



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

**O USO DA MORFINA NA GESTÃO DA DOR CRÓNICA:
PRESPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Maria Helena Pinto dos Santos



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Maria Helena Pinto dos Santos

O USO DA MORFINA NA GESTÃO DA DOR CRÓNICA: PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

IV Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos

Trabalho efetuado sob a orientação da

Professora Doutora Aurora Pereira

e Coorientação da
Professora Doutora Albertina Marques

Outubro de 2019
Escola Superior de Saúde

RESUMO

O decurso de novos hábitos de vida, de uma maior longevidade do indivíduo e do prolongamento da sobrevivência do mesmo e do ambiente em que vivemos parece aumentar a ocorrência de dor, especialmente, a dor crónica.

Também os medos associados à utilização de opióides para o tratamento da dor colocam Portugal num dos países da Europa com maior resistência à utilização destes fármacos. O subtratamento da dor crónica continua assim a assumir uma dimensão importante, colocando-a como um problema de saúde pública, cuja gestão tem sido de difícil controlo, com repercussões na qualidade de vida dos indivíduos.

Face a esta problemática, o objetivo deste estudo foi, precisamente, o de desenvolver um trabalho que nos permita compreender a perspetiva dos profissionais de saúde sobre o uso da morfina na gestão da dor crónica. Para uma compreensão mais profunda do fenómeno, delineou-se um conjunto de objetivos específicos, designadamente: identificar situações em que se deve utilizar a morfina na gestão da dor crónica; identificar fatores que interferem na utilização da morfina na gestão da dor crónica e identificar dilemas que se colocam aos profissionais de saúde na utilização da morfina na gestão da dor crónica.

Para alcançar estes objetivos, optou-se por uma investigação qualitativa, com carácter descritivo e exploratório. A estratégia escolhida para a recolha dos dados, foi a entrevista semiestruturada.

Os dados, recolhidos foram analisados com o recurso à técnica de análise de conteúdo, de L. Bardin (2011).

Os resultados demonstram que os profissionais de saúde (PS) admitem que a dor ainda é um problema e muitas vezes é subvalorizada. Reconhecem a importância da morfina e recomendam, assim, a sua utilização. Assumem que o tratamento com morfina privilegia o conforto e a qualidade de vida do doente. Contudo não é o medicamento de eleição, e ainda é visto por muitos, como último recurso. Não obstante, manifestaram que em sua opinião os opiáceos serão um caminho para o controlo da dor e melhoria da qualidade de vida dos doentes.

Da análise dos resultados podemos aferir que o medo, muito associado aos efeitos secundários da utilização da morfina, constitui uma das grandes barreiras no controlo da dor.

Apesar das limitações subjacentes ao presente estudo, considera-se, no entanto, que foram atingidos os objetivos propostos. Aguarda-se pois, que este trabalho possa

constituir-se como um estímulo à reflexão e à produção de futuras investigações acerca da problemática que envolve o uso da morfina para o controlo da dor crónica.

PALAVRAS-CHAVE: Morfina; Dor Crónica; Medos; Profissionais de Saúde;

ABSTRACT

The course of new habits of life, a longer life span of the individual and prolonged survival of the individual and the environment in which we live seems to increase the occurrence of pain, especially chronic pain.

Also the fears associated with the use of opioids to treat pain place Portugal in one of the European countries with the highest resistance to the use of these drugs. The undertreatment of chronic pain thus continues to assume an important dimension, placing it as a public health problem, whose management has been difficult to control, with repercussions on individuals' quality of life.

Given this problem, the aim of this study was precisely to develop a work that allows us to understand the perspective of health professionals on the use of morphine in the management of chronic pain.

For a deeper understanding of the phenomenon, a set of specific objectives were outlined, namely: to identify situations in which morphine should be used in the management of chronic pain; identify factors that interfere with the use of morphine in chronic pain management and identify dilemmas facing health professionals in the use of morphine in chronic pain management.

To achieve these objectives, a qualitative, descriptive and exploratory research was chosen. The strategy chosen for data collection was the semi-structured interview. The data collected were analyzed using the content analysis technique, by L. Bardin (2011).

The results show that health professionals (PS) admit that pain is still a problem and is often undervalued. They recognize the importance of morphine and therefore recommend its use. They assume that morphine treatment favors the patient's comfort and quality of life. However it is not the drug of choice, and is still seen by many as a last resort. However, they stated that in their opinion opioids would be a way to control pain and improve the quality of life of patients.

From the analysis of the results we can see that fear, very associated with the side effects of morphine use, is one of the major barriers to pain control.

Despite the limitations underlying the present study, it is considered, however, that the proposed objectives were achieved. It is hoped, therefore, that this work can be a stimulus for reflection and the production of future investigations about the problem involving the use of morphine to control chronic pain.

KEYWORDS: Morphine; Chronic pain; Fears; Health Professionals;

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer às pessoas que tornaram este trabalho possível:

- À Professora Doutora Aurora Pereira e Coorientadora Professora Doutora Albertina Marques, pela sua preciosa orientação
- À minha Família, pilar da minha estabilidade, principalmente à minha irmã pela paciência e ajuda na reta final.
- Aos profissionais de saúde que entrevistei que, amavelmente se disponibilizaram, contribuindo para finalização deste trabalho.
- À Equipa de Suporte Intra Hospitalar em Cuidados Paliativos do Hospital de Guimarães (HSOG), principalmente a enfermeira Lídia Toscano, todo o apoio in loco.

A todos a minha profunda gratidão!

“A dor é inevitável. O sofrimento é opcional.”

Carlos Drummond de Andrade, *in* “Viver não doer”

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APED - Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

CHSO - Centro Hospitalar Senhora Oliveira

DGS - Direção Geral de Saúde

IASP - International Association for the Study of Pain

OE - Ordem dos Enfermeiros

OM - Ordem dos Médicos

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNCP - Programa Nacional de Cuidados Paliativos

PNCDOR - Plano Nacional de Controlo da Dor

PENPCDor - Plano Nacional Estratégico de Prevenção e Controlo da dor

PS - Profissionais de Saúde

QMG - Questionário de McGill

SNC - Sistema Nervoso Central

SNS- Serviço Nacional Saúde

WHO - World Health Organization

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	12
1 - A dor crónica, consequências para pessoa	13
1.1 - Conceito de dor	14
1.2 - Fisiopatologia e tipos de dor.....	15
1.3 - Prevalência da dor na população.....	21
2 - A morfina na gestão da dor crónica e intervenção dos profissionais de saúde.....	27
2.1 - Princípios na gestão da dor.....	28
2.2 - A avaliação e tratamento da dor	31
2.3 - A morfina na gestão da dor crónica	37
2.3.1 Mitos sobre o uso da morfina, benefícios versus efeitos indesejáveis	41
CAPÍTULO II - PERCURSO METODOLÓGICO	54
3 - A problemática e objetivos do estudo	56
3.1 - Tipo de estudo.....	58
4. Contexto e participantes no estudo.....	59
5 - Procedimento e recolha de dados.....	61
6 - Tratamento e análise de dados.....	64
7 - Questões Éticas	65
CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	67
❖ Opinião acerca da utilização da morfina na gestão da dor crónica	70
❖ Situações de prescrição/administração da morfina, na gestão da dor crónica	71
❖ Situações de não prescrição/administração de morfina na gestão da dor crónica	73
❖ Aspetos favorecedores da prescrição/administração de morfina na gestão da dor crónica	74
❖ Aspetos dificultadores da prescrição/administração de morfina para gestão da dor crónica	76
❖ Dilemas dos profissionais de saúde na prescrição/ administração da morfina para gestão da dor crónica	79
CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	82
CAPÍTULO V - CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO	94
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	99
ANEXOS	114
Anexo 1 - Parecer do Centro de Formação e Aprovação pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar Senhora da Oliveira Guimarães,EPE.....	115
APÊNDICES	116
Apêndice 1 - Guião Orientador de entrevista	117
Apêndice 2 - Declaração de Consentimento Informado.....	120
Apêndice 3 - Matriz de Redução de Dados.....	121

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Dor total.....	15
Figura 2 - Transmissão impulso nervoso.....	16
Figura 3 - Comparação entre dor aguda e dor crónica.....	20
Figura 4 - Escalas numérica, visual, analógica da intensidade de dor.....	33
Figura 5 - Questionário de Avaliação da Dor de McGill.....	34
Figura 6 - Escala de avaliação dor The Abbey Pain Scale.....	35
Figura 8 - Mecanismos de ação da morfina.....	40

INDICES DE TABELAS

Tabela n.º 1 - Profissionais de Saúde participantes no estudo.....	60
Tabela n.º 2 - Perspetivas dos profissionais de saúde sobre o uso da morfina na gestão da dor crónica.....	69

INDICES DE DIAGRAMAS

Diagrama n.º 1 - Utilização da morfina na gestão da dor cronica.....	71
Diagrama n.º 2 - Situações em que prescreve/administra morfina na gestão da dor crónica.....	73
Diagrama n.º 3 - Situações em que não prescreve/administra morfina na gestão da dor crónica.....	74
Diagrama n.º 4 - Aspetos favorecedores da prescrição/administração de morfina na gestão da dor cronica.....	76
Diagrama n.º 5 - Aspetos dificultadores da prescrição/administração de morfina na gestão da dor cronica.....	77
Diagrama n.º 6 - Dilemas dos PS na prescrição/administração da morfina para gestão da dor crónica.....	79

INTRODUÇÃO

Na pesquisa bibliográfica efetuada para este estudo nos diversos subscritores, objetivou-se que nos últimos anos foram publicados mais de mil artigos sobre dor, o que é representativo da preocupação e importância desta matéria. A dor é um fenómeno que assola grande número de pessoas no mundo inteiro e tem por função proteger o organismo. É um aviso essencial, perante uma agressão, quer ela seja uma dor aguda ou crónica, e vai desencadear variadas modificações nas nossas funções vitais. Ambas implicam com o normal funcionamento do organismo, quer físico, quer mental, e podem deixar marcas ou modificá-lo profundamente, sendo fonte de múltiplas complicações (IASP, 1994).

Os dados disponíveis indicam que, de uma maneira geral, a dor crónica tem um impacto significativo na qualidade de vida, relacionada com a saúde e capacidade produtiva da população, sendo que mais de metade da população com 75 anos ou mais referiu sofrer de algum tipo de dor (Anuário Estatístico do INE, 2016)

Situações de dor não controlada tem consequências imediatas e a longo prazo pelo que deve ser prevenida (Lawrence et al., 1993¹). Aumenta o sofrimento e torna as pessoas mais vulneráveis. As circunstâncias que justificam esta situação são múltiplas e variadas, mas são de ressaltar principalmente os receios ligados à prescrição de opióides, mesmo em situação de dor severa. A redução da prevalência da dor não controlada na população portuguesa é um dos principais objetivos espelhados no Plano Nacional Estratégico de Prevenção e Controlo da dor (PENPCDor) (APED, 2013).

Considerada como doença, a dor crónica acarreta um conjunto de desafios significativos para o doente, para a sua família e para os profissionais de saúde. Por um lado, o número de organizações médicas interessadas no controlo da dor está aumentar de forma significativa. A este aumento associou-se também o aumento dos conhecimentos sobre dor e um maior número de profissionais empenhados no seu tratamento adequado.

Em Portugal a dor crónica tem sido alvo das políticas do Ministério da Saúde, instituindo em 1999 o Dia Nacional de Luta contra a Dor, em 2001 aprovado o Programa Nacional de Luta contra a Dor e em 2003 considerado a dor **como o quinto sinal vital** (DGS), através da publicação da Circular Normativa nº 9/DGCG de

¹ Referência em *Guia orientador de boa prática*, Cadernos OE, Série I, número 1, disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

14/06/2003, que prevê a sua avaliação em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde. A dor é muitas vezes abordada pelos profissionais de saúde, segundo uma perspetiva meramente biológica, e portanto desprendida dos restantes domínios, nomeadamente, o campo psíquico, social e até mesmo o espiritual. Todavia, o que hoje sabemos é que é primordial considerá-los para uma fiável avaliação e tratamento.

Salientamos ainda que a incapacidade provocada pela dor crónica requer uma intervenção precoce, coordenada e organizada que se centre no doente e família e lhes garanta cuidados personalizados. Torna-se assim importante efetuar estudos que proporcionem mais conhecimento, de modo a que se implementem medidas e programas cada vez mais direcionados e adequados para a promoção do conforto e bem-estar dos doentes.

Assim, está aberto o caminho para o presente trabalho. Procurámos encontrar um tema que despertasse o nosso interesse e curiosidade, mas sobretudo que, no futuro, preenche-se uma lacuna se que considera existir na nossa área de atividade e de outros profissionais de saúde, não esquecendo a população em geral. Nesta linha de pensamento, propôs-se compreender a perspetiva dos profissionais de saúde sobre o uso da morfina na gestão da dor crónica.

Este relatório apresenta-se dividido em capítulos: o primeiro situa o quadro teórico que sustenta a problemática em estudo. Orientando-se em torno de dois eixos centrais, a dor crónica, prevalência e consequências. E a morfina na gestão da dor crónica, intervenções dos profissionais de saúde. O segundo diz respeito à descrição dos aspetos metodológicos do estudo. O terceiro a apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos. E por último as conclusões, implicações e limitações do nosso estudo.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo, vamos descrever a problemática em estudo com recurso a diversos autores que se debruçaram sobre as questões fundamentais da temática.

1 - A dor crónica, consequências para pessoa

A dor é um fenómeno subjetivo. Assim sendo, cada pessoa sente a dor à sua maneira. Não existem ainda marcadores biológicos que permitam caracterizar objetivamente a dor, nem a relação direta entre a causa e a dor. A mesma lesão pode causar dores diferentes em indivíduos diferentes e até no mesmo indivíduo, em momentos diferentes, dependendo do contexto em que a pessoa está inserida e o momento em que ocorre a lesão. Não raras vezes, existe dor sem que seja possível encontrar uma lesão física que lhe dê origem. A valorização da dor e o seu reconhecimento pela comunidade científica são demonstrados pelo facto de ter passado a ser considerada o 5º sinal vital desde 2003, como refere a Circular Normativa da Direção Geral de Saúde (DGS,2003). Posto isto, a dor pode ser muito desigual de uma pessoa para outra, consoante o contexto ou o significado atribuído a dor.

A prevenção e o tratamento da dor são um dever dos profissionais de saúde e, simultaneamente, um direito das pessoas que dela padecem, pelo que é prioritário dotar os profissionais de conhecimentos e estratégias de atuação, no sentido de melhorar o seu desempenho nesta área, (DGS,2003).

Neste sentido, torna-se importante adquirir competências específicas para cuidar da pessoa com dor. A dor é considerada, pelo Ministério da Saúde,² um problema de Saúde Pública que afeta a maioria das pessoas, agravando-se devido ao aumento da expectativa de vida da população e ao aumento da sobrevivência de doentes crónicos.

Fontes e Jaques (2007) enfatizam que o enfermeiro deve participar de forma ativa no tratamento, garantindo a oferta analgésica adequada. Sendo assim, este deve ser capaz de prever um evento doloroso durante a realização de um procedimento diagnóstico ou terapêutico, para poder programar medidas com o intuito de minimizar ou prevenir a ocorrência da dor.

Avaliar a dor no seu todo é um conceito muito abrangente e implica descobrir a natureza e o significado da experiência dolorosa para aquela pessoa, quais os estímulos que a provocam, fatores agravantes e de alívio. Efeitos da dor na sua vida diária, respostas à dor, fatores psicológicos, sociais e espirituais, tipos de dor, duração, localização, intensidade, entre outros; ou seja abarca um conjunto de

² DGS (2017) Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor

informações que identificam a história da dor (Fleming 2003, citado por, Ferreira,M.2015).

1.1 - Conceito de dor

A International Association for the Study of Pain (IASP 2010) define a dor como “[...] uma experiência sensorial ou emocional desagradável associada a lesão tecidual, real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão.” Defende ainda que o controlo da dor deve ser assumido como um dos direitos humanos fundamentais, e como tal, uma prioridade e um fator central no domínio de ação dos profissionais saúde e dos cuidados de saúde de alta qualidade. Todavia, não existe uma versão única e universalmente aceite de dor.

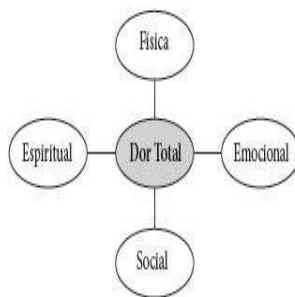
Similarmente a Ordem dos Enfermeiros (OE) se preocupa com esta temática e em 2008 publicou um Guia Orientador de Boa Prática para o controlo da dor, que constitui um contributo importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Identicamente a DGS na Orientação nº 014/2010 de 14/12/2010 da Direção Geral saúde (DGS), nos refere que a dor é um fenómeno percetivo complexo, subjetivo e multidimensional. Neste sentido, considera a dor, como quinto sinal vital, sendo avaliada através de escalas de dor, de modo a torná-la objetiva.

Outras definições alternativas foram formuladas por diferentes organizações, mas são baseadas na definição da IASP. Nesta linha de pensamento, e em nossa opinião, baseada na prática diária de cuidar, a dor não é apenas uma sensação, mas antes um fenómeno complexo que envolve emoções e outros componentes que lhe estão associados, devendo ser encarada segundo um modelo biopsicossocial, como fenómeno subjetivo.

Cecily Saunders descreveu como « total pain » os múltiplos componentes da dor: a dor física, psicológica, social e espiritual (**figura 1**). Observa-se, portanto, um fenómeno pluridimensional, e o cuidar da pessoa com dor necessita de equipas pluridisciplinares, como médicos, enfermeiros, psicólogos entre outros (SAUNDERS,1993).

Figura 1 Dor total



Fonte: SAUNDERS³,1993

É muito usual identificarmos dor com sofrimento, ainda que, em termos rigorosos, se tratem de realidades distintas, que, não sendo sinónimos, se cruzam, dificultando o diagnóstico e a valorização do sofrimento na qualidade de alvo prioritário de ação (SAUNDERS,1993).

De modo a evitar alguma confusão entre a terminologia de dor e de sofrimento, deverá ser feita uma distinção clara. Nesta demanda de uma definição adequada de sofrimento, e diante das múltiplas definições, optou-se pela definição clássica de sofrimento no mundo da saúde, enunciada por Cassell (2004), pois permite elucidar determinadas experiências de sofrimento nem sempre avaliadas como tal. Assim, genericamente, sofrimento é um estado de aflição severa, associado a acontecimentos que ameaçam a integridade de uma pessoa. Sofrimento exige consciência de si, envolve as emoções, têm efeitos nas relações pessoais da pessoa e tem impacto no corpo físico. Essa situação existencial de aflição grave verifica-se naquilo que a pessoa identifica com o seu interior, usualmente associado a emoções, como ansiedade, e a sentimentos, como tristeza, frustração, impotência entre outros.

1.2 - Fisiopatologia e tipos de dor

A dor é então um fenómeno complexo. Distingue-se a dor fisiológica e a dor psíquica, mas estas duas dimensões da dor estão relacionadas. A pessoa, no seu corpo, possui imensas fibras nervosas sensitivas que, quando estimuladas podem produzir dor, através dos nociceptores. que são desencadeados por três diferentes estímulos da dor: mecânicos (como corte ou pressão de órgão ou membro), podem ser térmicos e químicos.

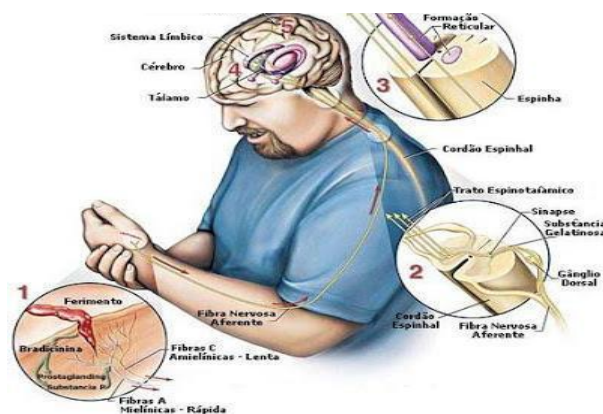
³ Fonte:: Saunders C. Sykes N. The Management of Terminal Malignant Disease 3 Ed. Londres: Edward Arnold.1993

Os nociceptores informam sobre a localização, intensidade e duração da dor. A dor caracterizada como aguda, perfurante, é transmitida pelos nociceptores térmicos e mecânicos, pois sucede geralmente devido a um estímulo exterior, desta forma é incomum manifestar-se em tecidos profundos; por outra via se a dor é profunda ou também referida como dor latejante ou crônica, normalmente resulta da transmissão proveniente dos vários tipos de nociceptores.

Todavia, os nociceptores químicos podem ser excitados por outras substâncias endógenas indutoras de dor, como a bradiquinina, serotonina, histamina, íões de sódio e potássio, ácidos, enzimas proteolíticas e acetilcolina; as prostaglandinas, podem não ativar diretamente os nociceptores, mas vão estimular o aumento da sua sensibilidade (Melzack e Wall, 1982).

A dor nociceptiva é então desencadeada por um estímulo que deixa uma mensagem dolorosa criada por um impulso nervoso, gerado por recetores localizados no corpo, que depois a vai encaminhado e modulado ao longo do percurso nas fibras nervosas, antes de ser percebido e interpretado pelo cérebro (Figura 2).

Figura 2 Transmissão impulso nervoso



Fonte: Hong Jin Pai:⁴

Existem três tipos fibras aferentes as quais se distinguem se em:

- **As fibras A e p**, que são mielinizadas e têm a função de acelerar a transmissão e levar muito rapidamente às informações;
- **As fibras A**, cercadas por uma cobertura de mielina, que são mais finas, mas dez vezes mais rápidas que as anteriores e conduzem informação relativa a estímulos mecânicos ou térmicos;

⁴ Fonte: <https://www.hong.com.br/sindrome-complexo-dor-regional>

- **As fibras C**, que não são mielinizadas e são muito finas, conduzem o impulso nervoso mais lentamente e manifestam-se perante várias estimulações nociceptivas na medida em são suficientemente intensas

As fibras C, são fibras de condução lenta, têm uma velocidade de condução de cerca de 1 a 2 m/ segundo. Estas fibras são responsáveis pela dor tipo “moinha ou moideira”. São as fibras C as mais envolvidas na dor crónica (Guyton et al, 2011.pag 617-630).

A maioria dos nociceptores reagem a vários tipos de estímulos, são polimodais, ou seja percebem o calor nocivo (queimadura), fortes estímulos mecânicos ou químicos. Após a passagem do sinal “doloroso” entre os neurónios, o estímulo da dor é transmitido para várias estruturas supraespinhais (transmissão ascendente) ao longo da espinhal medula, que ativam circuitos reflexos simpáticos, o que provoca uma constelação de alterações como: vasoconstrição na área dolorosa, aumento da frequência cardíaca e respiratória e a libertação de hormonas de stress.(Wall e Melzack 2006).

