluxograma da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, 2007

METADONA

- ✦ ESPECIAL ATENÇÃO DEVE SER DADA A ESTA DROGA
- ✦ INÍCIO DE AÇÃO DEMORADO, POR ISTO APENAS INTRODUZIDO APÓS CONTROLE DA DOR COM MORFINA
- ✦ MEIA VIDA LONGA
- ✦ ESPECIALMENTE IMPORTANTE NA DOR NEUROPÁTICA PELA SUA AÇÃO NOS RECEPTORES NMDA
- ✦ PARA CONVERSÃO DE MORFINA A METADONA, VER TABELA 5

Tabela 5. Conversão de Morfina a Metadona

| Dose Diária de Morfina | Fator de conversão | 1o dia | 2o dia | 3o dia |
|------------------------|--------------------|--|---|---|
| < 100mg | 3 | Diminui a dose da morfina um terço e inicia a metadona na dose de um terço | Reduz a dose da morfina em outro terço e passa a tomar dois terços da dose final desejada de metadona | Interrompe-se a morfina e passa a metadona para a dose final desejada |
| 101 a 300 | 5 | | | |
| 301 a 600 | 10 | | | |
| 601 a 800 | 12 | | | |
| 801 a 1000 | 15 | | | |
| > 1000 | 20 | | | |

ROTAÇÃO DE OPIOIDES

Consiste na substituição de um opioide por outro de mesma potência, utilizando uma tabela de equivalência analgésica para obter melhor resposta analgésica (ver tabela 3), e menos efeitos adversos.

A rotação de opioides está indicada nas seguintes situações:

- Analgesia insuficiente, apesar do aumento de doses;
- Efeitos adversos intoleráveis, mesmo com dor controlada (mioclonia, constipação, náuseas, vômitos, disforia, delirium e sedação excessiva);
- Neurotoxicidade;
- Pouca resposta ao opioide de primeira linha;
- Inabilidade para tolerar a dose efetiva;
- Quando se ultrapassa a dose máxima permitida para cada fármaco (para codeína é 360mg e para o Tramadol é 600mg);
- Inabilidade para engolir (incluindo pacientes em nutrição parenteral total);
- Necessidade de vias alternativas para administração da medicação (pacientes com alteração de fluxo sanguíneo periférico e com pouca absorção de medicações transdérmicas);
- Redução do custo do tratamento;
- Não aceitação do fármaco pelo paciente;
- Impossibilidade de alcançar concentração sanguínea adequada;
- Quadro clínico de hiperalgesia.

MITOS E VERDADES SOBRE O USO DE OPIÓIDES

MITO “USO REGULAR DE OPIOIDES LEVA SEMPRE À DEPENDÊNCIA E AO ABUSO”

Verdade “a situação de toxicod dependência está descrita em menos de 1:10.000, e, praticamente, não existem casos descritos em indivíduos sem prévia”

MITO “MORFINA DEVE SER USADA APENAS EM PACIENTES TERMINAIS, POIS SEU USO SIGNIFICA MORTE EMINENTE”

Verdade “a terapêutica analgésica deve ser prescrita logo que o doente tem dor e, preferivelmente, sempre que nós antecipamos que a dor pode surgir”

MITO “DOR ONCOLÓGICA DEVE SEMPRE SER TRATADA POR VIA PARENTAL”

Verdade “A administração oral de opióides é tão eficaz como parentérica. Acontece que, após administração oral, cerca de dois terços da dose oral são rapidamente metabolizados a nível hepático e assim o efeito equianalgésico necessita de doses totais superiores”

VOCÊ SABIA?

Cerca de 70 a 90% dos pacientes com câncer sofrerão de dor crônica, 70% dos pacientes reclamam de uma dor moderada, enquanto 30% consideram a dor como intensa. O sintoma de dor está presente em 30 a 50% dos pacientes, na época do diagnóstico, e em 85% dos pacientes com doença oncológica avançada. A OMS afirma que, se devidamente tratados, mais de 90% terão suas dores controladas.



ELABORADORES

FLÁVIA ORANGE
MIRELLA REBELLO
JUREMA TELLES
CAMILA VIANA XIMENES
MARIANA VASCONCELOS
LARISSA TAVARES
SANDRA MACIEL

Informações com a equipe do
NATI-ONCO,
www.imip.com.br/pronon
pronon.educacao@imip.org.br
(81) 2122.4752 - Ramal 5978



Ministério da
Saúde