A transmissão ascendente do estímulo doloroso a nível da medula espinhal, induz ao nível da sinapse (sinapses nervosas são os pontos onde as extremidades de neurónios vizinhos se encontram, o estímulo passa de um neurónio para o seguinte por meio de moléculas, os neurotransmissores) a libertação de neurotransmissores excitatórios, tais como o glutamato, a substância P, neurocinina A e o CGRP (peptídeo relacionado com o gene da calcitonina). Estes neurotransmissores comunicam através da ligação a recetores dos neurónios de 2ª ordem, e induzem um potencial de ação (onda de descarga elétrica que percorre a membrana da célula) que será transmitido ao cérebro, resultando numa transmissão adicional de dor. Os neurónios processam informação, por terem esta capacidade de comunicação. A aptidão das células nervosas para processarem informação, depende de propriedades especiais da membrana do neurónio, a qual controla a entrada e saída de substâncias como iões de sódio, cálcio e potássio (Wall e Melzack 2006).

Paralelamente no cérebro, são ativados mecanismos inibitórios da dor, que conduzem à modulação da dor a nível espinhal, através das vias descendentes. Um exemplo de transmissores envolvidos nesta inibição são a noradrenalina e a serotonina, que após a sua atuação, são removidos do espaço extracelular através de vários mecanismos de recaptção (Mota P., 2014).

Ainda segundo o mesmo autor as diferentes estruturas do tálamo desempenham um papel na condução das mensagens nervosas tanto no plano da discriminação das

sensações e das suas localizações, como no plano das emoções ou dos afetos (limiar da dor). Este fenómeno explica o aumento da dor pela ansiedade, pela angústia da separação e pelo estado psicológico do momento.

A área sensitiva primária da medula espinhal recebe um grande número de fibras provenientes de vários núcleos do tronco cerebral e de outras estruturas supraespinhais, as quais produzem efeitos inibitórios ou facilitatórios sobre a transmissão da informação nociceptiva, globalmente designados por modulação descendente. A modulação descendente pode manifestar-se através de uma ação sobre os terminais dos nociceptores (mecanismo pré-sináptico), facilitando ou inibindo a libertação de neurotransmissores, ou sobre os neurónios espinhais (mecanismo pós-sináptico), sejam eles interneurónios ou neurónios de projeção.

O reconhecimento da importância da área sensitiva primária no processamento e transmissão da informação nociceptiva foi assinalado pela teoria do *gate control*, proposta por Ronald Melzack e Patrick Wall (1965). Desde essa data, assistiu-se a gigantescos progressos no conhecimento da organização anatómica e funcional desta área, que têm vindo a comprovar o seu papel fundamental na fisiopatologia da dor.

A dor é um sintoma que acompanha transversalmente a maior parte das situações patológicas que necessitam de ser tratadas. Todo o indivíduo, mais cedo ou mais tarde é acometido por algum tipo de sofrimento. A dor pode ser classificada quanto à região, intensidade e tempo de duração, pelo que cada situação clínica é única.

Neste sentido é importante realçar que na grande maioria das ocorrências, a dor resulta da ativação de neurónios aferentes primários específicos, os nociceptores, ou da lesão ou disfunção desses nociceptores ou do sistema nervoso central. A dor causada por uma elevada estimulação dos nociceptores localizados na pele, vísceras e outros órgãos designa-se por **nociceptiva**. Quanto a que resulta de uma disfunção ou lesão do sistema nervoso central ou periférico é chamada de **neuropática**, podendo ainda ser designada como dor central caso a lesão se verifique no sistema nervoso central. Alguns exemplos de dor neuropática crónica, são as causadas por doenças como a esclerose múltipla, a doença de Parkinson ou lesões isquémicas em consequência de acidentes vasculares cerebrais.⁵, A origem da dor é central e ocorre após lesão medular, quer de ordem degenerativa, traumática ou isquémica.

A grande maioria dos doentes crónicos apresenta dois tipos de dor: a nociceptiva e a neuropática. Pode estar relacionada com um estímulo sem lesão tecidual e sem

⁵ Classificação da Dor Crónica, Segunda Edição, Task force da IASP sobre Taxonomia, editada por H. Merskey e N. Bogduk, IASP Press, Seattle, © 1994.

alterar o funcionamento das vias nociceptivas. A estimulação dos nociceptores pode ter origem lesão tecidual real, aguda ou crónica. As dores nociceptivas têm como característica a dor se localizar na zona da lesão e aumentar com a mobilização da mesma (Mota Pinto, 2013).

No caso da dor visceral primária, tem origem nos órgãos internos e pode revelar infeção, inflamação, modificações da motilidade dos órgãos, neoplasia, alterações nos nervos transmissores das sensações viscerais, ou mesmo isquemia. A dor, quando é intensa, é acompanhada de manifestações neuro-vegetativas e provoca várias alterações, tais como insónia e irritabilidade. É descrita como uma dor subjetiva, profunda, apresentada sob a forma de espasmos. Pode ser dor tipo cólica, devida à obstrução intestinal ou envolvimento da víscera, é de localização difícil e está frequentemente associada às náuseas e sintomas autónomos e muitas vezes irradia ou é refletida (Mota Pinto, 2013).

Quanto à dor psicogénica, para Philips et al,(2003) parece não ter uma base fisiológica, mas sim o contrário, parece ser originada no espírito, ou pelo estado psicológico do doente sendo um tipo de dor de difícil avaliação e até complicado de explicar, contudo deve ser valorizada porque para a pessoa que a sente, não é imaginária. Sendo que para Melzack e Wall (1982) o rótulo de psicológica, pode ser uma forma de ignorância sobre mecanismos da dor.

A dor psicogénica é caracterizada desde o início por ser claramente associada a um transtorno do humor, que parece ser primário em termos de tempo e causa, geralmente, é mais difusa e não tão bem localizada, o paciente queixa-se de dor constante e pode não encontrar palavras adequadas para descrevê-la. A dor puramente psicogénica é rara, sendo a sua incidência muitas vezes sobrestimada. Contudo, a dor crónica possui frequentemente uma componente psicológica secundária resultando numa apresentação mista.⁶

A dor, quanto a sua duração pode ser classificada como:

A **dor aguda** manifesta-se transitoriamente, por um período curto e na maioria das vezes com causas facilmente identificáveis. Funciona como um alerta do corpo para lesões em tecidos, inflamações ou doenças, em primeira linha de forma centralizada, e depois possui a capacidade de se tornar difusa. É limitada no tempo (inferior 3 meses) e desaparece com o tratamento indicado (DGS,2008).

Ou **dor crónica** é reconhecida na diversa literatura como uma dor que persiste após tempo normal de cicatrização, já não está relacionada a nenhum evento traumático em

⁶ https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/iasp_guiia.pdf

particular. Logo, não possui a função de alerta agudo na nocicepção fisiológica. Normalmente, quando ocorre dura e/ou permanece entre três a seis meses, sendo constante e intermitente.⁷ Não obstante, de existirem vários tipos de dor, o que nos propusemos fazer, foi apenas uma breve referência aos diversos tipos de dor, dando mais enfoque à dor crónica, alvo deste estudo.

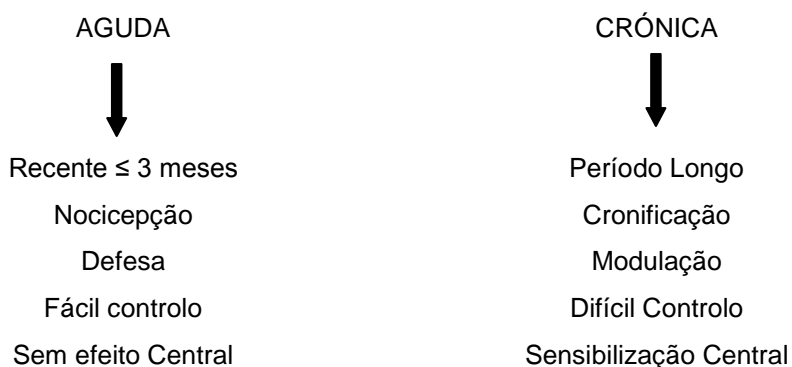
Também a Associação Internacional para o Estudo da Dor define a dor crónica como sendo a “dor em uma ou mais regiões anatómicas que persistem com uma recorrência por mais de três meses e está associada com angústia emocional significativa ou incapacidade funcional significativa”(IASP 2016).

Trata-se então de uma dor que dura há já muito tempo, que afeta e desconcerta inúmeros sectores da vida, como, por exemplo, o humor, interferência nas atividades de vida diárias, e na vida social os papéis profissionais e psicossociais, o sono e o comportamento da pessoa na sua qualidade de vida.

Avaliar/tratar a dor exige diferenciar a dor aguda da dor crónica. Estas diferenciam-se pela sua duração e pela sua resistência ao tratamento (**figura 3**). Pelo que a sua gestão e controlo tem uma abordagem diferente e específica.

A avaliação da dor é uma atividade que faz parte das competências dos médicos e enfermeiros por ser indispensável à excelência dos cuidados de saúde. Contudo, ainda existe alguma resistência por parte de alguns profissionais nesta mudança.

Figura 3: comparação entre dor aguda e cronica.



Fonte: adaptada da APED 2016

⁷ Direção Geral da Saúde. Plano Nacional de Controlo da Dor. Circular Normativa N^o: 11/DSCS/DPCD de 18/06/08.

Na nossa perspetiva, na prática diária de cuidados, a maior parte das vezes, o controlo da dor é um desafio constante quer para o doente, quer para os profissionais de saúde, na medida em que, como já referenciado supra, a dor pode ser diferente de um indivíduo para outro, dependendo do contexto ou do significado de dor.

Ainda no contexto de dor crónica enquadra-se a dor oncológica, a qual normalmente se deve ao tumor primário ou às suas metástases. Algumas causas que podem provocar esta dor são a infiltração do tumor em áreas inervadas, ossos, tecidos de partes moles, compressão de tecidos e nervos, crescimento do tumor e necrose tecidual localizada como resultado da invasão tumoral.

1.3 - Prevalência da dor na população

Nos diversos estudos epidemiológicos consultados, e a seguir referenciados, acerca da dor crónica, as conclusões retiradas são por diversas vezes consideradas de baixa fiabilidade (Langley, 2011). Este facto prende-se com fatores como a heterogeneidade das populações estudadas, aos métodos de investigação utilizados, e por fim com as, ainda atuais, dificuldades na definição e consideração do que é a dor. Contudo em todos os estudos quer nacionais quer internacionais, são unânimes quando nos referem que um número avultado de pessoas adultas e população em geral sofre de um ou mais tipos de dor (Langley, 2011; Thomas, Peat & Harris, 2004). A dor crónica é um dos principais motivos para a procura de cuidados de saúde da população em geral, representando aproximadamente, 20% dos motivos de consulta (IASP 2016).

Conjuntamente não podem deixar de referir o aparente contrassenso no controlo da dor crónica, face à imensidade de meios existentes para a combater ou minimizar.

De acordo com um trabalho epidemiológico levado a cabo por um grupo de investigadores da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, em Portugal, 1,6 milhões de portugueses sofrem de dor crónica moderada ou forte. Sendo que afeta cerca de 37% da população adulta. Se esta dor crónica persistente não for avaliada e tratada de modo adequado, poderá afetar gravemente a qualidade de vida das pessoas e pode levar à incapacidade total ou parcial para o trabalho (Azevedo et al 2010).

No estudo em cima referido foram realizadas mais de 1.200 das 5.000 entrevistas telefónicas, e as respostas obtidas permitem afirmar que a prevalência da dor crónica de qualquer intensidade ultrapassa os 40%, com intensidade moderada ou forte em cerca de 16% dos entrevistados. Segundo os mesmos autores este número é

ligeiramente inferior à média europeia, que é de cerca de 19%, mas superior à nossa vizinha e Espanha onde a prevalência é de apenas 11%.

O mesmo estudo revelou também que mais de 50% dos portugueses com dor crónica referem que a dor interfere de forma moderada ou grave com a sua atividade laboral e doméstica e em 15% dos doentes a dor provocou mesmo a 2/2 antecipação da reforma. De referir ainda que foi diagnosticada depressão a 13% dos doentes. Por último, embora quase 80% dos doentes estejam a tomar medicação para as dores, cerca de 30% entende que as suas dores não estão bem tratadas ou controladas (Azevedo et al., 2010).

Em um outro estudo também realizado na Europa concluiu que a dor crónica de intensidade moderada a severa ocorre em 19% dos europeus adultos, é também a mais frequente causa de limitação em sujeitos com menos de 45 anos e a segunda causa mais comum de recurso ao sistema de saúde, afetando seriamente a qualidade de vida social e profissional. Embora tenham sido observadas diferenças entre os 16 países, documentamos no estudo, é de importância referir que a dor crónica é um importante problema de saúde pública na Europa (Breivik, Collett & Ventafridda, 2006).

Quanto á prevalência a nível europeu concluiu-se que a dor crónica tem tendência a aumentar com a idade, sendo que afeta cerca de 79% das mulheres com 70 anos, e 53% dos homens da mesma idade (Pergolizzi et al., 2013).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstram que a dor crónica flagela uma grande parte da humanidade, sendo uma das principais causas de incapacitação física para o trabalho, além de condicionante na qualidade de vida do homem moderno. Num trabalho levado a cabo por esta organização, onde se incluíram 25916 participantes adultos (18 anos ou mais) nos 15 países envolvidos, entre a Ásia, África, Europa e Américas, demonstrou-se que a dor persistente foi o problema de saúde mais referido entre os participantes.

A prevalência média da dor crónica (superior a 6 meses no último ano) era de 22%, com uma grande variação entre centros: de 5.5% na Nigéria a 33% no Chile, Demonstrou também uma percentagem mais elevada nas mulheres (24.8%) do que nos homens (16.2%). Deste estudo pode-se ainda concluir que os entrevistados que sofriam de dor crónica tinham quatro vezes, maior probabilidade de apresentar problemas depressivos ou ansiedade, similarmente uma maior probabilidade de restrições na sua autonomia diária que os inquiridos sem dor crónica (Gureje et al., 1998)

Nos Estados Unidos, milhões de dólares são gastos por ano em exames, tratamentos, dias de trabalho perdidos e causas judiciais. Esse resultado é consequência do emprego sucessivo de abordagens errôneas e ineficientes, que muitas vezes ignoram a sintomatologia e o sofrimento destes doentes, contribuindo para a persistência da dor e suas comorbidades, resultando em exames desnecessários, horas de trabalho perdidas e aumento do sofrimento dos pacientes e familiares (Johannes et al., 2010).

Este estudo realizado com uma amostra muito representativa, cerca de 27.000 inquiridos com idades de 18 anos ou mais, os investigadores chegaram a conclusão muito similar a do estudo anteriormente referido, que existe uma prevalência da dor crónica de 30.7%. Igualmente neste estudo a prevalência revelou ser mais elevada nas mulheres (34.3%) do que nos homens (26.7%) e aumenta com a idade. Os inquiridos com fracos recursos financeiros ou sem trabalho tinham igualmente uma maior probabilidade de apresentar dor crónica (Johannes et al., 2010)

Observa-se que a predominância da dor aumentava com a idade e também é mais elevada no sexo feminino. Dos entrevistados com dores, mais de um quarto (28%) referia que não tomava medicamentos para combater a dor. Este estudo foi mais longe, além de inquirirem pessoas com dor crónica também incluíram, uma amostra de 100 médicos, dos quais 30% indicou que o risco de dependência dos opiáceos constituía a principal dificuldade para a prescrição dos mesmos muito embora este valor fosse mais baixo do que o registado em 2001.

Embora nesta segunda fase do estudo, o aumento da prescrição de opióides tenha sido observado para o controlo da dor crónica não oncológica, ainda não foi o suficiente para chegar a resultados mais efetivos no controlo da dor. Os clínicos referiam preocupações constantes em relação à dependência e ao abuso. Resta, no entanto, espaço para uma melhoria e na padronização e otimizar mais ainda a gestão da dor crónica e seus efeitos secundários na qualidade de vida do doente (Boulanger et al., 2007).

Uma pesquisa iniciada em 2003 sob o título "Pain in Europe" abre um novo capítulo para a compreensão da gestão da dor. Este estudo europeu envolveu mais de 46.000 pessoas em 16 países, e considerou, essencialmente, a prevalência de dor crónica, e como, isso influencia a sua vida diária. A dor a longo prazo é um problema generalizado na Europa.

Esta pesquisa veio revelar que um em cinco adultos sofrem de dor crónica e um em cada três famílias tem pelo menos um membro que experimenta dor. Um terço dos indivíduos sofre de dor crónica severa regularmente. A maioria, sofreu de dor, pelo

menos durante dois anos e um quinto tem tido dor durante 20 anos ou mais. O estudo mostra ainda que, apesar da maioria dos entrevistados afirmarem conseguirem realizar as atividades de vida normais, relatam níveis de satisfação elevada para com a profissão médica, mas contudo, não apresentam a sua dor crônica controlada adequadamente.

Os resultados obtidos a nível de Países participantes foram os seguintes: A dor crônica tem uma prevalência média de 19%, com valores variando entre os 30% (Noruega) e os 11% (Espanha). Estes dados revelam um enorme impacto da dor em pessoas que, em média, sofrem mais de 7 anos com dor crônica, sendo que 21% delas, padecem de dor há mais de 20 anos. Um em cada três inquiridos reportava dores diárias. As consequências a nível pessoal revelavam-se consideráveis (Breivik et al., 2006).

Em suma, a conclusão deste trabalho diz-nos que dor crônica de intensidade moderada a severa ocorre em 19% dos adultos europeus, afetando seriamente a qualidade de suas vidas. quer a nível social quer a nível laboral. Muito poucos, foram avaliados por especialistas em dor e quase metade recebeu tratamento inadequado da dor. Embora tenham sido observadas diferenças entre os 16 países, foram unânimes em referir que a dor crônica é um importante problema de saúde na Europa que precisa ser levado mais a sério (Breivik et al., 2006).

Em um outro trabalho de investigação também na Europa, efetuado por Langley, com o objetivo de relatar os resultados de uma pesquisa sobre a prevalência e experiência de dor no Reino Unido, França, Espanha, Alemanha e Itália, Reino Unido, França, Espanha, Alemanha e Itália. Os resultados obtidos conclui-se que 49,7 milhões de pessoas deste cinco países referiu dor. Destes, 11,2 milhões relataram dor intensa, 29,4 milhões relataram dor moderada e 9,0 milhões dor leve. A prevalência da população da dor diária é de 8,85%, com 3,47% relatando dor diária intensa e 4,70% dor diária moderada. A prevalência enumerada da dor nestes cinco países representa um encargo substancial para a pessoa, empregadores, sistemas de saúde e sociedade em geral. Mais uma vez nos é demonstrado que a prevalência é mais elevada nas mulheres e diminuí com o nível educacional dos inquiridos.

Quase metade (46.6%) dos inquiridos com dor indicava distúrbios do sono e um terço (36.0%) apresentava ansiedade. Pois como podemos constatar o impacto na produtividade demonstrava uma taxa de absentismo rondando os 23% dos inquiridos com dores intensas. Cerca de um terço (38.6%) dos inquiridos com dor intensa recebiam opióides. Um em cada cinco pessoas da população adulta refere dor, fato este constitui um grande desafio político. Dão como sugestões futuras, neste relatório

internacional não apenas reduzir a prevalência da dor, em que a dor crónica deva ser considerada uma doença por si só, mas também implementar/coordenar os programas de controle da dor em vários estádios de doença e em diferentes grupos socioeconómicos (Langley, 2011).

Em um outro estudo de larga escala na população francesa, onde participaram ,mais de 20.000 pessoas, realizado por Bouhassira et al..(2008), calculou-se a prevalência de dor crónica, com ou sem características neuropáticas. Foi aplicado um questionário tendo por objetivo identificar dor crónica (definida como dor diária por pelo menos 3 meses), avaliando sua intensidade, duração e locais do corpo. Dos resultados encontrados concluíram que a prevalência da dor crónica era de 31.7%, desta 6.9% era dor neurológica. De igual modo, este estudo conclui que existe uma maior prevalência de dor crónica em mulheres do que em homens e que aumenta significativamente com a idade.

Em Espanha, um outro trabalho ainda sobre esta área temática, concluiu que 6.1 milhões de adultos (17.3% da população) tinha apresentado dores no mês anterior, e que aproximadamente 7% apresentava dores diárias. Os dados são da Internet, 2010 National Health and Wellness Survey Espanha. A amostra foi ponderada por idade e sexo para corresponder à população espanhola adulta de 2010. Teve por objetivo expor a prevalência, e o tratamento da dor na população adulta espanhola. O estudo analisa ainda a associação entre a experiência de dor e qualidade de vida relacionada à saúde, emprego e produtividade e utilização de recursos de saúde.

Dos resultados obtidos estima-se que 6,10 milhões (17,25%) da população adulta da Espanha sentiram dor no último mês. Destes, 11,69% apresentaram dor intensa, 64,17% dor moderada e 24,14% dor leve. A dor diária foi sentida por 6,95% da população. As principais condições que causam dor são dores lombares (60,53%) seguidas por dor nas articulações (40,21%). A dificuldade em adormecer (42,24%) e ansiedade (40,62%) foram mais citadas como comorbilidades associadas a dor.

Similarmente concluíram que a experiência da dor apresenta um fardo substancial para a pessoa e para a economia espanhola. Esta experiencia da dor também está associada, não apenas à redução da participação da força de trabalho e ao aumento do absentismo, mas com padrões substancialmente mais altos de utilização de recursos de saúde de uma forma rotineira (Langley et al.,2011).

Da revisão bibliográfica efetuada conclui-se que a dor é um problema no mundo inteiro. Em Portugal no estudo epidemiológico transversal de âmbito nacional, realizado por Azevedo et al (2013), referido já anteriormente, mostra que a dor crónica

é um problema significativo que está presente em 37% da população geral adulta portuguesa; está associada a um elevado peso pessoal, familiar e social e afeta, em particular os subgrupos, mais vulneráveis da população. Igualmente se concluiu que este problema não diz respeito só a Portugal mas é comum à restante Europa, se não mesmo no mundo.

Dos estudos apresentados a sua prevalência é mais elevada nas mulheres, bem como na população com um grau educacional mais baixo e aumenta com a idade, mas o que mais sobressaiu foi que a dor continua subavaliada e subtratada, ou seja a sua gestão não está a ser adequada, o que requer um olhar mais atento por parte dos profissionais de saúde.

Como temos vindo a referir as consequências da dor crónica para pessoa, são muitas e afeta toda a sua estrutura social e de apoio, e qualidade de vida. Os custos diretos e indiretos são enormes, No estudo de prevalência da dor realizado por Breivik et al.. em 2006, descrevem que a dor crónica afeta um em cada cinco adultos na Europa e 59% destas pessoas referem-na com uma duração entre 2 a 15 anos. Nos indivíduos com idade superior a 80 anos, 50% apresentam dor permanente, incapacitante.

Para além do enorme impacto que tem sobre a pessoa/família a dor crónica, representa frequentemente uma perda dificilmente quantificável para a sociedade em geral. De igual modo, em Portugal conforme o estudo de Azevedo e outros, custos diretos e indiretos anuais relacionados com a dor crónica na população, rondam os 4.610 milhões de euros, o que corresponde a 2,7% do PIB nacional, dos quais menos de metade (1997 milhões) se deve a despesas de saúde e o restante a custos indiretos. Este valor corresponde a 1.883 euros por doente, estando 43% relacionados com custos diretos e 57% com custos indiretos (Azevedo et al..2016).

Desta forma a dor crónica, tem um peso significativo e negativo na qualidade de vida dos doentes e dos seus familiares. Entre as principais consequências da dor crónica destacam-se: Incapacidade física e funcional, dependência, afastamento social, alterações na libido, mudanças na dinâmica familiar, desequilíbrio económico e a falta de esperança.(Ritto et al.,2017).

Desde 2001, com a implementação do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, tem vindo a ser criadas Unidades e consultas de Dor por todo país. Se o controlo efetivo da dor é um direito da pessoa que dela sofre, também não deixa de ser um dever dos profissionais de saúde e um passo fundamental para a real humanização das unidades de saúde.

A dor é causadora de morbilidade, absentismo e incapacidade temporária ou permanente, produzindo elevados custos aos sistemas de saúde, com grande impacto na qualidade de vida do indivíduo e das famílias. A dor passa a ser o centro de todas as vivências, limitando decisões e comportamentos. Podendo muitas vezes ser associada a fadiga, anorexia, alterações do sono, obstipação, náuseas, dificuldade de concentração, entre outros. Sobretudo quando limita fortemente as atividades de vida diária.

No estudo referido anteriormente realizado pela OMS sobressai, que os doentes que tinham sofrido de dores persistentes (durante pelo menos 6 meses no decorrer do ano anterior) eram quatro vezes mais suscetíveis de sofrerem de ansiedade ou de distúrbios depressivo. De igual forma, relativamente ao impacto da dor crónica e à associação entre dor e depressão ou ansiedade, em Portugal, 13% dos inquiridos, referiram a dor crónica como causa de diagnóstico de depressão e 49% relataram ainda interferência da dor crónica no seu trabalho (Azevedo et al., 2016).

2 - A morfina na gestão da dor crónica e intervenção dos profissionais de saúde

Segundo o Plano Nacional de Controlo da Dor (2004/210) "O controlo da dor deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, sendo igualmente um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde. De facto, o alívio da dor deveria ser assumido como um dos direitos humanos fundamentais" (PNCDOR, pag.5)

Embora o tratamento adequado da dor seja um direito dos utentes e um dever de todos os profissionais de saúde, isso não acontece, em muitas circunstâncias. Infelizmente, um número elevado de doentes (25%), refere que o seu médico raramente avalia a dor e 1/3 afirmam que este, não sabe como controlá-la. Estas são as conclusões de um estudo sobre a prevalência da dor crónica para população portuguesa em 2007 (Castro et al., 2007).

Assim sendo, perante esta situação, é urgente definir estratégias para este grave problema de saúde pública. Perentório será ainda mais, implementá-las de forma objetiva e continuada, avaliando o seu impacto socioeconómico, promovendo acessibilidade a todos os doentes.

2.1 - Princípios na gestão da dor

Uma resposta ao subtratamento da dor tem sido impulsionar o conceito de que o alívio da dor é um problema de saúde pública e constitui uma obrigação internacional. O tratamento da dor é então considerado um direito humano fundamental (Brennan et al., 2007).

Embora não haja menção de um direito explícito a gestão da dor, há um forte argumento de que o direito ao controlo da dor, pode estar implícito no direito expresso à saúde. A OMS (2010)⁸ define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

Assumindo que o controlo da dor possa estar implícito no direito fundamental, esta para ser tratada, necessita de várias intervenções interdisciplinares para se atingir altos padrões de saúde.

No mesmo sentido, o código deontológico da Ordem dos Médicos, no seu artigo 26.º, prescreve que "O Médico que aceite o encargo ou tenha o dever de atender um doente obriga-se por esse facto à prestação dos melhores cuidados ao seu alcance, agindo com correção e delicadeza, no exclusivo intuito de promover ou restituir a Saúde, suavizar os sofrimentos e prolongar a vida, no pleno respeito pela dignidade do Ser humano."

Perante o sofrimento evitável produzido pela dor, emergiu a criação do Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Com o cumprimento deste plano estão a desenvolver-se e a criar-se, por todo o País, Unidades de Tratamento de Dor, como recurso diferenciado para a abordagem da dor. Importa, assim, que a dor e os efeitos da sua terapêutica sejam valorizados e sistematicamente diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde, não só como princípio de boas práticas, mas também como rotina, altamente humanizante, na abordagem das pessoas, de todas as idades, que sofram de dor aguda ou dor crónica, qualquer que seja a sua origem, elevando o registo da sua intensidade à categoria equiparada de sinal vital.

Nesta linha de pensamento, dois princípios éticos e primordiais ressaltam. Trata-se do princípio da autonomia e do princípio da não maleficência, nos cuidados clínicos, que são o de fazer bem e o menos mal possível. Na prática, significa que temos de procurar um equilíbrio aceitável entre as vantagens ou benefícios e entre as desvantagens ou o peso do tratamento.

⁸ <https://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf?ua=1>

Segundo Rebelo (2007) o princípio da autonomia ” é a capacidade de ser o seu próprio legislador, é a capacidade de se conduzir a si mesmo, a capacidade de decidir sem se demitir: é a capacidade de se comprometer na conservação social apesar do que “se dirá” e até por isso mesmo, é a capacidade de assumir os seus próprios condicionalismos e de se apoiar neles para se tornar a pessoa que se é”⁹.

Desta forma Ribeiro (2011) define a autonomia do profissional de enfermagem como “.. a capacidade de o enfermeiro cumprir as suas funções profissionais de uma forma autodeterminada enquanto cumpre os aspetos legais, éticos e práticas da profissão”.¹⁰

Por sua vez, o princípio da não maleficência diz-nos que “não devemos praticar o mal nos outros, mesmo que ele nos autorize”. Completando-se com o princípio da beneficência, que defende como máximas “fazer o bem, não causar o mal, cuidar da saúde e promover a qualidade de vida” (Pires,2001,pag.89).

Assim sendo os cuidados prestados para controlo efetivo da dor passam por uma série estratégias e planos fundamentados, onde prevalece necessariamente a formação e a educação de todos os profissionais; torna-se perentório um conhecimento preciso sobre a dor, conhecer sua historia, com os seus dois lados inseparáveis, a física e a psicológica (DGS,2008)¹¹.E ainda pela prescrição cuidada de analgésicos, de acordo com a “escada analgésica” preconizada pela OMS¹². Desde a sua publicação em 1986, a Escada Analgésica da Dor, teve impacto clínico e educacional significativo em todo o mundo, a avaliar pelo interesse da comunidade científica e das publicações sobre assunto, desde então.

Nesta perspetiva, o sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes. Neste sentido, também a Ordem dos Enfermeiros (OE) reconhece a necessidade de ampliar as boas práticas e uniformizar os cuidados à pessoa com dor, estabelecendo em 2005 uma parceria com a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, no âmbito da formação.

A OE (OE 2008) criou ainda um guia de boas práticas para a pessoa com dor, contribuindo com dados relevantes sobre a individualidade da pessoa para a seleção mais adequada dos analgésicos e das vias de administração. O guia preconiza como princípios:

- ❖ Que toda a pessoa tem direito ao melhor controlo da dor;

⁹ Rebelo, M.R. - Decidir informado, Tese Mestrado em Bioética e Etica medica.FMUP,pag.7

¹⁰ Ribeiro, J. (2011). Autonomia profissional do enfermeiro. Revista de Enfermagem Referência. pag.29

¹¹ <https://www.dgs.pt/?ci=438&ur=1&newsletter=112>

¹² https://www.aped-dor.org/images/FactSheets/DorArticulacoes/18_Formatted_Portuguese.pdf

- ❖ A dor é uma experiência subjetiva, multidimensional, única e dinâmica;
- ❖ A dor pode existir mesmo na ausência de causas identificadas;
- ❖ A percepção e a expressão da dor variam na mesma pessoa e de pessoa para pessoa, de acordo com as características individuais, a história de vida, o processo de saúde / doença e o contexto onde se encontra inserida;
- ❖ A competência para avaliação e controlo da dor exige formação contínua;
- ❖ A avaliação da dor pressupõe a utilização de instrumentos de avaliação
- ❖ O controlo da dor requer uma abordagem multidisciplinar coordenada
- ❖ Os cuidadores principais e a família são parceiros ativos no controlo da dor;
- ❖ A tomada de decisão sobre o controlo da dor requer a colaboração da pessoa, dos cuidadores e da família;
- ❖ A dor não controlada tem consequências imediatas e a longo prazo pelo que deve ser prevenida,
- ❖ Os enfermeiros têm o dever ético e legal de advogar uma mudança do plano de tratamento quando o alívio da dor é inadequado;
- ❖ Os enfermeiros devem participar na avaliação formal do processo e dos resultados no controlo da dor ao nível organizacional
- ❖ Os enfermeiros têm a responsabilidade de se articular com outros profissionais de saúde na proposta de mudanças organizacionais que facilitem a melhoria das práticas de controlo da dor;
- ❖ Os enfermeiros devem defender a mudança das políticas e alocação de recursos que sustentem o controlo efetivo da dor.

Como recomendações para prática profissional do controlo da dor, o Guia da OE (2008). refere nos que devemos ajustar o plano terapêutico de acordo com os resultados da avaliação e com os recursos disponíveis; conhecer as indicações, as contra-indicações e os efeitos colaterais dos fármacos utilizados no controlo da dor e as interações medicamentosas; prevenindo o aparecimento dos efeitos colaterais mais frequentes da terapêutica analgésica;

Podemos afirmar que, no controlo da dor, têm relevância todas as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento. Sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o profissional de saúde tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados

aceitáveis pela pessoa. Para combater a dor, deve pôr-se em prática uma estratégia adequada. Consequentemente, o plano para uma boa gestão da dor é, essencialmente e de acordo com a literatura, baseada numa abordagem multidisciplinar.

2.2 - A avaliação e tratamento da dor

O sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes. Neste sentido, avaliação da dor apresenta-se como fundamento para o alívio da dor. Por esta razão, a DGS instituiu a dor como 5.º sinal vital, determinando como norma de boa prática que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas.

Contudo para a pessoa que sofre conseguir determinar a intensidade da dor, quer no momento da avaliação inicial, quer durante o tratamento, não é tarefa fácil, pois a determinação da intensidade da dor é sempre subjetiva. Como não existem métodos práticos objetivos de medição da dor, essa informação tem de ser obtida através de escalas. Desta forma, as escalas permitem que o profissional fique com uma ideia mais aproximada da perceção de cada pessoa.

Perante isto, devemos, enquanto profissionais, ter como fio condutor alguns princípios, que se mostram fundamentais para um controlo efetivo da dor, nomeadamente:

- Reconhecer que a pessoa é o melhor avaliador da sua própria dor;
- Acreditar sempre no que diz sentir a pessoa com dor;
- Avaliar a dor de forma regular e sistemática, desde o primeiro contacto, pelo menos uma vez por turno e / ou de acordo com protocolos instituídos, e normas de orientação.

Face à diversidade de instrumentos de heteroavaliação e autoavaliação da dor, damos maior destaque aos que se encontram validados para a população portuguesa.

As escalas fornecem uma avaliação quantitativa e qualitativa e possibilitam avaliar os mecanismos da dor e a repercussão afetiva, e, por isso, estes instrumentos de avaliação são de extrema importância, para tornar visível a eficácia dos tratamentos. Considerando que uma grande parte dos sintomas podem ser subjetivos, individuais e pluridimensionais, devemos sempre acreditar na dor do doente, independente da nossa observação, sabemos muitas vezes que esta dor não é somente física mas

também de outra natureza. Por isso, cabe-nos enquanto profissionais, tentar perceber a fonte dessa mesma dor.

As observações dos cuidadores e dos familiares podem e devem sempre complementar esta nossa avaliação, sem nunca descurar que a avaliação de terceiros pode ser influenciada pelos seus próprios critérios e valores morais e, por isso, poderá, por vezes, falsear a avaliação da dor (Haozous et al..2009). Resumindo, todos estes fatores, devem ser tidos, por nós, em linha de conta, aquando da avaliação da dor.

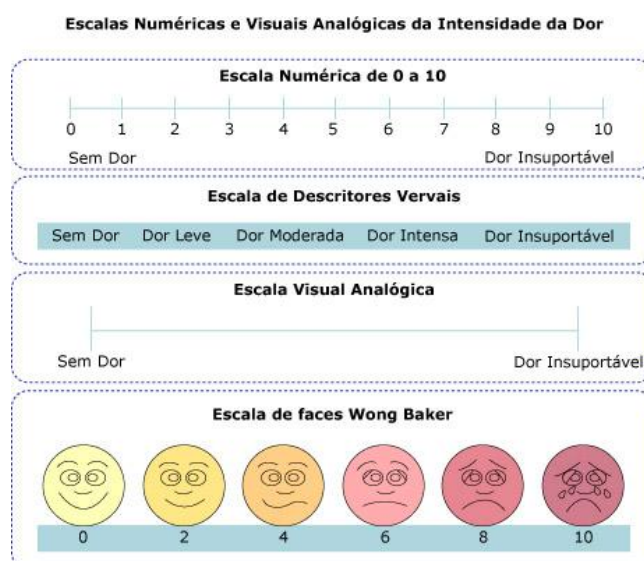
Independentemente da grelha de avaliação da dor que se utilizar existem dados que são fundamentais: histórico da dor; características atuais da dor; contexto familiar; exames clínicos; situação clínica atual; idade.

A DGS, no uso das suas competências técnico-normativas e depois de ouvida a Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, institui, a “Dor como o 5º sinal vital”. Nestes termos, considera-se como norma de boa prática, avaliar e registar a intensidade da dor de forma sistemática, em todos os doentes, sem esquecer o registo dos sinais e sintomas vitais e da intensidade da dor.

Nesta avaliação, para medir a intensidade da dor, deve ser utilizada, uma escala validada para o contexto português, sem esquecer de fazer um ensino prévio e ter a certeza de que o doente compreende corretamente o significado e a utilização da escala. Por ultimo registar na escala selecionada a primeira e observações seguintes, é muito importante usar sempre a mesma escala, a não ser que se altere o estado clínico do doente. Sem esquecer o registo da escala utilizada para que se possa assegurar a continuidade de cuidados.

Assim sendo, assumem particular importância, as Escalas unidimensionais (figura 4) que podem assumir vários formatos:

Figura 4: Escalas numéricas e visuais analógicas da intensidade de dor



Fonte: Circular Normativa Nº 09/DGCG, 14/06/2003; A dor como 5º sinal vital. registo sistemático da intensidade da dor

Escala Visual Analógica: Consiste numa linha horizontal ou vertical, com 10cm, e tem assinalada numa extremidade a classificação "Sem Dor" e na outra a classificação "Dor insuportável". A pessoa deveria colocar uma indicação no ponto que representa a sua intensidade da dor. Posteriormente, mede-se em centímetros a distância entre o início da linha (que corresponde a zero) e o local assinalado, obtendo-se uma classificação numérica.

Escala Verbal Simples: Nesta escala questiona-se a pessoa que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos: "Sem Dor"; "Dor Ligeira"; "Dor Moderada"; "Dor Intensa"; "Dor insuportável".

Escala Numérica: Consiste em uma régua graduada de «sem dor» (0) a «dor insuportável» (10), consoante a intensidade da dor. A pessoa indica nessa escala o nível da sua dor no presente.

Escala de Faces: Nesta escala é pedido à pessoa que classifique a intensidade da sua dor de acordo com mímica representada em cada face desenhada, sendo que a expressão de felicidade corresponde a classificação "Sem Dor" e a expressão de máxima tristeza corresponde a classificação "Dor Máxima".

Esta escala de faces tem sido muito utilizada para mensuração da dor em idosos com demência e mostrou bastante fidedignidade, quando utilizada com indivíduos idosos. Mostra-se também como alternativa fiel para avaliar a intensidade de dor em indivíduos com baixo nível educacional, sem alterações cognitivas ou com alterações

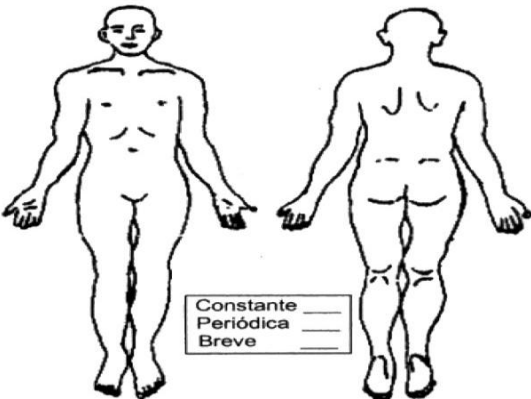
cognitivas leves.¹³ Porém, apresenta limites quando utilizada em doentes com alterações cognitivas graves (DGS,2010).

Porém para uma avaliação precisa não nos poderíamos ficar só por este tipo de escalas. Além das unidimensionais, existem outros tipo de escalas, nomeadamente, o denominado Questionário de Dor de McGill (QDM) (figura 5) que se utiliza para avaliação dos aspetos sensoriais e afetivos. Inclui um diagrama corporal para localização da experiência dolorosa, uma escala de intensidade e 78 descritores de dor agrupados em 4 grandes grupos e 20 subgrupos.

Figura 5 Questionário de dor de McGill

McGill Pain Questionnaire – Português

Nome _____ Data _____ Hora _____
 Analgésico(s) _____ Dosagem _____ Hora da Adm. _____
 analgésico(s) _____ Dosagem _____ Hora da Adm. _____
 Intervalo de Administração dos Analgésicos +4 +1 +2 +3
 IAvD: S _____ Af _____ Av _____ M(S) _____ M(AfAv) _____ M(T) _____ PRI (T) _____
 (1-10) (11-15) (16) (17-19) (20) (17-20) (1-20)

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1 Espasmódica</td><td>11 Cansativa</td></tr> <tr><td>Tremor</td><td>Exaustiva</td></tr> <tr><td>Pulsátil</td><td>12 Enjoativa</td></tr> <tr><td>Latejante</td><td>Sufocante</td></tr> <tr><td>Martelante</td><td>13 Amedrontadora</td></tr> <tr><td>2 Crescente</td><td>Apavorante</td></tr> <tr><td>Repentina</td><td>Aterrorizante</td></tr> <tr><td>Provocada</td><td>14 Castigante</td></tr> <tr><td>3 Picada</td><td>Debilicante</td></tr> <tr><td>Agulhada</td><td>Cruel</td></tr> <tr><td>Perfurante</td><td>Perversa</td></tr> <tr><td>Punhalada</td><td>Mortal</td></tr> <tr><td>Lancinante</td><td>15 Desgraçada</td></tr> <tr><td>4 Aguda</td><td>Enlouquecedora</td></tr> <tr><td>Cortante</td><td>16 Incômoda</td></tr> <tr><td>Dilacerante</td><td>Perturbadora</td></tr> <tr><td>5 Beliscante</td><td>Desconforto</td></tr> <tr><td>Pressionante</td><td>Intensa</td></tr> <tr><td>Pinçante</td><td>Insuportável</td></tr> <tr><td>Cãibra</td><td>17 Difusa</td></tr> <tr><td>Esmagamento</td><td>Irradiante</td></tr> <tr><td>6 Fisgada</td><td>Penetrante</td></tr> <tr><td>Puxão</td><td>Que transpassa</td></tr> <tr><td>Distensão</td><td>18 Aperto</td></tr> <tr><td>7 Quente</td><td>Dormente</td></tr> <tr><td>Queimação</td><td>Estirante</td></tr> <tr><td>Escaldante</td><td>Esmagadora</td></tr> <tr><td>Queimadura</td><td>Demolidora</td></tr> <tr><td>8 Formigamento</td><td>19 Fresca</td></tr> <tr><td>Coceira</td><td>Fria</td></tr> <tr><td>Ardência</td><td>Congelante</td></tr> <tr><td>Ferroadada</td><td>20 Importunante</td></tr> <tr><td>9 Insensibilidade</td><td>Nauseante</td></tr> <tr><td>Sensibilidade</td><td>Angustiante</td></tr> <tr><td>Que Machuca</td><td>Desagradável</td></tr> <tr><td>Dolorida</td><td>Torturante</td></tr> <tr><td>Forte</td><td>IAD</td></tr> <tr><td>10 Suave</td><td>0 Sem dor</td></tr> <tr><td>Tensão</td><td>1 Leve</td></tr> <tr><td>Esfolante</td><td>2 Desconfortante</td></tr> <tr><td>Rompimento</td><td>3 Angustiante</td></tr> <tr><td></td><td>4 Horrível</td></tr> <tr><td></td><td>5 Excruciante</td></tr> </table>	1 Espasmódica	11 Cansativa	Tremor	Exaustiva	Pulsátil	12 Enjoativa	Latejante	Sufocante	Martelante	13 Amedrontadora	2 Crescente	Apavorante	Repentina	Aterrorizante	Provocada	14 Castigante	3 Picada	Debilicante	Agulhada	Cruel	Perfurante	Perversa	Punhalada	Mortal	Lancinante	15 Desgraçada	4 Aguda	Enlouquecedora	Cortante	16 Incômoda	Dilacerante	Perturbadora	5 Beliscante	Desconforto	Pressionante	Intensa	Pinçante	Insuportável	Cãibra	17 Difusa	Esmagamento	Irradiante	6 Fisgada	Penetrante	Puxão	Que transpassa	Distensão	18 Aperto	7 Quente	Dormente	Queimação	Estirante	Escaldante	Esmagadora	Queimadura	Demolidora	8 Formigamento	19 Fresca	Coceira	Fria	Ardência	Congelante	Ferroadada	20 Importunante	9 Insensibilidade	Nauseante	Sensibilidade	Angustiante	Que Machuca	Desagradável	Dolorida	Torturante	Forte	IAD	10 Suave	0 Sem dor	Tensão	1 Leve	Esfolante	2 Desconfortante	Rompimento	3 Angustiante		4 Horrível		5 Excruciante	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> Intensidade Atual de Dor (IAD) _____ Comentários: _____ </div> <div style="text-align: center;">  </div>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Sintomas que Acompanham: náusea _____</td> <td style="width: 33%;">Sono: Bom _____</td> <td style="width: 33%;">Ingestão de alimentos: Boa _____</td> </tr> <tr> <td>Dor de cabeça _____</td> <td>Descontínuo _____</td> <td>Alguma _____</td> </tr> <tr> <td>Tontura _____</td> <td>Insônia _____</td> <td>Pouca _____</td> </tr> <tr> <td>Sonolência _____</td> <td>Comentários: _____</td> <td>Nenhuma _____</td> </tr> <tr> <td>Constipação _____</td> <td></td> <td>Comentários: _____</td> </tr> <tr> <td>Diarréia _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Comentários: _____</td> <td>Atividades: Boa _____</td> <td>Comentários: _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Alguma _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Pouca _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Nenhuma _____</td> <td></td> </tr> </table>	Sintomas que Acompanham: náusea _____	Sono: Bom _____	Ingestão de alimentos: Boa _____	Dor de cabeça _____	Descontínuo _____	Alguma _____	Tontura _____	Insônia _____	Pouca _____	Sonolência _____	Comentários: _____	Nenhuma _____	Constipação _____		Comentários: _____	Diarréia _____			Comentários: _____	Atividades: Boa _____	Comentários: _____		Alguma _____			Pouca _____			Nenhuma _____	
1 Espasmódica	11 Cansativa																																																																																																																					
Tremor	Exaustiva																																																																																																																					
Pulsátil	12 Enjoativa																																																																																																																					
Latejante	Sufocante																																																																																																																					
Martelante	13 Amedrontadora																																																																																																																					
2 Crescente	Apavorante																																																																																																																					
Repentina	Aterrorizante																																																																																																																					
Provocada	14 Castigante																																																																																																																					
3 Picada	Debilicante																																																																																																																					
Agulhada	Cruel																																																																																																																					
Perfurante	Perversa																																																																																																																					
Punhalada	Mortal																																																																																																																					
Lancinante	15 Desgraçada																																																																																																																					
4 Aguda	Enlouquecedora																																																																																																																					
Cortante	16 Incômoda																																																																																																																					
Dilacerante	Perturbadora																																																																																																																					
5 Beliscante	Desconforto																																																																																																																					
Pressionante	Intensa																																																																																																																					
Pinçante	Insuportável																																																																																																																					
Cãibra	17 Difusa																																																																																																																					
Esmagamento	Irradiante																																																																																																																					
6 Fisgada	Penetrante																																																																																																																					
Puxão	Que transpassa																																																																																																																					
Distensão	18 Aperto																																																																																																																					
7 Quente	Dormente																																																																																																																					
Queimação	Estirante																																																																																																																					
Escaldante	Esmagadora																																																																																																																					
Queimadura	Demolidora																																																																																																																					
8 Formigamento	19 Fresca																																																																																																																					
Coceira	Fria																																																																																																																					
Ardência	Congelante																																																																																																																					
Ferroadada	20 Importunante																																																																																																																					
9 Insensibilidade	Nauseante																																																																																																																					
Sensibilidade	Angustiante																																																																																																																					
Que Machuca	Desagradável																																																																																																																					
Dolorida	Torturante																																																																																																																					
Forte	IAD																																																																																																																					
10 Suave	0 Sem dor																																																																																																																					
Tensão	1 Leve																																																																																																																					
Esfolante	2 Desconfortante																																																																																																																					
Rompimento	3 Angustiante																																																																																																																					
	4 Horrível																																																																																																																					
	5 Excruciante																																																																																																																					
Sintomas que Acompanham: náusea _____	Sono: Bom _____	Ingestão de alimentos: Boa _____																																																																																																																				
Dor de cabeça _____	Descontínuo _____	Alguma _____																																																																																																																				
Tontura _____	Insônia _____	Pouca _____																																																																																																																				
Sonolência _____	Comentários: _____	Nenhuma _____																																																																																																																				
Constipação _____		Comentários: _____																																																																																																																				
Diarréia _____																																																																																																																						
Comentários: _____	Atividades: Boa _____	Comentários: _____																																																																																																																				
	Alguma _____																																																																																																																					
	Pouca _____																																																																																																																					
	Nenhuma _____																																																																																																																					

Fonte: Questionário da dor de McGill (QDM)¹⁴

¹³ Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoas idosas,(DGS,2010)

¹⁴ Varoli, Fernando & Pedrazzi, Vinicius. (2006). Adapted version of the McGill Pain Questionnaire to Brazilian Portuguese. Brazilian dental journal. 17. 328-35. 10.1590/S0103-64402006000400012

Para os autores que a adaptaram e traduziram (Varoli & Pedrazzi,2006), apontaram restrições para o uso do QDM em indivíduos, idosos, especialmente quando analfabetos ou com alterações cognitivas. Porém, o Questionário dor de McGill mostra-se útil para obtenção de informações qualitativas da dor quando utilizado no idoso com impedimentos cognitivos. Na diversa literatura consultada, a vantagem deste questionário encontra-se centrada no direcionamento de alguns idosos para a classificação do “desconforto” e do “sofrimento”, muitas vezes referidos como queixa de dor.

Outra das escalas de avaliação dor é a Abbey Pain Scale (figura 6) constituída por 6 itens de avaliação, que correspondem a indicadores não-verbais de presença de dor: vocalização; expressão facial; alteração da linguagem corporal; alteração comportamental; alteração fisiológica e alterações físicas.

Figura 6- Escala avaliação da dor Abbey Pain Scale

Vocalização: ex: geme, chora, choraminga			
Ausente 0	Ligeira 1	Moderada 2	Severa 3
Expressão facial: ex: apresenta expressão tensa, franze, a testa, faz esgares, parece assustado			
Ausente 0	Ligeira 1	Moderada 2	Severa 3
Alteração da linguagem corporal: Ex: agitação, balança-se, protege uma parte do corpo, isola-se			
Ausente 0	Ligeira 1	Moderada 2	Severa 3
Alteração comportamental: Ex: mais confuso, recusa-se a comer, apresenta alteração nos padrões habituais.			
Ausente 0	Ligeira 1	Moderada 2	Severa 3
Alteração fisiológica: Ex: temperatura, ritmo cardíaco ou TA fora dos limites normais, transpiração, rubor ou palidez.			
Ausente 0	Ligeira 1	Moderada 2	Severa 3
Alterações físicas: Ex: lacerações da pele, zonas de pressão, artrite, contraturas, lesões anteriores			
Ausente 0	Ligeira 1	Moderada 2	Severa 3
Valor total Dor_____			

Fonte: Versão portuguesa a escala The Abbey Pain Scale¹⁵

Em cada item é atribuída uma pontuação de acordo com as opções: “ausente=0”, “ligeiro=1”, “moderado=2” e “severo=3”. O somatório dos 6 itens traduz-se no score total compreendido 0 e 18, sendo que a sua correspondência em termos de dor é a seguinte: 0 a 2 - sem dor; 3 a 7 - dor ligeira; 8 a 13 - dor moderada; 14 a 18 - dor severa (Rodrigues,pag.53,2013) .

Fonte: Rodrigues Alexandra, Avaliação da Dor ao Doente Oncológico em Cuidados Paliativos Incapaz de Comunicar- Validação Cultural da Abbey Pain Scale, ESE Coimbra 2013

A Abbey Pain Scale está validada para a população portuguesa desde 2013 por Alexandra Rodrigues (2013). De acordo com o estudo de Lersel, et al.. (2006), demonstra ser uma das escalas comportamentais mais fiáveis para aplicar a doentes com alterações cognitivas.

A avaliação da intensidade da dor pode efetuar-se com recurso a qualquer uma das escalas propostas. A intensidade da dor é sempre a referida pelo doente, e a semelhança dos sinais vitais, a intensidade da dor que é registada refere-se ao momento da sua colheita. As escalas referidas aplicam-se a doentes conscientes e colaborantes, com idade superior a três anos. Existem, contudo, outros métodos de avaliação específicos, para doentes que não preencham estes critérios. Mas a escala utilizada, para um determinado doente, deve ser sempre a mesma.

Não obstante, para uma correta avaliação da intensidade da dor é necessária a utilização de uma linguagem comum entre o profissional de saúde e o doente, que se traduz por uma padronização da escala a utilizar e pelo ensino prévio à sua utilização. É fundamental que o profissional de saúde se assegure que o doente compreende, corretamente, o significado e utilização da escala utilizada.

Todos os profissionais de saúde devem seguir alguns princípios básicos para o tratamento da dor e adotar estratégias de prevenção e controlo da dor dos indivíduos ao seu cuidado, contribuindo para o seu bem-estar, redução da morbilidade e humanização dos cuidados de saúde. Deve ser dada particular atenção à prevenção e controlo da dor provocada pelos atos de diagnóstico ou terapêutica. O tratamento diferenciado da dor deve ser efetuado a todos os níveis das redes de prestação de cuidados de saúde.

Os princípios gerais do controle da dor foram sumarizados pela Organização Mundial de Saúde (Instituto Nacional de Câncer, 2001, Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. INCA. Rio de Janeiro,pag.21,)¹⁶ através de uma metodologia eficaz que permite aliviar este sintoma em mais de 80% dos casos. Este método pode ser sistematizado em cinco orientações:

- ❖ “Pela boca”: preferencialmente a via oral;
- ❖ “Pelo relógio”: prescrever segundo o tempo de ação dos fármacos, e não apenas quando o doente tiver dor;
- ❖ “ Pela escada”: Uso da escada analgésica, ou seja, respeitar uma hierarquia de fármacos;

¹⁶Brasil, Ministério da Saúde e Instituto Nacional Câncer. Cuidados Paliativos Oncológicos - Controle da Dor 2011.http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_dor.pdf

- ❖ “Para pessoa ”: A dose certa é a dose que alivia a dor;
- ❖ “Observar os detalhes”: Prescrição clara, em horários regular, e com doses de resgate.

Atendendo a que a dor é uma construção multidimensional, é necessária uma avaliação disciplinada e também ela multidimensional. Deve evitar-se atrasar a intervenção e comunicar com doentes, famílias e cuidadores com uma abordagem sistemática, em passos, para evitar o agravamento.

Dores constantes requerem uso de analgésicos regulares com instruções claras e precisas sobre a dose a ser utilizada. Todavia, o analgésico é apenas uma parte do tratamento de uma dor que é total.

No tratamento da dor crónica implicará sempre uma abordagem biopsissocial, numa perspectiva multidimensional, envolvendo diferentes grupos profissionais, em que os aspetos orgânicos serão uma parte importante, mas não o todo, na busca da plena reinserção destes, no seu meio social, laboral e familiar

Prescrever opióides, sem mitos ou dogmas, mas providos do conhecimento necessário, pois concordamos, que nem toda a dor se trata com morfina. Contudo estes grupo de analgésicos são fundamentais no tratamento da dor crónica.

2.3 - A morfina na gestão da dor crónica

A morfina enquanto fármaco do grupo opióides está indicada no tratamento da dor. As regras para a sua utilização no controlo da dor crónica oncológica foram estabelecidas e aprovadas pela Organização Mundial de Saúde(2005).

A utilização da morfina é muito eficaz no alívio de muito tipos de dor quer aguda ou crónica. Possui rápida absorção após ingestão oral, na porção superior do intestino delgado, sendo metabolizada no fígado e excretada por via renal. É a droga mais usada para a dor moderada a severa e crónica, sendo que a morfina oral de libertação rápida tem início de ação cerca de 30 minutos após a administração e duração de aproximadamente 4 horas. A morfina de libertação lenta tem início de ação passado cerca de uma hora, com pico às 2-3 horas e duração de aproximadamente 12 horas (Portenoy R., 2011).

Ópio, opiáceos, opióides, morfina e outros, são diferentes nomes com algumas particularidades, que servem para identificar um grupo de substâncias que induzem efeitos farmacológicos muito próprios.

O ópio é extraído da seiva seca da papoila (*Papaver somniferum*). quando seco passa a chamar pó de ópio. Nele existem várias substâncias com grande atividade, a mais conhecida é a morfina, palavra que vem do deus da mitologia grega Morfeu, o deus dos sonhos.

O conhecimento do ópio remonta talvez à pré-história ou, pelo menos, a períodos históricos muito distantes. Sementes e de papoula foram encontradas em uma vila da era Neolítica. A terminologia dos derivados do ópio tem sido alterada com o decorrer dos anos. Já foram denominados narcóticos, hipnoanalgésicos termos considerados impróprios, por alguns, por incluírem outras substâncias que provocam sono.

Também já foram intitulados opiáceos, de início uma designação genérica, e depois restrita aos derivados naturais do ópio. O termo opióides foi proposto por Acheson para designar as drogas com ação semelhante à da morfina, porém com estrutura química diferente. Contudo, o conceito de opióides evoluiu e passou a incluir todas as substâncias naturais, semissintéticas ou sintéticas que reagem com os recetores opióides, quer como agonista, quer como antagonistas. (Lima, 2013).

Nas sociedades europeias a dor foi durante muitos séculos encarada como punição divina, necessária para purificação do espírito e do corpo. Daí que as tentativas para aliviar a dor, o sofrimento e a doença, usando ervas, cataplasmas e compostos químicos, eram muito frequentes. No século XVII surgiram preparações das quais se pode destacar o Pó de Dover que consistia em uma mistura de ópio, sal, tártaro, alcaçuz e ipecacuanha, da autoria de Le Mort, professor da Universidade de Leyden entre 1702 e 1718 (Duarte, 2025).

Hipócrates (460 a. C.-377 a. C.) preconizou o uso de Ópio (*Papaver somniferum*) para alívio da dor. Afirmou que a planta induzia alucinações e sonolência e que “os que o comem ficam sem sentidos, remexem-se como burros e relinçam como cavalos”! Terá sido um dos primeiros a utilizar a casca de Salgueiro (*salix alba*), precursor do ácido acetilsalicílico, no tratamento da dor. Terá usado o ópio para tratar a dor em diversos procedimentos cirúrgicos.

A morfina já tem mais de 200 anos, como estupefaciente antigo e por isso com um conhecimento profundo dos mecanismos de ação e também dos efeitos secundários. É usada principalmente para aliviar a dor de pacientes com dores crónicas, estádios de doença avançados ou em pós-operatórios. Entrou para a História no seculo XIX, a partir do esforço individual de um jovem bem curioso, o alemão Friedrich Wilhelm Adam Sertürner.

O aprendiz de boticário, realizou uma série de experiências, conseguiu eventualmente isolar um cristal meio amarelado, que na verdade era um alcaloide, ao qual deu o nome de morhium, em homenagem ao deus grego do sono, Morfeu. Alguns anos depois, na França, a substância ganhou o nome universal de "morphine" (Le Marec, 2004).

Em Portugal o Herbário do Departamento de Botânica da Universidade de Coimbra iniciado por Júlio Augusto Henriques (1873) possui 700.000 exemplares e é objeto de consideração internacional. Construíram ao longo dos séculos um meio de estudo e de formação não apenas em Botânica mas, sobretudo na Botânica aplicada à em Medicina (Lima, 2013).

O número de organizações médicas interessadas no controlo da dor está a aumentar de forma significativa. A este aumento associou-se também o aumento dos conhecimentos sobre dor e um maior número de profissionais empenhados no seu tratamento adequado. No entanto, as situações de dor não controlada continuam a ser o principal motivo de referência para as Unidades de Cuidados Paliativos.

Os opióides atuam a nível celular ligando-se aos recetores opióides presentes em todo sistema nervoso central, especialmente na área cinzenta periaquedutal, córtex cerebral, tálamo e substância gelatinosa da medula espinhal. São uns dos fármacos mais utilizados para o tratamento da dor em diversas doenças, sendo eficazes para praticamente todas as síndromes dolorosas, devido a seu alto grau de potencialidade (Kraychete e Akata, 2011).

Ainda no seculos XIX, começam a ser relatados os primeiros efeitos secundários com este estupefaciente, mas o grande impacto surgiu pelo escritor inglês de Quincey, quando escreveu o livro intitulado "*Confessions of an English Opium Eater*".

Nesta autobiografia relata a sua dependência ao ópio. O livro causou um grande impacto na opinião pública, não pelo fato de ser um registo de um viciado em ópio, mas o fato de ser um estudo pioneiro da interferência do subconsciente, com os opiáceos, e isso despertou a comunidade científica para uma prática mais limitada no uso de morfina (Strang, 1990).

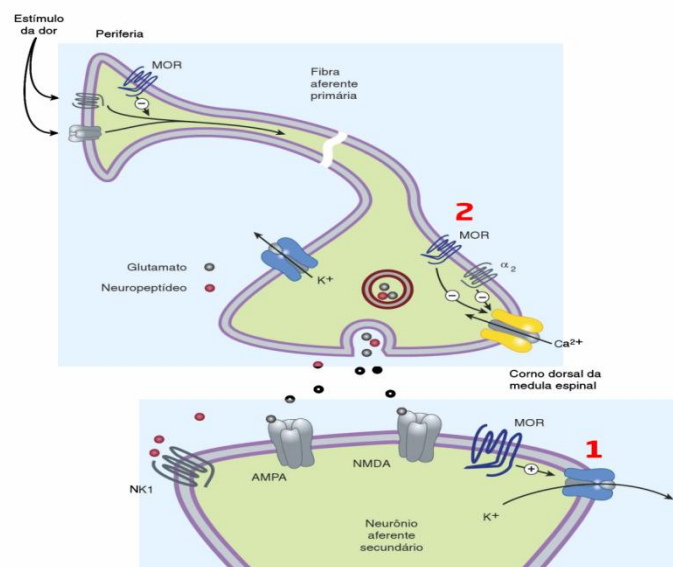
Os opióides atuam a nível celular ligando-se aos recetores opióides presentes em todo sistema nervoso central (SNC), especialmente no núcleo do trato solitário, área cinzenta periaquedutal, córtex cerebral, tálamo e substância gelatinosa da medula espinhal. Recetores opióides podem também estar presentes em terminações nervosas aferentes periféricas e em diversos outros órgãos. A eficácia dos opióides administrados diretamente ao compartimento central é evidente, porém em caso de

administração periférica em situações de pós-trauma ou estado inflamatório, a sua eficácia não é tão confiável. Os recetores opióides são ligados às proteínas G inibitórias.

A ativação dessa proteína desencadeia uma cascata de eventos: encerramento dos canais de cálcio dependentes, redução na produção de monofosfato de adenosina cíclico e estímulo ao efluxo de potássio, que resultam em hiperpolarização celular. Assim, o efeito final é a redução da excitabilidade neuronal, originando a redução da neurotransmissão de impulsos nociceptivos. Agonistas opióides puros (morfina, diamorfina, petidina, fentanil) apresentam alta afinidade com os recetores opióides e elevada atividade intrínseca a nível celular. Agonistas parciais (buprenorfina, pentazocina) ao ligarem-se aos recetores opióides produzem efeito submáximo quando comparados aos agonistas puros. Antagonistas opióides (naloxone, naltrexone) possuem afinidade com os recetores, porém nenhuma atividade intrínseca.

Os fármacos opióides usados em terapia apesar de não serem proteínas têm conformações semelhantes em solução às dos opióides endógenos, ativando os recetores em substituição destes.

Figura 7 Mecanismos de ação morfina



Fonte Katzung (2014)

A fixação da morfina no recetor *mu* diminui a produção de monofosfato de adenosina cíclico intracelular e inibe os canais potássio e cálcio, levando a uma redução da libertação de neurotransmissores e conseqüentemente da transmissão da sensação da dor.

O metabolismo dos opióides ocorre no fígado, com os metabolitos hidrofílicos sendo excretados predominantemente por via renal, embora uma pequena quantidade seja excretada na bÍlis ou inalterada na urina. Determinados fatores podem afetar a farmacocinética tais como a idade, doença hepática ou renal e obesidade. Vários opióides apresentam semividas plasmáticas relativamente curtas dos quais a morfina, hidromorfona e o fentanilo são alguns exemplos (Hank *et al.*, 2011).

2.3.1 Mitos sobre o uso da morfina, benefícios versus efeitos indesejáveis

Morfina continua a ser o opióide de eleição, não porque seja mais eficaz do que os outros, mas por razões de familiaridade, de disponibilidade e de custo. Apresenta como vantagem/benefício, efeito rápido e libertação de curta duração de ação. O pico de concentração plasmática atinge-se em 1 hora e a duração de efeito é de cerca de 4 horas. As formas de libertação modificada têm o pico entre as 2 e as 4 horas, o qual, é atenuado, e o seu efeito dura 12 horas. Não existe nenhuma dose limite para a morfina, tendo sido descritas doses de 2.5mg de 4/4 horas até mais de 250mg de 4/4 horas ou o seu equivalente em formas de libertação modificada. O limite é o controlo do sintoma ou o aparecimento de efeitos laterais intoleráveis (Goncalves F, 2011).

Em doses usualmente utilizadas, os efeitos indesejáveis mais comuns da morfina passam por, ligeira náuseas ou vómito, obstipação, sonolência e confusão mental, sudação, euforia; o seu uso prolongado geralmente desenvolve habituação. De igual modo por vezes mesmo em doses terapêuticas pode existir uma moderada depressão respiratória. Dependência física e psíquica pode surgir após a primeira e a segunda semana. Síndrome de privação surge algumas horas após a paragem do tratamento prolongado e atinge um máximo entre a 36ª e 72ª horas.¹⁷

O sulfato de morfina exerce então os seus efeitos em diversos sistemas: No sistema nervoso central, no sistema respiratório e por último no sistema cardiovascular.

O tratamento com opióide de sucesso implica que os benefícios superem efetivamente os efeitos adversos induzidos pelos fármacos. Deste modo, é fundamental reconhecer os efeitos adversos dos opióides e, sempre que possível, usar estratégias profiláticas para os contrariar ou evitar, e também, explicá-los ao doente e família para facilitar a sua compreensão e aceitação.

Assim, como efeitos indesejáveis encontram-se a depressão respiratória que é provavelmente o efeito lateral mais temido da terapêutica com opióides. Esta

¹⁷ http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=9875&tipo_doc=fi

complicação pode de facto surgir nas primeiras administrações, mas também depende da via de administração, do facto de nunca ter sido administrado opióides ao doente ou quando sofre de alterações metabólicas graves.¹⁸

No sistema nervoso central, os opióides tem basicamente os mesmos efeitos que é diminuir a sua atividade. Mas estas diferenças ocorrem mais em sentido quantitativo, isto é, são mais ou menos eficientes em produzir os mesmos efeitos. Este facto acontece principalmente nas primeiras tomas, onde se verifica um efeito mais sedativo, que resulta de duas componentes: por um lado os picos de concentração plasmática, que resultam do horário de administração, sobretudo nas formas de libertação retardada, e, por outro lado, de uma situação de fadiga e alterações do padrão sono, que acompanham estas situações de dor crónica(Sykes e Thorns,2003).

Assim, este feito, produz analgesia e hipnose, daí receberam também o nome de narcóticos, que são exatamente as drogas capazes de produzir dois efeitos: sono e diminuição da dor. Esta situação pode voltar a surgir quando se aumenta a dose, sobretudo nas situações de dor que surgem unicamente com os movimentos. Mas este efeito desvanece quando do uso corrente da terapêutica (Morgan,1994).

A dor é no entanto um poderoso antagonista da ação depressora dos opióides, motivo pelo qual esta situação raramente ocorre na dor severa. A depressão respiratória associa-se sempre à sedação, pelo que uma atitude atenta por parte dos profissionais é quase sempre suficiente para prevenir esta situação (Fragoso,2017).

Na verdade, com muita frequência, ouvimos os profissionais saúde referir, que os opióides podem causar depressão respiratória, especialmente em doentes com patologia cardiopulmonar e podem ser responsáveis pelo encurtamento de vida. Contudo estudos acerca da relação entre a dose de opióide, alterações de dose, uso de sedativos e tempo de vida na doença avançada não têm demonstrado uma relação significativa entre esses fatores (Sykes ,N e Thorns,A. 2003).

O desconhecimento acerca da sua farmacocinética leva a que muitas das vezes não seja eleita, como analgesia de eleição, para controlo da dor crónica, apesar de ser um excelente fármaco para quem dela sofre. Neste sentido, criando alguns mitos.

Para melhor analisarmos esta particularidade, impõe-se, antes de mais, proceder à definição de alguns termos. Mito segundo o dicionário infopédia da língua portuguesa¹⁹, é uma lenda ou um fato que "relata as proezas de deuses ou de heróis, suscetível de fornecer uma explicação do real, nomeadamente no que diz respeito a

¹⁸ https://www.aped-dor.org/images/biblioteca_dor/pdf/Opioides.pdf

¹⁹ Fonte:[https://www.infopedia.pt/\\$mito](https://www.infopedia.pt/$mito)

certos fenómenos naturais ou a algumas facetas do comportamento humano". Podemos, assim, segundo esta definição afirmar que os mitos acerca da ação da morfina e da sua utilização, são baseados em crenças e não, em fundamentos científicos. Tais crenças constituem no nosso entender um impeditivo da sua utilização e por conseguinte, de um controlo adequado da dor.

Na revisão bibliográfica efetuada a Opiofobia é definida como um conjunto de falsas crenças sobre os efeitos negativos da morfina no tratamento da dor. Esta atitude inadequada dos profissionais na gestão da dor, é-nos referida como falta de conhecimento (Elliot & Elliot, 1992). A morfofobia parece generalizada e causada por ignorância, preconceitos, falsas crenças, estratégias de marketing económico e limitações na disponibilidade de morfina (Verloo et al., 2010).

Na década de 1870, a acessibilidade sem receita em alguns países e a automedicação levaram à "narcomania" (Meldrum, 2003). Esta excessiva dose de opióides resultou num medo irracional para alguns, designada como opiofobia. Esse medo foi ficando e prevalece, ainda hoje, entre os doentes, famílias e profissionais de saúde (Jovey et al., 2002).

Segundo Patterson (2008), no seu artigo publicado na revista "Nursing", existem vários mitos associados aos opiáceos, de entre muitos, prioriza seis, que são segundo o mesmo autor, os mais frequentes entre os Profissionais de saúde e encontram-se relacionados com os seus efeitos farmacológicos.

1.º mito: *Segundo os enfermeiros, estes pensam que dão sempre doses adequadas de opióides, para o controlo da dor.* Segundo este autor e outros (EAD, 2005). Isto não corresponde à realidade. De um modo geral, a maioria dos profissionais fornecem medicação contra a dor em doses mais baixas do que as prescritas, não permitindo uma sedação completa.

2º mito: *A utilização de opiáceos conduz ao vício.* Prescritos adequadamente em doses adequadas para eliminar a dor, os opióides raramente levam ao vício (Verloo et al, 2010). Quando os profissionais saúde receiam que o uso de opióides leve ao vício, ficam relutantes em prescrever ou administrar esta terapêutica em doses apropriadas. Para controlar a dor, administra-se opióides precocemente e diminui-se à dose, conforme a dor é aliviada (EAD, 2005).

3º mito: *Os opióides causam forte sedação.* Quando se inicia o tratamento da dor, com opióides, estes, devem ser monitorizados de perto, nas primeiras 24 a 48 horas, porque a sedação precede a depressão respiratória. Já que para os doentes que tomam opióides a longo prazo, estes desenvolvem uma melhor tolerância a efeitos

adversos, como a sedação. Deveremos estar sempre atentos aquando da anamnese, pois esta sedação pode ser causada por associação a outras terapêuticas (Vilensky, 2002).

De acordo com Verloo et al., 30,5% dos profissionais de saúde, entrevistados num estudo anteriormente referido, em Portugal, relatam como efeitos colaterais adversos da morfina a sonolência/sedação e levando à depressão respiratória (Verloo et al., 2010)

4º mito: *Alguns tipos de dor não podem ser suprimidos.* Todo o tipo de dor pode e deve ser tratada, podendo no entanto em alguns casos, necessitar de uma abordagem mais abrangente e multidisciplinar, ou então, tão simples como a combinação dos opióides com outros tipos de fármacos, que vão atuar como adjuvantes. Uma avaliação precisa e um histórico completo da dor podem ajudar o clínico a prescrever medicamentos e outras intervenções que mantêm a dor do doente controlada (EAD, 2005).

A capacidade de aliviar efetivamente a dor está disponível para todos os profissionais de saúde e deve constituir uma preocupação primordial no tratamento de doentes. Todavia, muitas vezes, é dada a esta faculdade uma prioridade baixa ou até ignorada completamente. A apatia em relação ao sofrimento experimentado pode ser misturada com o medo do uso dos analgésicos comuns. Os nossos próprios preconceitos e ignorância também podem contribuir, para uma gestão pouco eficaz no controlo da dor

5º mito: *A dor crónica pode ser tratada adequadamente quando se administra/prescreve opiáceos apenas em SOS (quando necessário).* A morfina tem uma semivida de eliminação do plasma de 2 a 3,5 horas, e uma duração analgésica de 4 a 6 horas, pelo que o efeito cumulativo é pequeno se não for administrada com intervalos de tempo inferiores a 4 horas (Conno et al., 2005). Administrar apenas quando necessário irá causar picos de medicação nos níveis sanguíneos analgésicos, exigindo níveis mais altos de medicação para controlar a dor. Administração de analgesia em doses certas a horas certas, resulta em um nível mais constante de medicamento e previne o aparecimento de dor severa e é tanto mais fácil de manter, quanto mais mantivermos as concentrações plasmáticas do fármaco dentro do que se convencionou chamar o «corredor analgésico» do doente (EAD, 2005).

A dor como já referido anteriormente é um processo altamente individualizado e uma única abordagem farmacológica ou não farmacológica, não remove completamente a dor em 100% dos doentes, durante 100% do tempo, sem qualquer efeito colateral. É por isso que várias opções são necessárias até porque precisam ser aprimoradas para

cada doente. Isso é particularmente importante quando se considera a terapia com opióides, já que a adequação do opióide, do regime e da seleção do doente é fundamental. Uma boa e apropriada escolha dos opióides resulta sempre em melhores resultados e aprimoramento dos mesmo.

6º mito: *Os doentes idosos não devem receber opiáceos.* É um fato que a pessoas mais velhas podem ser mais suscetíveis aos efeitos negativos dos opióides. As perturbações do sistema nervoso central (SNC) tornam o idoso mais suscetível ao delirium induzido por fármacos devido à redução da tolerância e resposta aumentada às substâncias com atividade no SNC (Davis & Srivastava, 2003). Contudo, de acordo com vários estudos experimentais, a detecção da dor e o limiar de tolerância não se encontram afetados na maioria dos idosos. No entanto, também a dor pode conduzir a estados de delírio ou agitação (Zenz,1991).

Na distinta bibliografia, consultada são vários os autores, que de igual forma nos referem estes e outros mitos. Referindo o estigma de que só os doentes em fase terminal, necessitam opióides para controlo da dor, ou então, que a morfina é um analgésico pouco eficaz quando administrado por via oral²⁰. Outros referem como entrave as barreiras sociais, pois continuam a ser afetados pela imagem negativa profundamente enraizada do ópio e seu uso indevido ao longo da história. Défices no conhecimento dos efeitos secundários são também relatados e por ultimo a dependência física, vício, e tolerância são frequentemente referidos como condicionantes no uso adequado dos opiáceos (Hill et al., 1993).

Num estudo sobre as resistências ao tratamento da dor, Grossman (1993) refere nos que os doentes frequentemente, não comunicam a intensidade de sua dor aos cuidadores e, muitas vezes, hesitam em tomar opióides . Os profissionais de saúde, por seu turno, recebem pouco conhecimento sobre a dor, ou têm pouca consciência da intensidade da dor nos seus doentes e podem estar excessivamente preocupados com a toxicidade dos opióides. A não existência de protocolos adequados nas instituições de saúde, também constitui um obstáculo à adequação analgésica apropriada.

Esses obstáculos podem ser amplamente superados, enfatizando a importância do controlo da dor, considerando a etiologia da dor em cada doente, pesando toda a gama de opções terapêuticas disponíveis, bem como garantindo que informações de equivalência de opióides amigáveis ao usuário estão disponíveis. Também o emprego de ferramentas de avaliação de dor rotineiramente e o registo das flutuações e

²⁰ https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/dossier_saude_especial_dor.pdf

intensidade de dor facilmente conseguem fornecer dados importantes para a determinação das doses adequadas de opiáceos para alívio da dor. Estas medidas são igualmente citadas por Sun et al. (2007) e Zuccaro et al. (2012).

Sobre a mesma temática é desenvolvido por Vilensky (2002), um estudo que detalha os erros (“mythstakes”) dos médicos na prescrição dos opiáceos. Notcutt & Gibbs (2010), acrescentam o aspeto religioso da dor como purificação da alma. Contudo, todos os autores são concordantes a salientar a falta de formação profissional como uma das principais causas da persistência dos mitos e das barreiras para uma adequada prescrição dos opiáceos no tratamento e controlo da dor crónica.

Seguindo esta linha de pensamento, podemos considerar que alguns médicos podem desvalorizar, por vezes, a dor (Notcutt & Gibbs, 2010). Se enquanto profissionais somos os responsáveis pelo controlo eficiente da dor, mas se por falta de conhecimento, dificuldades do trabalho em equipa, aspetos culturais e religiosos, ou mesmo falta de recursos não o conseguimos, teremos de realizar uma introspeção e perceber o que está a falhar. Durante, a nossa atividade diária, no campo da enfermagem, constatamos como limitações mais frequentes o facto de não se acreditar na intensidade da dor do doente, fazendo uma avaliação deficiente, a prescrição repetida da mesma grupo de medicamentos e o recurso aos opiáceos apenas no fim da vida.

Num estudo realizado em 2010, junto de 710 médicos de família no Canadá, menos de um quinto (18%) dos médicos considerou que uma redução de 20% da intensidade da dor não era clinicamente significativa, sugerindo uma certa renitência por parte dos médicos de família em aliviar completamente o sintoma da dor (Allen et al., 2013).

Em Itália, um estudo a nível nacional baseado na análise do consumo de opióides, e a prescrição de medicamentos desde 2000-2008, demonstrou que apesar de um crescimento nas prescrições de opióides, ainda não é o desejável. Apesar da abolição dos regulamentos de prescrição restritiva, o comportamento de prescrição de opiáceos ainda é largamente contrário às diretrizes, sugerindo que fatores culturais ou de marketing, e não legais, são os principais responsáveis pelo fenómeno da morfofobia, entre médicos e profissionais de saúde (Bandieri et al., 2009).

No ano de 2005 em Portugal também, foi realizado um inquérito sobre esta temática, junto de 45 médicos e 366 enfermeiros da região da Beira Interior, onde se comparou as diferenças de perceção, a prescrição e uso de morfina por enfermeiros e médicos da região. Mais de dois terços dos inquiridos indicavam os riscos, de dependência (68.9%) e de depressão respiratória, (68.2%) como principais barreiras para a

prescrição de morfina (Verloo et al., 2009). Quase um terço (29.2%) indicou dificuldade em dosear e administrar a morfina, e mais de um quarto (28.9%) considerou a morfina como um medicamento de último recurso. Alguns enfermeiros ainda acrescentaram o risco de sonolência e de tolerância devidas à morfina, o que foi indicado por 69.7% e 49.9%, respetivamente. Facto interessante, os profissionais com maior experiência profissional (10 ou mais contra menos de 10 anos) não divergiam na maioria das opiniões relativamente aos efeitos da morfina. Claro está que os resultados referem-se a uma amostra da população de enfermeiros e médicos, geograficamente delimitado, pelo que não pode ser considerado representativo da realidade de todos profissionais de saúde em Portugal. No entanto, serve de reflexão.

Nos EUA, em 2006, analisou-se uma amostra de 52 médicos hospitalares norte-americanos. Este estudo mostrou que 2/3 acreditava que o tratamento por opiáceos criava dependência em pelo menos 1% dos casos (a resposta correta era menos de 1 por mil) (Cherlin et al., 2007). Em outro trabalho científico, com a participação de 128 profissionais de saúde, apresentou-se uma boa opinião dos mesmos, quanto ao facto de os opiáceos serem um caminho na melhoria da qualidade de vida dos doentes, mas notou-se igualmente o receio de o tratamento conduzir à dependência (Hooten & Bruce, 2011).

Em França, um estudo sobre esta mesma temática, forma inquiridos duas amostras representativas de médicos de cuidados primários e médicos oncologistas, avaliando atitudes e conhecimento sobre o tratamento da dor. De entre as conclusões encontradas, existiram alguns fatores comuns entre dois grupos, nomeadamente a relutância em prescrever opiáceos para controlo da dor. Ambos os grupos citam o medo dos efeitos colaterais como principal razão para hesitar em prescrever a morfina. Preocupações sobre o risco de tolerância, perceções de que outras drogas eficazes estão disponíveis e ainda de que a morfina tem uma imagem nefasta na opinião pública e as restrições das formas de prescrição contribuem significativamente para a prescrição pouco frequente de morfina, sugerindo a necessidade de uma avaliação sistemática dos cuidados no controlo da dor (La Rue F.. et al., 2005).

Nos Estados Unidos, os resultados obtidos num estudo com 248 enfermeiros mostraram que as principais barreiras para a administração residiam na falta de conhecimentos, na incapacidade em avaliar a dor nos doentes, no risco de dependência, no risco de depressão respiratória e na dificuldade de comunicação com os médicos (A. H. Vallerand, Hasenau, & Templin, 2004).

Um outro estudo, efetuado com 181 enfermeiros de cuidados agudos dos Estados Unidos, indicou que apenas uma em quatro perguntas tinha sido respondida corretamente por mais de metade dos inquiridos (Barnett et al., 2010). A maioria (83%) dos auscultados disse ter necessidade de ter mais formação, e mais de metade (56%) não sabia da existência no seu local de trabalho de recomendações relativas à prescrição de opiáceos. Há que salientar que os resultados relativamente aos conhecimentos podem estar sobrestimados, visto que a taxa de resposta foi de apenas 17%, tendo enfermeiros com piores conhecimentos preferido não responder (Barnett et al., 2010). Um outro estudo realizado nos Estados Unidos revelou que preferiam não administrar opiáceos a sofrer as consequências (óbito, dependência) decorrentes da prescrição: “The harm to society overrides the patient.” (Fontana, 2008).

Similarmente, ainda nos Estados Unidos, mas mais recentemente, realizou-se um outro estudo qualitativo, com objetivo de analisar se os analgésicos opióides são a terapêutica de escolha para o tratamento de dor aguda e oncológica moderada a grave. Foi elaborado um questionário para avaliar os conhecimentos, crenças e atitudes dos médicos de Wisconsin em relação ao uso de analgésicos opióides e enviado a 600 médicos selecionados aleatoriamente, resultando em uma taxa de resposta de 36%. (Marla Z. et al.. 2010)

A maioria considerou o vício como uma combinação de características fisiológicas e comportamentais, em vez de defini-lo apenas como uma síndrome comportamental. Relataram ainda falta de treino e de conhecimentos sobre o controlo da dor. A maioria dos médicos achava a prática médica legal e aceitável e prescrevia opióides para a dor crónica, Contudo os médicos que responderam a este estudo tiveram muitos equívocos sobre a prescrição de opióides, juntamente com a falta de conhecimento sobre leis e regulamentos que regem a prescrição de substâncias controladas, podem resultar em uma prescrição inadequada de opióides, como consequente uma gestão inadequada da dor(Marla, Z. et al.. 2010).

Da mesma forma em Taiwan uma pesquisa foi conduzida englobando 356 clínicos no atendimento direto ao doente. Os objetivos do estudo era entender as atitudes dos médicos em relação ao uso de analgésicos opióides no controlo da dor oncológica e ainda avaliar os seus conhecimentos e atitudes em relação à prescrição de opióides e por fim compreender suas percepções das barreiras ao uso do mesmo. A maioria dos médicos demonstrou um conhecimento inadequado e atitudes negativas em relação ao uso e prescrição de opióides. Sem conhecimento adequado apresentavam hesitação em intervir mais cedo no controlo efetivo da dor(Luo, Ping et al., 2010).

Contudo, não podemos deixar de referir que tal como nos profissionais de saúde, os doentes e/ou os seus familiares também se encontram influenciados pelos mitos da morfina. Qualquer receita de opiáceos necessita de explicações adaptadas sobre o significado do medicamento e os objetivos do tratamento. Caso contrário, o doente tem medo e as suas famílias ainda mais. O medo dos efeitos da morfina expressa pelo doente e pela sua família é, muitas vezes, o reflexo do medo que os profissionais de saúde também sentem.

Baseado nesta premissa, foi efetuada uma revisão bibliográfica efetuada durante 9 anos (1994/2005) tendo sido consultados trinta e sete estudos sobre esta temática, sendo identificadas três tipos de barreiras para a aceitação dos medicamentos opiáceos: cognitivas, como a falta de conhecimentos; sensoriais como desconhecimento dos efeitos secundários, afetivas, e ainda de comunicação da dor do doente e a sua adesão ao regime terapêutico. Os mesmos autores realçam a importância da relação entre o doente e os profissionais de saúde para uma adequada terapêutica (Jacobsen, Moldrup, Christrup, & Sjogren, 2009)

Ainda a reforçar esta teoria, um estudo fenomenológico foi levado a cabo nos EUA em 2010 onde foi analisadas as experiências de 22 adultos, que se encontravam a realizar terapêutica com opióides para dor crónica não-maligna. A grande maioria referiu como barreiras ou estigmas medo de ficar viciado, família e amigos o poderem considerar um "drogado" ou até do medo de malformações congénitas resultante dos efeitos secundários devidas ao tratamento. Outro dos mitos ainda referidos, foi serem considerados pessoas normais ou até, medo de perder o emprego (A. Vallerand & Nowak, 2010).

Também as famílias dos doentes partilham os mesmos mitos, como se pode observar numa revisão da literatura, publicada em 2011, onde foram incluídos vários estudos, com diferentes metodologias, conduzidos em países diferentes. Mais uma vez, a barreira identificadas não diferem das anteriores já citadas e passam por crenças culturais, o medo do vício a opiáceos é uma preocupação generalizada de cuidadores. Contudo, é claro que a gestão farmacológica de dor é um desafio para os cuidadores em várias culturas e contextos de cuidados (Meeker, Finnell, & Othman, 2011).

Em Portugal, um estudo realizado, em 2005, junto de 176 pessoas da população da região da Beira Interior, demonstrou que a palavra "morfina" evocava o termo "droga" para um terço (35.7%) dos inquiridos. Mais de 40% dos inquiridos concordava com as afirmações de que a morfina aumentava o risco de dependência (41%), de sonolência ou sedação (43.5%) ou de tolerância (50%) (Verloo et al., 2010).

o mesmo estudo revela que, mais de metade (56.3%) da amostra da população e mais de três quartos dos profissionais de saúde (84.1% dos médicos e 79.4% dos enfermeiros) indicou os riscos legais como uma barreira para a implementação do tratamento por opiáceos (Verloo et al., 2010).

A dor crónica é uma doença e a morfina continua a ser o tratamento mais eficaz e recomendado para a dor. No entanto, o doente com dor crónica ainda não recebe nos dias de hoje, tratamento adequado para a sua dor e subtratamento é comum. Esta afirmação é muito confirmada na diversa bibliografia consultada ao longo dos anos. Falta de conhecimento e atitudes negativas em relação à dor e analgesia, quer entre profissionais, pacientes e cuidadores familiares são relatados como uma das barreiras mais comuns para o tratamento eficaz da dor.

O número de pessoas que sofrem de dor crónica é substancial, como já constatamos pela bibliografia consultada e exposta. A pessoa que sofre de dor crónica deve receber tratamento adequado para essa mesma dor, com base numa consideração cuidadosa entre os benefícios e os riscos das opções de tratamento.

Do referido anteriormente, poder-se-ia concluir que a resposta mais ajustada à eliminação dos mitos e das barreiras relativas à prescrição e administração de opiáceos. São simples e implicam a avaliação e o registo da dor em todos os doentes de forma sistemática. Os cuidados prestados que passam necessariamente por mais formação e educação de todos os profissionais, pelo emergir de uma consciência cívica dos utentes, em que toda a dor pode e deve ser tratada.

Pela prescrição cuidadosa de analgésicos, de acordo com a “escada analgésica” preconizada pela OMS, recorrendo a fármacos sempre que se torne necessário. Prescrever opióides, sem mitos ou preconceitos, mas munidos do conhecimentos indispensável. Sendo verdade que nem toda a dor se trata com opióide, contudo não podemos esquecer que estes grupo de analgésicos são fundamentais no tratamento da dor(APED,2010).

Vários autores recomendam que a dor crónica, deva ser considerada doença por si só, e não apenas um sintoma (Melzack,1982). Desta forma, são recomendações obrigatórias no paradigma da gestão efetiva da dor cronica. Deve passar por uma mudança de mentalidade dos profissionais de saúde. Se continuará a existir, um fraco interesse pelo problema, tanto no campo formativo como no organizativo e se, a estes fatores, se juntarem outros, relacionados com o não reconhecimento pelo profissionais de saúde, ou pelos doentes, da morbilidade associada à dor, com medos/mitos na prescrição de opióides, mesmo em situações de dor intensa, o défice de conhecimento

relativo aos conceitos de dependência física, tolerância e dependência psicológica, conduz a dor mal controlada ou desnecessária²¹

Na grande maioria dos trabalhos desenvolvidos, verificou-se uma melhoria dos conhecimentos e das atitudes em relação aos opiáceos depois de ações de formação (Young et al., 2012; Rama, & Radbruch, 2013).

Contudo, um estudo descritivo/exploratório, realizado no Canadá onde receberam formação, 53 enfermeiros, durante 3 meses, mostrou que a formação melhorava os conhecimentos na gestão da dor por parte dos enfermeiros; no entanto, os resultados da intervenção diminuíam com o passar do tempo. Como sugestão indicaram que é necessário mais apoio educacional e organizacional para uma prática eficaz na avaliação e gestão da dor. Mais pesquisas devem explorar programas educacionais que manterão novos conhecimentos ao longo do tempo (Howell et al., 2000).

De acordo com a diversa literatura consultada e como já foi exposto anteriormente, existe um conjunto de concepções incorretas que se foram construindo ao redor dos opióides aqui chamadas como mitos da morfina. Como já foi demonstrado, uma das primeiras barreiras ao uso de opióides resulta da confusão entre o uso legítimo e ilegítimo da medicação. É importante destacar que são raras as situações de uso ilegítimo de opióides em doentes com dor crónica, e só poderemos colocar esta hipótese se o doente desenvolver um comportamento compulsivo de procura do fármaco. Deveremos estar despertos para essa situação, principalmente se temos um doente em fase terminal, que apresenta, no seu historial clínico, uso de substâncias aditivas.

Por outro lado, vários estudos comprovaram que a adição à morfina é pouco comum e que na verdade, geralmente temos, é um mau controle da dor e um errado uso das terapêuticas. Do mesmo modo, a situação interpretada como euforia, descrita sobretudo na fase inicial, resulta, na maior parte dos casos, do alívio emocional que advém do controlo da dor, da melhoria da qualidade do sono e, naturalmente, da melhoria da qualidade de vida. Vários estudos têm demonstrado a subutilização sistemática dos opióides, com conseqüente ineficácia em termos de controlo algico, quer no doente internado, quer no doente de ambulatório.

A insegurança de prescrever/administrar opióides e a avaliação inadequada da dor influencia negativamente na analgesia. O desconhecimento da equipa sobre a farmacologia dos analgésicos e sua relação com a intensidade da dor pode comprometer o seu alívio (Keller et. al, 2013) A compreensão dos mecanismos e do

²¹ https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/dossier_saude_especial_dor.pdf

tratamento da dor pelo profissional, em relação ao uso de opióides, indica que não tem sido reconhecida e tratada de forma adequada nos doentes (Barreto et al., 2012).

A responsabilidade em prescrever/administrar medicamentos é, deste modo, uma das maiores atribuições da equipa de saúde. Sendo uma tarefa rotineira, deve o profissional adotar métodos seguros para que o doente receba a medicação correta, na via, hora e dose certas, sem acarretar riscos para a sua saúde (Souza e Mozachi, 2009). Assim, o profissional deve conhecer a doença existente, identificar os sinais e sintomas apresentados, adotar cuidados de enfermagem ajustados e saber respeitar o momento de saúde/doença do doente, para que uma assistência de qualidade seja dada, visando tratar o doente de uma forma holística.

A administração de opióides tem, de facto, nos primeiros dias um efeito sedativo, autolimitado no tempo, que resulta de duas componentes: por um lado, os picos de concentração plasmática e, por outro lado, uma situação de fadiga que acompanha habitualmente as situações de dor crônica. As circunstâncias que justificam esta situação são múltiplas e variadas mas gostaríamos de enfatizar principalmente os receios ligados à prescrição de opióides, mesmo em situação de dor severa. Os motivos mais frequentemente apontadas passam:

- ❖ pela falta de conhecimentos relativos aos conceitos de dependência física;
- ❖ tolerância e dependência psicológica;
- ❖ e dificuldade em fazer a conversão para doses equianalgésicas de outros opióides;
- ❖ pelo desconhecimento da farmacodinâmica dos opióides.

Pelos motivos já apontados, muitos destes o uso estão claramente desfasados da realidade, pelo que se torna urgente a formação nesta área.

Os medos referidos anteriormente e o receio de não dispor de analgésicos eficazes nesta fase leva a que, em muitos casos, o doente sofra desnecessariamente. Hoje aceita-se que a terapêutica analgésica deve ser prescrita logo que o doente tem dor.

O sofrimento associado às situações de dor não controlada só poderá diminuir se o clínico intervir neste processo atentamente. A intensidade dos sintomas aumenta quando o indivíduo se concentra neles. Assim, a percepção da dor pode ser modificada por outros estímulos sensoriais, tentando focar a atenção do doente em outro fato que não a dor.

Deste modo, a prescrição de morfina em fase precoce impede tratamentos posteriores e torna claro que nem sempre a prescrição de morfina implica o fim das atitudes

médicas contra a doença. A analgesia adequada melhora a capacidade de tolerar tratamentos agressivos e melhora a qualidade de vida. A prescrição de morfina não interfere com a prescrição de outros tratamento e pode mesmo interferir de forma positiva com a sua eficácia.

Outro dos mitos tem a ver com a eventual necessidade de aumentar a dose, significando uma dependência cada vez maior dos opióides. A eficácia do opióide depende da intensidade da dor, da sua fisiopatologia e do perfil metabólico do doente. Assim, não podemos definir doses *ideais*, nem limites superiores. A dose a utilizar é aquela que obtém uma analgesia eficaz no doente em avaliação, desde que os efeitos colaterais sejam toleráveis (Castro, 2014).

Concluindo o enquadramento teórico onde procuramos situar a temática em estudo, explorando conceitos e debruçando-nos sobre os dois eixos estruturante como a dor crónica e morfina, daremos início ao segundo capítulo com o percurso metodológico.

CAPÍTULO II - PERCURSO METODOLÓGICO

Quando a dor surge devemos estar atentos, pois esta traduz-se num sinal de alerta e pode auxiliar o diagnóstico da causa ou da progressão da doença. No entanto, logo após ela desempenhar a sua função de alerta, deve ser tratada. Cerca de 18 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem devido à dor originada por doenças crónicas terminais. A prevalência de dor aumenta com a progressão da doença e ocorre de forma moderada ou intensa. Manifesta-se em 30% dos doentes oncológicos a receber tratamento e 60% a 90% dos doentes com doença avançada. Essa percentagem aumenta para 70 a 90% dos indivíduos internados em cuidados paliativos(DGS, 2010).

Segundo dados da OMS, aproximadamente 30% da população mundial sofre de algum tipo de dor. Pode constatar-se que fatores sociais, económicos, culturais, políticos educacionais, entre outros, estão relacionados com o uso de analgésicos e opióides e contribuem para o manuseamento inadequado da dor. Apesar de tantos fatores negativos intervirem no controlo dos processos dolorosos, observa-se também, através da literatura consultada, um crescente interesse da comunidade académica em pesquisar e discutir sobre o tema.

O desenvolvimento humano é determinado pela sede de descoberta e de procura quase “frenética” de novo conhecimento. Contudo, o conhecimento pode ser não-científico (como o senso comum, literário, filosófico) ou científico. Este último, implica investigação e segue um processo organizado, planeado, sistemático, com princípios e regras bem definidas. A partir da observação de fenómenos colocam-se questões a investigar e instituiu-se que a “forma mais eficaz e produtiva de gerar e testar conhecimento (e produzir novos artefactos) é através da investigação científica e tecnológica, aparece assim como o instrumento mais eficiente, que hoje se conhece, para transformar uma realidade” (Fortin,2003, p.122).Nesta direção surge o trabalho metodológico que implica passos de controlo para aferir o plano determinado. Saltar um passo pode inviabilizar toda a Investigação.

Esta busca pelo conhecimento só tem interesse se pudermos de alguma forma melhorar o nosso quotidiano. A investigação científica apresenta-se assim como um processo, que, de acordo com Fortin (2009), faculta uma maior aquisição de conhecimento, dado que possui um maior poder descritivo e explicativo de factos, fenómenos e acontecimentos. Assim, neste capítulo e após situarmos teoricamente a problemática em estudo, iremos proceder à descrição do percurso metodológico, desde a problemática, tipo de estudo, contexto e participantes de estudo, procedimento de recolha e análise de dados, até às questões éticas.

3 - A problemática e objetivos do estudo

O ponto de partida de qualquer investigação prende-se com a formulação do problema de investigação, que, segundo Fortin,(2009) é “uma situação considerada como problemática, isto é, que causa um mal-estar, uma irritação, uma inquietação, e que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado”.

Estes dados mostram que a dor ainda é um assunto ao qual não é dada a importância devida. A prevalência da dor em Portugal foi estudada em 2005 pelo Observatório Nacional de Saúde, através de entrevistas telefónicas às famílias portuguesas²². Neste estudo concluiu-se que cerca de 74% dos entrevistados tinham tido algum tipo de dor nas duas semanas anteriores à entrevista. Mais recentemente, Castro-Lopes, Saramago, Romão, e Paiva, (2010) referem que 36% dos adultos portugueses sofrem de dor crónica, definida como dor contínua ou recorrente com duração superior a seis meses e presente no último mês.

A dor crónica e a sua prevenção é uma das preocupações atuais dos responsáveis pela política de saúde, como demonstra o Programa Nacional de Controlo da Dor.

De facto, a dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde, pela sua frequência e potencialidade em causar sofrimento e incapacidade. Enquanto síndrome clínico, transformou-se num verdadeiro problema de saúde pública. As suas graves consequências ao nível da vida pessoal e familiar fazem, de resto, com que a dor se constitua como uma das grandes áreas temáticas inscritas no domínio da psicologia da saúde.

Sendo a dor um dos sinais e sintomas que a pessoa com doença crónica mais apresenta e descreve, o seu controlo ou alívio do desconforto e sofrimento é uma das preocupações diárias no nosso trajeto profissional, ainda na medida em que, a dor é a causa mais frequente de sofrimento e de incapacidades no ser humano e interfere de forma significativa na sua qualidade de vida.

O controlo eficaz da dor é um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde. Também para nós, enquanto profissionais de saúde, este facto nos preocupa e desperta a nossa atenção e preocupação diária. A compreensão da dor, enquanto fenómeno complexo que

²² Portugal ,INS - Dor crónica 2005/2006, Responsável: Carlos Matias Dias, 2007/2008
Estudo elaborado com recurso aos dados do 4ºINS (2005/2006).
http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf

importa entender nas suas várias dimensões, implica e questiona especialidades diversas e, por isso, obriga a uma abordagem necessariamente multidisciplinar, que enfatize a natureza biopsicossocial do fenómeno da dor (Soares, Figueiredo & Lemos, 1999).

Desta forma, os profissionais de saúde não serão apenas, mas também, os responsáveis por um controlo e redução desta calamidade. Na verdade, somos nós quem estabelece uma relação de ajuda mais próxima e íntima, acabando por vivenciar todo o processo de partilha de medos, angústias, receios, ansiedade, e mesmo revolta por parte do doente e da sua família. Não raras vezes, assumem uma atitude de abandono destes doentes e das suas famílias, de modo a resguardarem-se de sentimentos que lhes causem mal-estar e situações para as quais não estão preparados para intervir.

À luz de toda esta problemática, e assumindo preocupação com estas questões, consideramos pertinente a realização do presente estudo, envolvendo a matéria dos mitos do uso da morfina na gestão da dor crónica.

Tendo por base estes pressupostos e após delimitado o campo de investigação foi formulada a temática de investigação, tendo como objetivo:

Conhecer a perspetiva dos profissionais de saúde sobre o uso da morfina na gestão da dor crónica.

Para melhor conhecer este fenómeno e dar resposta a este desejo, delineamos um conjunto de objetivos específicos, tais como:

- *Identificar as situações em que se deve utilizar a morfina na gestão da dor crónica;*
- *Identificar os fatores que interferem na utilização da morfina na gestão da dor crónica;*
- *Identificar os dilemas que se colocam aos profissionais de saúde na utilização da morfina na gestão da dor crónica.*

Com este trabalho, pretendemos criar uma base de conhecimentos mais abrangente para a área de saúde, promover o aparecimento de mais saberes específicos sobre o tema, nomeadamente, sobre a dor crónica e gestão da mesma, de forma a poder contribuir para desmitificação da utilização deste analgésico, e consequentemente permitir uma intervenção mais eficaz e adequada, na gestão da dor crónica.

3.1 - Tipo de estudo

Face à dor enquanto fenómeno subjetivo e aos objetivos do estudo, optamos por um estudo de natureza qualitativa, uma vez que se pretende procurar “*as relações entre os conceitos a fim de obter um perfil geral do fenómeno,*” (Fortin, 2009). De acordo com Bogdan e Biklen (1994) a investigação qualitativa tem como características:

- a situação natural ser a fonte de dados;
- privilegia a descrição e só, posteriormente, a análise dos dados;
- todo o processo representa a questão fundamental;
- os dados são analisados de uma forma indutiva e dizem respeito essencialmente ao significado das coisas.

Por outras palavras, esta opção metodológica prende-se com a preocupação de conhecer/compreender razões e não medir realidades. Empenha-se em analisar e não em quantificar.

Este trabalho, apresentando um cariz qualitativo, como já referido, reconhece assim a intersubjetividade na relação dos profissionais de saúde com a temática que se pretende tratar, inserindo-se numa vertente exploratória e descritiva. Pretendemos descrever, como refere Bidarra (2012), rigorosamente os fenómenos tal como são apresentados pelo sujeito, e ao recolher os dados de uma forma minuciosa pretende ter uma vertente exploratória.

Segundo Polit e Beck (2011), os métodos qualitativos exploratórios pretendem desvendar os vários modos pelos quais o fenómeno se manifesta e seus processos subjacentes. A vertente descritiva, de acordo com Polit e Beck (2011) tem o intuito de estudar fenómenos dos quais pouco se sabe, sendo realçada nesta dimensão, as variações e importância dos fenómenos.

Ressalta-se que o intuito deste trabalho não é julgar a prática destes profissionais, mas antes compreender o fenómeno em si, bem como os fatores que podem contribuir para a limitação ou potencialização da utilização de medicamentos opióides, independente da natureza fenómeno. Interessa descrever diferentes aspetos, por forma a compreender a realidade e a conhecê-la com alguma objetividade. embora circunscrita a um determinado tempo e espaço.

Pretendemos, assim poder responder de uma forma mais completa aos objetivos formulados, visto que é dado ao indivíduo abertura para descrever os seus conhecimentos sobre a problemática do estudo.

4. Contexto e participantes no estudo

A escolha do contexto e dos participantes, está subjacente à temática e aos objetivos e assume-se como fundamental para dar resposta a estes. Para o investigador um dos pontos fundamentais é conhecer a escolha de contexto onde vai decorrer o processo de recolha de dados, para compreender o modo como os intervenientes interagem de acordo com o fenómeno em estudo.

Compete assim ao pesquisador envolver-se no meio de ação dos sujeitos que investiga para ter uma visão do contexto. Deste modo, e tendo em conta a facilidade do investigador ao contexto dos sujeitos participantes no estudo, considerou-se facilitador a seleção de um serviço onde a problemática lhe pareceu mais pertinente, e com a qual já tinha alguma proximidade. Deste modo, foi escolhido o Serviço de Medicina de um hospital na zona norte.

Assim o contexto do estudo escolhido foi um Centro Hospitalar pertencente à sub-região do Vale do Ave. O concelho, com uma população de 54 097 habitantes e uma área de 241.1 km² (PDS 2015- 2020) apresenta em termos demográficos, nos últimos 10 anos, um forte dinamismo com uma taxa de crescimento de 10.8%.

Dentro desta unidade hospitalar foi escolhido um serviço de Medicina com 30 camas das quais 3 quartos são de isolamento, com um rácios de distribuição de enfermeiros por turnos de 5 nas manhãs e 4 nas tardes e 2 nas noites, e ainda com 14 médicos alocados aos serviço, dos quais 8 especialistas e 6 internos da especialidade. De referir que as patologias, mais frequentes neste serviço são: Acidente Vascular Cerebral, Diabetes Descompensada, Pneumonias e Enfarte Agudo Miocárdio, Hipertensão, Patologias Osteoarticulares Degenerativas e Oncológicas e desde Maio de 2016 que centro de referencia da região norte em Doenças Lisossomais de Sobrecarga.

“O universo ou população é o conjunto de seres animados ou inanimados que apresenta pelo menos uma característica em comum” (Lakatos e Marconi,1991:223).

Dada a impossibilidade de estudar a população alvo na sua totalidade, estudou-se a população acessível, que por sua vez, foi representativa da população alvo. Não há fórmulas simples para determinar o tamanho da população, no entanto, o objetivo é obter uma informação suficiente para compreender o fenómeno escolhido (FORTIN, 2009).

Os profissionais que aceitaram participar no estudo (*tabela 1*) foram escolhidos aleatoriamente, respeitando contudo alguns critérios. Deste modo, estabeleceu-se como critérios de inclusão:

- Estar na prestação direta de cuidados a doentes e experiência profissional superior a dois anos;
- exercício funções no serviço de medicina.
- Aceitar participar no estudo

Como critérios de exclusão, estipulou-se o exercício de funções e ou formação em cuidados paliativos.

Assim, participaram no estudo 10 profissionais de saúde, dos quais quatro médicos e seis enfermeiros de um serviço de Medicina I e II que se encontravam a prestar cuidados ao doente nos dias das entrevistas e cujas características socioprofissionais académicas se podem observar na tabela.

Tabela Nº1 Profissionais de Saúde participantes no estudo

Profissionais de saúde	Sexo	Dade	Tempo Serviço (em anos)	Formação Académica
E1	F	38	17	Licenciatura e Especialidade Médico-cirúrgica
E2	F	30	6	Licenciatura
E3	F	33	9	Licenciatura
E4	F	31	8	Licenciatura e Pós-graduação instrumentação Cirúrgica
E5	F	33	11	Licenciatura e Especialidade reabilitação
E6	F	31	6	Licenciatura
M1	F	28	4	Licenciatura com mestrado Medicina interna
M2		30	6	Licenciatura com mestrado Medicina interna
M3	F	29	3	Licenciatura com mestrado Medicina interna
M4	M	35	4	Licenciatura com mestrado Medicina interna

5 - Procedimento e recolha de dados

A natureza da problemática é o que se pretende estudar e os objetivos são um fator determinante para o método de recolha de dados a selecionar. O instrumento de recolha de dados é a “ferramenta” que permite recolher informação e consequentemente possibilita a compreensão dos resultados para posteriormente se formular as conclusões do estudo. Neste sentido adquire extrema importância para sucesso do estudo.

Tendo em consideração o âmbito do estudo, os objetivos e ainda as leituras e reflexões que a investigadora foi construindo, conclui-se que o processo para a recolha de dados que melhor se adequava consistia na entrevista com questões previamente definidas, de modo a dar resposta às questões de investigação identificadas. Segundo o autor Yin (2011), existem 4 formas de recolher dados numa metodologia qualitativa:

Entrevista – recolha de linguagem verbal, escrita, gestual;

Observação – avaliação através de gestos, de ações;

Recolha – recolha de documento, de fotografias, imagens;

Sentimentos – avaliação através das sensações.

A entrevista é uma das técnicas mais utilizadas e importante no estudo e compreensão do ser humano no processo de trabalho de campo (AIRES, 2011) Selecionou-se a entrevista já que ela possibilita ao entrevistador recolher dados descritivos na linguagem do próprio entrevistado, permite captar de imediato a informação e, enriquecer a mesma com o diálogo entre entrevistador e entrevistado.

Num estudo exploratório-descritivo, como o que foi desenvolvido, o investigador pretende obter a maior quantidade de informação acerca do fenómeno que pretende estudar, assim este instrumento pode ter dois tipos de questões, que se diferenciam, basicamente, nas seguintes características (Soares Vieira 2012): Questões abertas: Permite aos participantes responderem livremente; Questões fechadas: Apresentam ao participante respostas de múltipla escolha, guiando-o exatamente para o que o entrevistador quer saber. A preparação da entrevista é uma das etapas mais importantes da pesquisa e que requer tempo e exige alguns cuidados. Deste modo esta elaboração deve passar por alguns passos (Aires, 2011; Goldenberg,2004; YIN, 2011):

- Planeamento;
- Escolha do entrevistado;
- Local e disponibilidade para a realização da entrevista;
- Guião de entrevista.

A formulação do guião é um dos passos mais importantes. O investigador deve ter cuidado para não elaborar perguntas absurdas, arbitrárias, ambíguas, deslocadas ou tendenciosas. Deve elaborar um roteiro com questões claras, simples e diretas, de forma a orientar corretamente os entrevistados para os objetivos do estudo (GOLDENBERG, 2004).

A entrevista na pesquisa qualitativa é uma ferramenta técnica que tem grande sintonia epistemológica. O contexto verbal pode aumentar o nível de interesse e colaboração no estudo por parte dos participantes, evitando de acordo com Martínez (2006) que haja formalismos, exageros e distorções da realidade, e ajuda a reduzir a confusão para explorar, reconhecer e aceitar as experiências inconscientes dos sujeitos.

Este tipo de instrumento de recolha de dados pressupõe o estabelecimento de uma relação entrevistador-entrevistado, com o objetivo de compreender conceitos e o fenómeno em estudo, e permite neste caso compreender a perspetiva dos profissionais saúde sobre o uso da morfina na gestão da dor, estando em causa uma questão tão subjetiva, como a dor crónica.

Relativamente à técnica de recolha de dados: A entrevista - permite-nos três funções: função exploratória de modo a examinar conceitos, perceber relações entre variáveis e conceber hipóteses; servir como principal instrumento de medida; e servir de complemento a outros métodos. Para a aquisição de informação pertinente na entrevista, o investigador deve comunicar ao entrevistado o seu interesse pessoal, usar a escuta ativa como encorajador do desenvolvimento do diálogo, e deve ser reflexivo para clarificar dúvidas, ideias, pormenores, com o intuito de melhor compreensão das informações (Fortin, (2009).

O tipo de entrevista utilizada foi de carácter semiestruturado ou semidirigido, constituído por dados de caracterização da amostra e questões de livre expressão, permitindo que os entrevistados pudessem referenciar os seus conhecimentos, garantindo resposta a todas as perguntas, sendo as questões formuladas a partir do tema que se propôs abordar e baseada em estudos consultados.

Este tipo de entrevista permite o contacto direto do investigador com o entrevistado e a utilização de questões abertas e fechadas, permite a exploração da temática sem o distanciamento da mesma, o que segundo Fortin (2009) se traduz numa capacidade do entrevistado se exprimir sobre o tema tratado permitindo assim a compreensão do mesmo.

De acordo com o mesmo autor atrás referido, nos estudos descritivos, são empregues principalmente as entrevistas dirigidas ou semidirigidas. Estas permitem a obtenção de mais informações específicas sobre o tema, abarcando o ponto de vista do entrevistado. Tendo em conta o seu grau de exigência, este instrumento mostra-se deveras produtivo pois permite que os intervenientes se expressem livremente. Savoie-Zajc (2003) cit. por Fortin (2009) define a entrevista semidirigida como:

" [...] uma interação verbal animada de forma flexível pelo investigador. Este deixar-se-á guiar pelo fluxo da entrevista com o objetivo de abordar, de um modo que se assemelha a uma conversa, os temas gerais sobre os quais deseja ouvir o respondente, permitindo assim destacar uma compreensão rica do fenómeno em estudo. Sobre a entrevista semidirigida Polit e Hungler (1995, p. 270 e 271) referem também que “os pesquisadores qualitativos coletam e analisam materiais pouco estruturados e narrativos que propiciam campo livre ao rico potencial das percepções e subjetividade dos seres humanos”. Para os mesmos autores “as inquirições qualitativas, devido à sua ênfase nas realidades dos sujeitos, exigem um mínimo de estrutura e um máximo de envolvimento do pesquisador, uma vez que ela tenta abarcar aquelas pessoas cuja experiência está sendo estudada.

Assim, foi elaborado um guião de entrevista, com questões a colocar aos profissionais inquiridos, com a intenção de lhes permitir que as suas experiências pudessem fluir de forma espontânea e natural. Este guião foi construído com base nos objetivos e na bibliografia, sendo que, no sentido de perceber a compreensão e a pertinência das questões, por forma a dar resposta aos objetivos, o guião foi validado previamente junto de dois enfermeiros. O pré-teste de acordo com Lüdke (1986) cit. por Cerqueira (2005) visa a descoberta e a interpretação em contexto com o objetivo de uma apreensão mais completa do objeto em estudo. Deste modo, após a análise de conteúdo da entrevista foram introduzidas alterações, tendo resultado o guião final (Apêndice1, Guião entrevista).

A recolha de dados realizou-se entre Julho e Setembro de 2018, após autorização do Centro Académico, do chefe do serviço e enfermeira responsável, e informados sobre o objetivo e a metodologia do estudo.

6 - Tratamento e análise de dados

Finalizada a etapa de recolha de dados, inicia-se a fase de tratamento, análise e apresentação dos resultados. Segundo Fortin (2009), na abordagem qualitativa o investigador esmiúça os dados, organiza-os e tenta atribuir uma significação aos relatos recolhidos. Visa apreender e compreender o carácter multidimensional dos fenómenos na sua dimensão natural, bem como captar os diferentes significados de uma experiência vivida, auxiliando a compreensão do indivíduo no seu contexto. Esta fase da investigação qualitativa é um processo indutivo que se encontra fortemente associada aos participantes no estudo e ao processo de recolha de dados.

Numa investigação qualitativa, problemas epistemológicos, tais como o do carácter científico da própria pesquisa e o que se prende com a relação subjetividade/objetividade, são colocados em discussão. O facto de o investigador ser o instrumento principal e a fonte de dados ser o ambiente natural, coloca-nos perante a formação de uma realidade que é fruto da nossa realização.

Estando o sujeito verdadeiramente implicado no processo de produção de conhecimento, torna-se imperioso reconhecer a subjetividade inerente a esse processo como parte integrante da objetivação, aprofundá-la e refletir sobre ela. A explicitação dos processos, expondo aos outros a nossa subjetividade e, por tal, confrontando-a, é necessária (Morin, 1984; Popper, 1992; Sousa Santos, 2002). Todos os investigadores são vítimas dos desvios inerentes ao observador, devendo assumir esse facto e levá-lo em consideração, bem como manterem uma preocupação constante com o rigor ou confiabilidade, a abrangência dos dados e a correspondência entre estes e o que de facto se passa no local (Tenreiro Vieira, 1999).

O método de análise deve ser condizente com os objetivos e o desenho do estudo, deste modo tendo por base os objetivos do estudo já mencionados e após a transcrição das entrevistas realizadas e atribuição de um código a cada uma, foi realizada a sua análise, com base na técnica de análise de conteúdo segundo os pressupostos Laurence Bardin (2011).

A análise de conteúdo apresenta-se assim como um conjunto de técnicas de análise das comunicações recolhidas, que segundo o autor supracitado, utiliza um conjunto de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, marcado por uma grande divergência de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto. Este método pretende analisar a informação recolhida pelas entrevistas semiestruturadas podendo assim obter informação necessária para responder e compreender a problemática do estudo. Esta interpretação dos dados pretende ter em

consideração o conteúdo das entrevistas, a sua forma e distribuição, procurando obter compreensão do que está por de trás das palavras. É assim permitido deduzir a partir dos discursos verbais ou simbólicos dos participantes, de forma a produzir conclusões que confirmem relevância teórica.

Desta forma é realizada uma análise categorial, que tem em consideração a totalidade de um “texto”, sendo posteriormente classificado e esmiuçado, segundo a frequência de itens significativos. É um método de categorias, que funcionam como uma espécie de compartimentos que permitem a classificação dos elementos de significação constitutivos da mensagem. Ainda nesta linha de pensamento e de acordo com o autor atrás referido, pressupõe-se analisar a informação obtida, seguindo as seguintes etapas:

- Pré-análise: de onde se destaca a fase da organização. De seguida, efetua-se uma leitura do material reunido e consulta de documentos considerados pertinentes para o fenómeno em estudo. Determinam-se as operações de recorte de texto em unidades comparáveis de categorização para a análise temática e de modalidade de codificação para o registo dos dados. Por último, realiza-se a preparação e codificação do material;
- Exploração do material: aplicação sistemática das decisões tomadas, codificando, decompondo ou enumerando, em função das regras previamente formuladas;
- Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação: produção de tabelas e diagramas, os quais contêm a informação condensada e se destaca as informações fornecidas pela análise.

Seguindo esta metodologia, da análise dos dados obtidos neste estudo resultou uma tabela de matriz de redução de dados, onde constam as temáticas, categorias e subcategorias e respetivas unidades de registo (Apêndice 3), a qual nos permite ter uma visão global da perspectiva dos profissionais sobre a temática em estudo.

7 - Questões Éticas

A ética é a “ciência da moral e arte de dirigir a conduta”, tal como refere Fortin (2000.114). O aumento rápido das investigações envolvendo pessoas tem conduzido a preocupações éticas e debates similares quanto à proteção dos direitos dos indivíduos que participam das pesquisas de enfermagem.

Deste modo e ainda segundo a mesma autora “ [...] a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se

inspirem para guiar a sua conduta.” e ainda “[...] comprometer-se com um estudo de investigação implica a responsabilidade pessoal e profissional de assegurar que o desenho dos estudos quantitativos ou qualitativos sejam sólidos do ponto de vista ético e moral”. (Fortin,1999, pag.114).

O presente estudo atendeu às determinações preconizadas pelo decreto-lei nº97/95, Diário da República n.º 108/1995, Série I-A de 1995-05-10, Ministério da Saúde, que regula as comissões de ética para a saúde, tendo sido a sua realização autorizada pelo Coordenador do Centro Académico do hospital onde ocorreu a pesquisa. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética Para a Saúde em setembro de 2018. (Anexo 1. Autorização para realização do estudo)

Depois de informados sobre o objetivo do estudo, todos os participantes prestaram o seu consentimento informado (Apêndice 2), antes de responderem às questões colocadas, foram informados acerca da impossibilidade de serem identificados e não foram questionados nomes. Com objetivo de garantir a confidencialidade dos dados, as entrevistas foram codificadas, de forma genérica, como E1 a E6 (para os enfermeiros) e M1 a M4 (para os médicos). Todos os dados das entrevistas foram anonimizados, sendo destruídos postumamente. Nenhuma informação foi transmitida a funcionário ou chefe de departamento do Centro Hospitalar.

Na investigação, não obstante todos os esforços para informar os participantes e para antecipar os resultados, não existe controlo total sobre o que pode surgir de uma entrevista qualitativa, pois embora as perguntas tenham um fio condutor poderá o entrevistado extrapolar a mesma. Foi sempre nossa intenção considerar o princípio de autonomia e o consentimento informado. Carpenter (2002) defende que nos estudos qualitativos o consentimento informado, deve ter uma abordagem diferente, em que o participante possua informação adequada à investigação e deve poder escolher livremente, podendo autorizar ou declinar voluntariamente a sua participação .

Descrito o caminho percorrido em termos metodológicos, no capítulo que se segue, iremos proceder à apresentação e à análise dos dados obtidos.

CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Seguindo os procedimentos da metodologia de investigação qualitativa e da análise de conteúdo, procedeu-se à transcrição das entrevistas na sua totalidade e à codificação por categorias (Bardin, 2009), da qual resultou a matriz de redução de dados, conforme referido anteriormente. Neste capítulo serão apresentados os dados obtidos assim como a discussão dos resultados, face aos objetivos propostos para a realização do presente estudo.

Com esta análise pretende-se compreender, interpretar o sentido do que foi dito operações de descrição os fenómenos (nível descritivo), descobrir as suas covariações ou associações (nível correlacional e grosso modo objetivo da análise categorial) e descobrir relações de interpretação das dinâmicas sociais em estudo (nível interpretativo e grosso modo correspondente à análise tipológica).

Em todo o processo de análise está subjacente a problemática de investigação que é a génese de todo este estudo. Assim, procurou-se conhecer a perspetiva dos profissionais de saúde, sobre o uso da morfina na gestão dor crónica

Neste capítulo são apresentados e analisados os dados emergentes das entrevistas realizadas aos profissionais de saúde,. de modo a melhor estruturar esta apresentação, vamos fazê-lo de acordo com as áreas temáticas que se encontram expressas na tabela (tabela nº2) assim como as respetivas categorias e subcategorias.

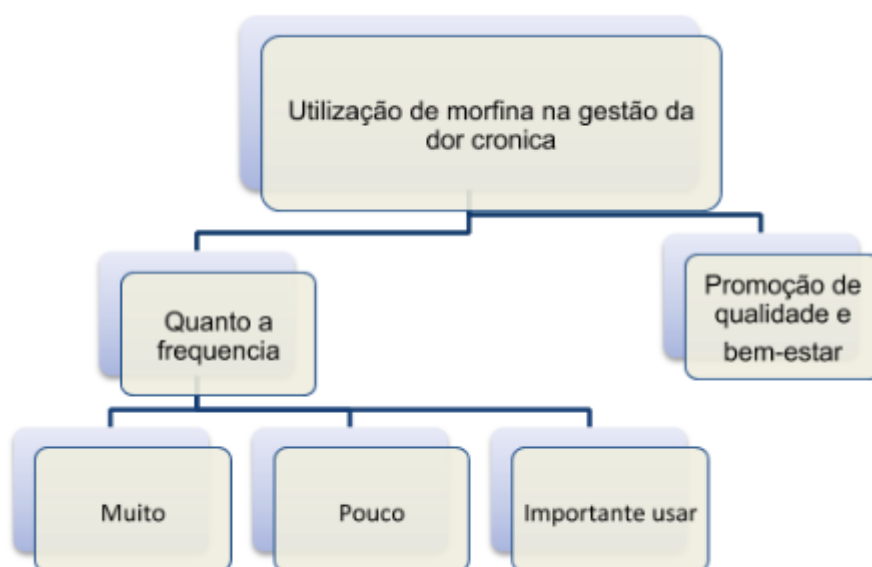
Tabela Nº 2- Perspetivas dos profissionais de saúde sobre o uso da morfina na gestão da dor crónica: temáticas, categorias e subcategorias.

Área temática	Categorias	Subcategorias
Opinião acerca da utilização da morfina, na gestão da dor crónica	Quanto a frequência	Muito Pouco
	Promoção de conforto e bem estar	Importante usar
Situações de prescrição/administração	Doente oncológico	
	Doente com insuficiência cardíaca	
	Doente com dispneia	
	Dor crónica	
Situações de não prescrição/administração	Qualquer tipo de dor	
	Controlo dor por outros fármacos	
	Ausência de dor	
	Existência de contra indicações	
Aspectos favorecedores da prescrição/administração de morfina na gestão da dor crónica	Inadequação	
	Conhecimento e facilidade de manuseamento do fármaco	
	Eficácia terapêutica	
	Conforto, bem estar e qualidade vida	
Aspectos dificultadores da prescrição/administração de morfina na gestão da dor crónica	Alívio da dor	
	Efeitos secundários	Habituação Sedação
	Medo	Depressão respiratória
	Necessidade de prescrição	
	Falta de Formação	
	Adequação dose	
	Informar o doente/família da toma opiáceo	
Dilemas dos PS na prescrição/administração da morfina na gestão da dor crónica	Informação ao doente/família	
	Relação com doente	
	Obstinação terapêutica	
	Ponderação benefício /dano	

❖ .Opinião acerca da utilização da morfina na gestão da dor crónica

Relativamente a utilização da morfina na gestão da dor crónica as respostas dos participantes, direcionam-se para frequência com que utilizam e para a promoção de qualidade de vida e bem estar.

Diagrama Nº 1 Opinião dos Profissionais de Saúde sobre a utilização da morfina na gestão da dor crónica: categorias e subcategorias



De entre as respostas, observamos dos participantes se dividiram entre o utilizar **muito** e **pouco** a morfina na gestão da dor crónica:

"Utilizo frequentemente." M2

"facilmente prescreve morfina" M4

".. utilização da morfina tem vindo a ser cada vez mais frequente.." E5

".. A ideia que eu tenho é que cada vez mais se usa a morfina"E6

"...já é mais usual usarmos morfina" E6

"...Ela deve ser utilizada, eu tenho noção disso. Nós utilizámos pouco...."M1

"...Ficamos um pouco com receio de o administrar." M1

"...ou temos medo de usar em determinados doentes...." M1

" ...é pouco usado e que há muitos receios em usar "M3

" o medo da depressão do sistema nervoso central e do centro respiratório..."M3

"..maior receio no uso da morfina" M3

" Em minha opinião utiliza-se pouco..." E1

".. deveria utilizar mais do que se utiliza..."E3

"..sinto.. têm medo de prescrever morfina.." E3

".. poucos são doentes realmente tem morfina em SOS se necessário.." E5

Assume também particular importância, a questão dos profissionais saúde considerarem que é **Importante Usar** a morfina no tratamento da dor crónica.

..."Deveria ser mais utilizada...." M1

."Eu acho que é muito importante usar..."M2

"...A utilização de morfina é muito importante" M4

".. deveria utilizar mais do que se utiliza.." E3

"..a ser cada vez mais frequente..."E5

Por último, dentro desta área temática, foi possível perceber a importância da utilização da morfina na **promoção do conforto, bem-estar e qualidade de vida do doente**, como se pode ver aquando nos referem que:

" em doentes que estão desconfortáveis.."

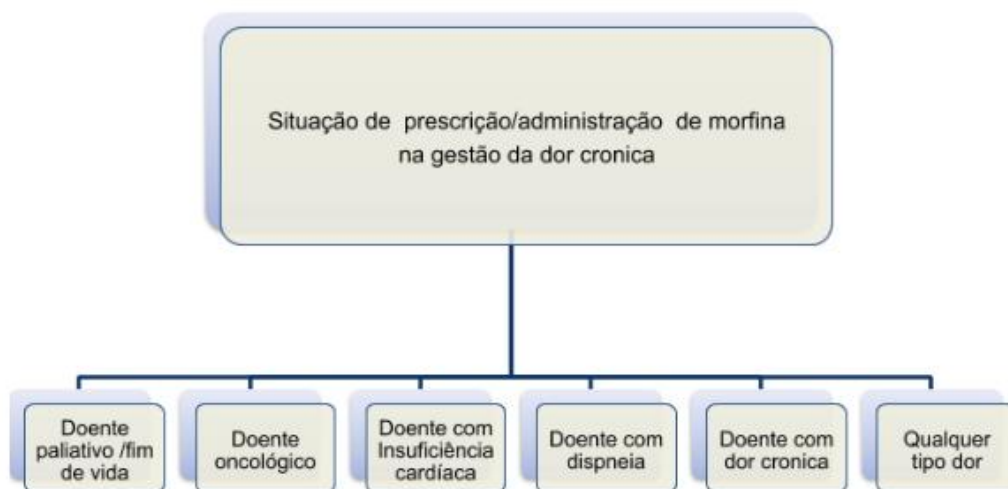
"...fármaco que ajuda muito em fim de vida e promove o conforto..."M3.

"... pretende é o bem estar do doente.."E2

❖ - Situações de prescrição/administração da morfina, na gestão da dor crónica

Analisando os discursos dos participantes, observamos que as situações de prescrições/administração morfina, de um modo geral, estão relacionados com o tipo de doente: em fim de vida; oncológico; insuficiência cardíaca, dispneia, dor crónica.

Diagrama Nº 2 - Situações de prescrição/administração da morfina, na gestão da dor crónica: categorias



Desta forma, os resultados obtidos foram os seguintes:

Doentes paliativos/ Fim de Vida

" Se é uma coisa de final de vida, sim." M1

"...também depende muito do doente que temos..." M2

"Sim. Lidamos muito com o fim de vida aqui..." M2

"...doentes que já estão claramente em fim de vida..." M3

"..morfina utiliza-se especialmente em doentes paliativos.." E2

".. só administramos morfina para a dor em doente DnR e paliativos.." E3

"... a morfina é usada em doentes em fase terminal..." E4

"... passava-se mais com doentes terminais.." E5

Doente oncológico

"...Não administramos em doentes com dor crónica, a não ser dor crónica oncológica" E3

" Doentes oncológicos, muito." M2

"...nos doentes oncológicos." E6

Doente com insuficiência cardíaca

"... utilizamos também na insuficiência cardíaca" M2

Doente com dispneia

"...na dispneia e alivia bastante..."M2

Dor crónica

"...para a dor crónica e desconforto.." E5

Alguns participantes referiram que para **Qualquer tipo de dor**

"Facilmente prescrevo morfina." M4

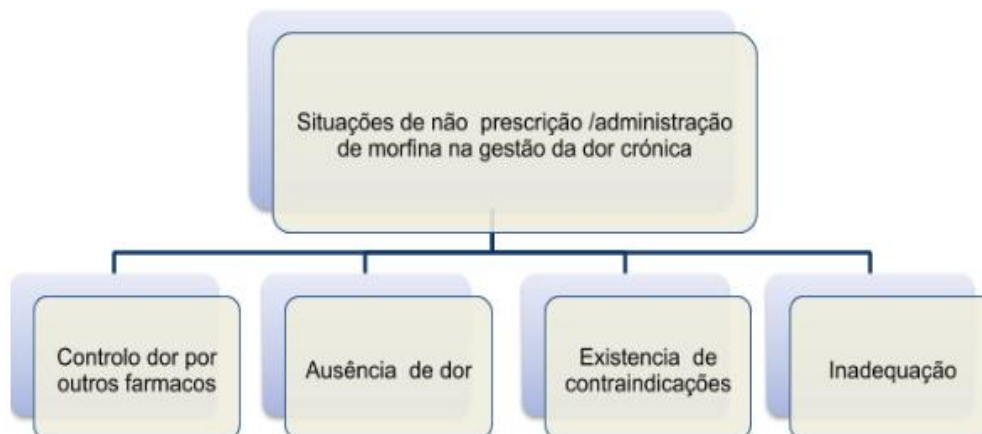
"Sempre que esteja prescrita." E1

"Sempre que está prescrita e se o doente tem dor." E2

❖ - Situações de não prescrição/administração de morfina na gestão da dor crónica

Do tratamento dos dados recolhidos a esta questão, decorreu a categorização das respostas em quatro categorias, conforme o diagrama seguinte.

Diagrama Nº 3 - Situações de não prescrição/administração de morfina na gestão da dor crónica: categorias



Quanto à situação de **Controlo da dor por outros fármacos** esta foi expressa da seguinte forma:

"...puder ser controlada com fármacos não opioides." M4

"... alguma coisa que seja mais equivalente." E3

" Tendo outra analgesia prescrita, opto inicialmente por outra analgesia."E6

A **Ausência de dor**, foi expressa por uma expressão

"Sempre que não apresenta dor "E1

No entanto, é a **Existência de contraindicações**, que mais se apresenta como condicionante para a não utilização de morfina,:

".. tenha uma patologia na região do centro respiratório..."M3

"... outras patologias associadas..."E2

"... doente com uma DPOC... se calhar não o fazia." M1

Com igual grau de complexidade, nos referem que facilmente não prescrevem/administram se acharem que pode não ser o melhor para doente, expressões aqui, apresentadas nesta categoria **Inadequação**:

"Um doente que esteja com uma dor crônica, mas, seja um doente ainda parcialmente dependente, que tenha vida de relação, se calhar, não sabendo qual é o diagnóstico..." M1

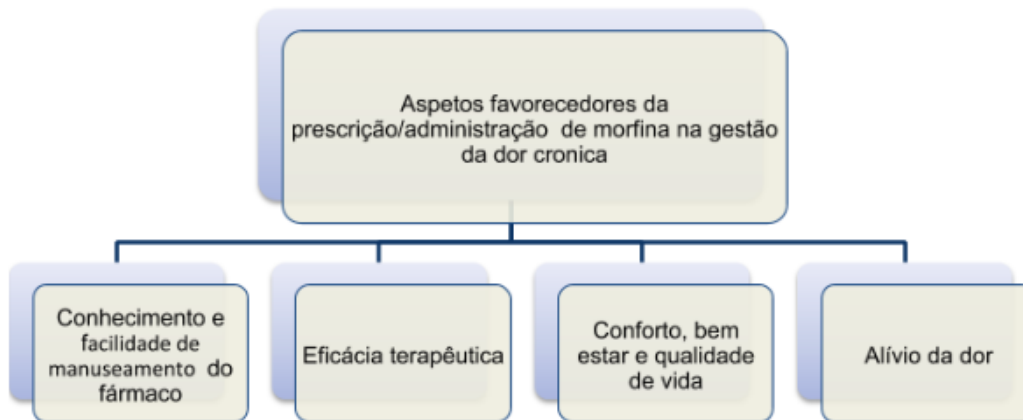
".. em situações que não são terminais..."E5

"...não administramos morfina (...) se não for um doente oncológico..."E3

❖ - **Aspetos favorecedores da prescrição/administração de morfina na gestão da dor crónica**

Os resultados obtidos, demonstram que os aspetos favorecedores da prescrição de morfina reconduzem-se, de um modo geral, às vantagens que este fármaco apresenta. relacionadas com o próprio fármaco, e com os efeitos benéficos para o doente: **Eficácia Terapêutica e Conhecimento e Facilidade de Manuseamento do Fármaco - Alívio da dor e Conforto, bem-estar e qualidade de vida.**

Diagrama nº4 Aspectos favorecedores da prescrição/administração de morfina na gestão da dor crónica: categorias



De entre estas categorias, o elemento favorecedor **Conhecimento e facilidade de manuseamento do fármaco** reflete-se em várias respostas dadas, nomeadamente pelos enfermeiros, o que é compreensível, pois são estes que, normalmente administram a morfina:

"... é perfeitamente seguro de se usar." M4.

" Um bom conhecimento sobre o fármaco." E1

"... é uma das drogas de fácil administração." E5.

" que a morfina é fácil de administrar, segura e vantajosa." E5

" Quando administrada corretamente e na dosagem certa não há problema." E6

".. aspeto importante é conhecer bem o fármaco." E2

A **Eficácia Terapêutica** é, de igual modo, destacada por vários dos entrevistados:

"... excluimos tudo o resto e prescrevemos morfina." M2

"...muitas vezes a morfina permite um maior controlo desta situação." M4

" Doentes com dor, difícil de ser controlada." E3

"O facto de que a morfina ... sempre que necessário tem benefícios na dor." E4

" A morfina é eficaz." E6

"..com a dor mais controlada." E5

".. é eficaz para a dor.." E5

Quanto ao **Alívio da dor**, destacamos as seguintes respostas:

"... o que fazíamos era aliviar apenas o sofrimento..." M1

"... sobretudo o alívio que notamos nos doentes..." M3

"... a morfina alivia a dor aguda ou prolongada." E5

Intimamente relacionada com o alívio da dor, encontramos a questão do **Conforto, bem-estar e qualidade de vida**, que, segundo os entrevistados a utilização de morfina pode favorecer:

"...a dar conforto ao doente..." M2

"...fármaco que ajuda muito em fim de vida e promove o conforto..." M3

"... pretende-se é o bem estar do doente.." E2

"... para dar conforto aos doentes..." E5

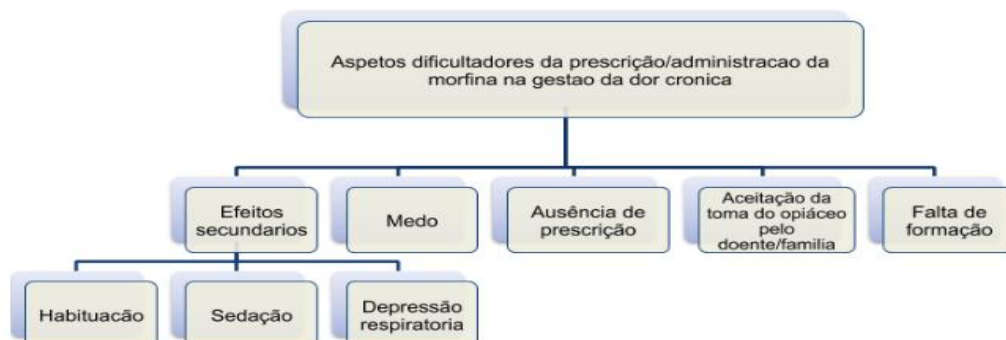
" Temos é de garantir qualidade de vida." M2.

" A morfina promove mais qualidade no fim de vida." M3.

❖ - **Aspetos dificultadores da prescrição/administração de morfina para gestão da dor crónica**

Da análise dos resultados, enumeram-se um conjunto de aspetos dificultadores que agrupamos nas seguintes categorias, sendo que a categoria *Efeitos Secundários*, se divide em três subcategorias: Efeitos secundários; medo; ausência de prescrição; aceitação do fármaco por parte doente /família; e a falta de formação.

Diagrama nº5 Aspetos dificultadores da prescrição/administração de morfina na gestão da dor crónica: categorias e subcategorias.



Relativamente aos **Efeitos Secundários**, são apontados a *habituação*, a *sedação* e a *depressão respiratória*. Assim, a respeito da *habituação*, os entrevistados referem:

"... de efeitos secundários que a morfina não é tão usada como deveria ser..." M3

"... principalmente a habituação a opioides." M4

"...a habituação aos opioides pode limitar um pouco a administração em grandes doses." E2

No que concerne à *sedação*, dois enfermeiros mencionam:

"...desconhecimento da morfina e das sua consequências e interações.. na prostração doente. " E1

"... sua consequências e interações pode funcionar como um elemento dificultador (...)sedativo." E2

Já a propósito da *depressão respiratória*, parece ser uma preocupação mais premente, retratadas nas seguintes afirmações:

"... um doente com uma DPOC, um doente com uma depressão respiratória, se calhar não o fazia". M1

"...Se for um doente com dificuldade respiratória temos muito mais cuidado.."M2

"...algum doente que tenha uma patologia na região do centro respiratório, alguma coisa assim.."M3

"... depressão do sistema nervoso e depressão do sistema respiratório.." M4

"...Como aspeto dificultador, talvez o receio que os médicos nos incutem, a depressão da parte respiratória, os efeitos secundários que possam existir..." E3

"Como aspeto dificultador, ... os efeitos secundários, a depressão respiratória que se fala tanto..." E6

"Morfina tem que ser muito bem pensada porque também mata..." M2

Outra das dificuldades mencionadas como elemento dificultador foi o **Medo**, destacando-se, a este propósito as seguintes afirmações:

"... nós ficamos um pouco com receio de o prescrever..."M1

"... ou temos medo de usar em determinados doentes.."M3

"... é que há muitos receios em usar..."M3

"... nos meter na cabeça" o medo da depressão do sistema nervoso central e do centro respiratório e penso que é por aqui que passa o maior receio no uso da morfina."M2

"Essa é uma dificuldade associada ao uso da morfina."M3

"O medo que ainda existe precisa de ser tratado, quer em termos de profissionais de saúde, para aprendermos mais, para sabermos usar mais e melhor." M3

"... Sinto que os médicos têm medo de prescrever morfina..."E3

"...acho que os doentes (nem todos) ainda têm muito medo de fazer morfina." E6

".. que não têm à vontade para a manipulação de fármacos como esse, dadas as consequências, as reações adversas." M1

"Não prescrevo . Peço sempre à equipa de paliativos." M1

"A morfina, mesmo estando prescrita, fica sempre para segundo recurso" E6

Emergiu ainda como dificuldade expressa pelos enfermeiros a **Ausência de Prescrição**, por parte dos médicos.

"...por vezes, quando não está prescrita, sugiro a prescrição, mas o pedido/sugestão nem sempre é atendido..." E1

".. se estiver prescrita nós administramos. Tem é de estar prescrita." E3

"..Como dificultadores, a falta de prescrição muitas vezes." "..Se estiver prescrita a morfina.." E4

".. e mesmo assim alguns tinham alguma dificuldade em prescrever.. "E5

Ao longo dos discurso, deparamo-nos também com a dificuldade associada **Adequação da Dose**, como se pode ver nos seguintes enxertos:

"... Ajustar a dose. Começa-se sempre por uma dose muito baixa e vê-se como é que o doente vai tolerando.."M2

"... Temos é de respeitar as doses.."

"...porque acho que nós não sabemos usar corretamente a morfina..."M3

"...Claro que a partir de determinadas doses temos de ter noção dos efeitos secundários"M3

"...o meu medo é sempre a dose com que começar.." "...não sabia muito bem até onde ir naquela fase, com que dose..." M3

"... Tento ajustar ao doente..."E4

Outra dificuldade expressa pelos PS, consiste na dificuldade atinente à questão da **Aceitação da toma do opiáceo pelo doente/família:**

"... Como dificultadores, alguns doentes, dependendo também da sua classe literária, se ouvem a palavra morfina também ficam ansiosos ou renitentes.."M3

"...Também a família, quando ouve falar na morfina, opina que a morfina..., e que vai fazer mal"M3

".. a palavra "morfina" era um pouco mal aceite na saúde.."E5

".. chegarmos junto a um doente e lhe dissermos que lhe vamos dar morfina..... ou "dê-me outra coisa..."E6

Por último, encontramos as dificuldades atinentes à **Falta de Formação:**

"... falta conhecimentos atuais sobre fármaco..." E5

"...carência de informação... " M3

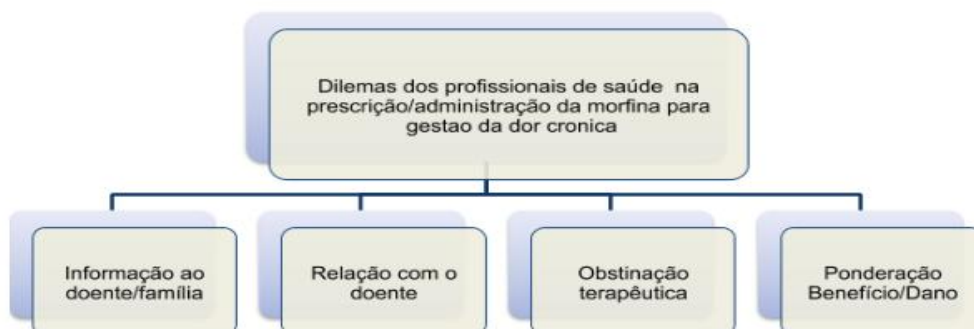
"..em termos profissionais (...) necessidade de aprendermos mais...." M3

".. no desconhecimento, prescreve-se outra droga..."

❖ - Dilemas dos profissionais de saúde na prescrição/ administração da morfina para gestão da dor crónica

No que concerne aos dilemas dos profissionais de saúde, foram identificadas as seguintes as categorias informação ao doente e família; relação com o doente, obstinação terapêutica e ponderação benefício/dano,:

Diagrama nº 6 Dilemas dos PS na prescrição/administração da morfina para gestão da dor crónica: categorias



No que concerne à **Informação ao doente e família**, os profissionais de saúde, expressam-se do seguinte modo:

" Os familiares se ouvem falar na morfina pensam logo que nós estamos a desistir do doente..." M2

"...comunicação doença e terapêutica ...como fazer" M2

"... Aos familiares têm de se ter muito cuidado na forma como se transmite.." M3

"... a palavra "morfina" e um pouco mal aceite, temos desfazer conceitos..." E5

"...temos deve informar doentes/família..." E6

Em estreita relação com esta categoria, encontramos o dilema associado à **Relação com o doente**, e com a sua situação clínica:

"Um doente totalmente sem vida de relação, acamado.... Olha-se para o doente. O que é que nós vamos fazer? .. Se calhar vamos só apenas tirar a dor.." " apego ao doente..." M1

"O decair deles e às vezes queremos, mais, e mais, e mais, mas sabemos que vai ser inevitável" M1,

"... já os conhecemos de longa data, sabemos como é o apoio familiar e isso custa um bocadinho" M1.

"...não aceitação da doença do nosso doente....o querer continuar a tentar..." E5

Nesta vertente, assumem também especial importância as afirmações proferidas que nos reportam para o dilema **Obstinação Terapêutica**:

""Somos formatados para curar, tratar" M1

"É difícil nós o fazermos, mas chega a uma determinada hora que temos que saber parar, que é fundamental como médicos ..." M1

"...o mais difícil é saber quando parar, especialmente quando temos alguma relação.." M1

"...tinha uma doente a fazer morfina subcutânea, de seis em seis horas, e a médica tirou porque dizia que "não estávamos a dar hipótese à senhora"..." E3

"Não é a primeira escolha... Se tiver mais medicação." E4

" Acabamos por deixar sempre para último recurso" E6

Por último, de destacar a **Ponderação Benefício/Dano**, dilema este que se

colca também aos profissionais e o verbalizam do seguinte modo:

"... que tenha vida de relação, se calhar (...) não sabendo qual é o diagnóstico, se é uma coisa de final de vida, sim..mas..." ..M1

"... Não falando a nível profissional, mas a nível familiar, tive uma avó nessa situação e não condenei o médico fazê-lo. Até acho que foi digno.." M1

"... era um problema com que me deparava era determinar se prescrevia àquele doente.."M3

"... sei que para outras pessoas, existe dilema em colocar morfina, a pensar no dano.."M4

"... se achamos que vai causar dano.." E2

Concluída esta apresentação e análises dos dados que nos proporcionou um olhar sobre a prespetivas dos profissionais de saúde sobre o uso da morfina na gestão da dor crónica, no capítulo seguinte vamos preceder a discussão dos resultados.

CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Existem atualmente diversas técnicas e medicamentos que permitem, na grande maioria dos casos, um controlo eficaz da dor. O sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada depende da monitorização da dor em todas as suas vertentes, e de uma monitorização realizada pelos profissionais de saúde. Esta monitorização tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente. Por tudo isto, a gestão da dor, deveria ser eficiente e ninguém deveria sofrer por longo tempo, principalmente no que diz respeito à dor crónica. Contudo, sabemos por experiência profissional e através de vários estudos, que na realidade não se aproxima deste ponto desejável.

Propomo-nos, neste capítulo, proceder à discussão dos resultados com o objetivo de alcançar a resposta às nossas interrogações iniciais, densificadas nos objetivos elencadas para este trabalho, procurando a sua relação com o conhecimento já alcançado por outros autores, que se debruçaram sobre a temática e com as nossas próprias reflexões. O desejo final será o de expormos o verdadeiro significado do material apresentado em relação aos objetivos delineados inicialmente (Marconi & Lakatos, 2003).

O fio condutor da discussão seguirá a mesma linha do capítulo anterior, abordando, de acordo com as várias áreas temáticas, por forma a obtermos uma visão global dos resultados, proporcionando uma análise ponderada dos mesmos, permeando-a com as ideias dos diversos autores que se debruçam sobre a temática.

Opinião acerca da utilização da morfina, na gestão da, dor crónica

Ao estruturarmos os dados obtidos, foi possível apercebemo-nos de que a opinião dos PS acerca da utilização da morfina na gestão da dor crónica, se reconduz, essencialmente, à *frequência do uso e à importância e utilidade da mesma*.

É muito referenciado pelos participantes a necessidade de fazer mais uso deste fármaco do que na realidade se faz. Esta ideia é corroborada por um estudo, em Itália, baseado nas prescrições de analgésicos efetuadas entre 2000 e 2008, no qual se demonstrou uma menor prescrição de morfina relativamente ao que seria desejável (Bandieri et al., 2009), resultado esse que já tinha sido observado num estudo anterior (Salvato et al., 2003).

A menção a esta necessidade crescente é feita quer por aqueles que *utilizam*

muito, quer por aqueles que *utilizam pouco* e aqueles que consideram ser *importante utilizar*, sugerindo a sua utilização crescente. Relacionam a utilização ainda residual da morfina com as dificuldades com as quais os PS se deparam.

De referir que esta utilização da morfina tida ainda como insuficiente, relaciona-se, em alguns casos, com a probabilidade de que alguns médicos podem desvalorizar, por vezes, a dor, no mesmo sentido do que preconizam Notcutt & Gibbs (2010). Num estudo realizado em 2010, os resultados sugeriam uma certa renitência por parte dos médicos de família em aliviar completamente o sintoma da dor (Allen, I et al., 2013).

De todo o modo, denota-se que alguns profissionais de saúde encaram com muita naturalidade a prescrição e a administração da morfina, assumindo o tratamento pela morfina como um processo em que se privilegia o conforto e qualidade de vida do doente e, por isso, encarando o mesmo sem qualquer tipo de inibições.

Ainda no que se refere à promoção do conforto e bem-estar proporcionados pelo uso da morfina, as respostas obtidas, vão de encontro de um estudo científico com a participação de 128 profissionais de saúde, no qual estes manifestaram a sua opinião no sentido de os opiáceos serem um caminho na melhoria da qualidade de vida dos doentes (Hooten & Bruce, 2011). No mesmo sentido, outro estudo revelou uma posição maioritária de que os opiáceos promovem uma melhor relação com o médico e ainda da crença de que uma morte digna não devia ser acompanhada de dor ou desconforto físico (Shinjo et al., 2014).

Situações de prescrição/administração e não prescrição/administração de morfina e na gestão da dor crónica

Dos resultados apurados, decorre que aqueles PS que prescrevem ou administram morfina, fazem-no, diferenciadamente, perante os vários tipos de doente, distinguindo os doentes em cuidados paliativos ou fim de vida, os doentes oncológicos, os doentes com insuficiência cardíaca, doentes com dispneia e doentes com dor crónica. De facto, resulta da realidade a existência de doentes cujas patologias se encaixam em mais do que numa destas subcategorias, mas os nossos resultados demonstram que perante uma situação de dor crónica isolada (sem manifestação de qualquer outra patologia) a morfina não é o medicamento de eleição. Esta prática reconduz-se àquele que já identificamos como o *5º mito: A dor crónica pode ser tratada adequadamente fornecendo opiáceos apenas quando necessário*. Na opinião de EAD (2005), tal prática conduz a uma desadequada

farmacocinética dos opiáceos, com constantes flutuações dos teores no sangue dos doentes.

De facto, esta posição assumida pelos PS traduz-se numa situação em que os mesmos apenas prescrevem ou administram morfina como último recurso. Este é ainda um sentimento de grande parte dos profissionais de saúde. Neste mesmo sentido, mostra um estudo realizado em Portugal em 2005 que mais de um quarto (28.9%) dos inquiridos considerou a morfina como um medicamento de último recurso (Verloo et al., 2009).

Na verdade, parece ainda resultar que alguns profissionais de saúde ainda acreditam que a morfina se destina unicamente a doente em fim de vida. Na mesma linha, num estudo realizado na Bélgica, 13.1% da amostra considerou que a morfina deveria ser reservada a doentes terminais (Brokmans et al., 2004).

Em contrapartida, pelos resultados apurados, observamos que não prescrevem ou administram morfina quando é possível controlar a dor através outros fármacos. Em bom rigor, esta posição, apesar de não tão radical, acaba por reconduzir-se, de certo modo, à opinião dos PS que afirmam usar a morfina como *último recurso*. De facto, ao assumirem que a dor pode ser controlada por outros medicamentos, não utilizam morfina, e acabam por dar a esta uma utilização residual.

Por outro lado, alguns PS referem as situações em que o doente em causa apresenta patologias que podem constituir contra-indicações, para prescrever/administrar morfina. Realizam então uma ponderação *in casu*, sempre que o recurso à morfina parece ser uma via adequada de tratamento. De facto, esta posição não se traduz numa situação em que não utilizem morfina, mas antes numa situação em que ponderam a situação concreta do doente, a nosso ver de forma consentânea com as boas práticas.

Já não será assim, para aquele grupo de PS que afirmam não prescrever ou administrar morfina em casos de *inadequação*, pois as razões apontadas (conferir ponto 3 do capítulo III *supra*) para esta falta de adequação radicam no pré-conceito de que a morfina se destina a doentes em fase terminal ou doentes oncológicos.

Aspetos favorecedores da prescrição/administração de morfina na gestão da dor crónica

Tendo em conta o objeto do nosso estudo e os objetivos que nos propomos atingir, assume particular relevância a questão de saber, na perspetiva dos PS, em que consistem os principais aspetos favorecedores da utilização da morfina, ou dito por

outras palavras, quais são as vantagens da morfina, quer numa vertente técnica, quer ao nível dos efeitos no doente.

Seguindo esta linha de raciocínio, dos dados colhidos assume grande importância o conhecimento do fármaco, mais concretamente a facilidade de manuseamento do mesmo, que decorre, a nosso ver, também de uma maior disponibilidade da morfina nos serviços.

A verdade é que, resulta do nosso conhecimento empírico, que, ao longo dos anos que antecedem, vão sendo abolidas as barreiras legais e procedimentais à prescrição de opiáceos. Tal constatação é reafirmada por alguns autores nomeadamente Mercadante (2002), Bandieri e outros (2009), Chinellato, Terrazzani, Walley, & Giusti, (2003).

Ainda quanto às questões técnicas, o facto de a morfina se revelar mais eficaz em confronto com outros medicamentos, apresenta-se como fator importante de valorização desta droga pelos entrevistados. Na verdade, como preconiza Ribeiro e outros (2011), a gestão eficaz da dor é um dever do profissional, mas também um direito da pessoa que sofre e um passo fundamental para a efetiva humanização dos serviços de saúde, além de ser um foco importante para melhorar a qualidade da assistência prestada. Acresce ainda que na opinião de Kraychete e Sakata (2011) os opiáceos constituem uns dos fármacos mais utilizados para o tratamento da dor em diversas doenças, sendo eficazes para praticamente todas as síndromes dolorosas, devido a seu alto grau de potencialidade.

Como já referimos anteriormente, no sistema nervoso central, como analgesia, salienta-se a eficácia da morfina para alívio de dores leves, contínuas e sem localização específica proveniente de órgãos interno. As dores neuropáticas podem ser resistentes, porém os doentes referem moderada redução na intensidade e melhoria em relação ao desconforto gerado pela dor.

Gonçalves, F. (2011) destaca o efeito rápido e de curta duração de ação das formas de libertação normal da morfina, sendo preferíveis para iniciar o tratamento. O limite é o controlo do sintoma ou o aparecimento de efeitos laterais intoleráveis.

Ora a eficácia está intimamente ligada com o alívio da dor, pelo que seguindo a dicotomia apresentada, numa perspetiva dos efeitos no doente, a morfina foi destacada, nos resultados apresentados, pela sua importância no alívio da dor,

não apenas por si só, mas também como causa de conforto, bem-estar e maior qualidade de vida para o doente.

Decorre assim, dos resultados apresentados, ser uma preocupação primordial o alívio da dor e a consequente melhoria de conforto, bem-estar e qualidade de vida do doente.

Um estudo realizado, na Nigéria durante o 2013, mostrou que três quartos (76%) dos inquiridos consideravam que a administração de morfina melhorava a qualidade de vida dos doentes em cuidados paliativos (Fadare et al., 2014).

Não obstante, vários estudos mostram que médicos e enfermeiros têm falta de informação e formação sobre a avaliação da dor e a utilização de analgésicos, nomeadamente um estudo realizado em Portugal (Goncalves, Carvalho. 2005), estamos em crer que o alívio da dor é um cuidado cada vez mais crescente entre os PS e não só.

Reflexo desta preocupação crescente é o Plano Nacional de Luta Contra a Dor, elaborado em 2001 que preconiza que controlo eficaz da dor é um direito dos doentes que dela padecem, um dever dos profissionais de saúde e um passo fundamental na efetiva humanização das unidades de saúde.

No mesmo sentido, o alívio da dor deveria ser assumido como um dos direitos humanos fundamentais, de acordo com a proposta apresentada pela International Association for the Study of Pain (IASP) e o tratamento da dor é considerado um direito humano fundamental (Brennan, Carr, & Cousins, 2007).

Por fim, não devemos esquecer o código deontológico da Ordem dos Médicos, que postula que o médico tem o dever “de promover ou restituir a Saúde, suavizar os sofrimentos e prolongar a vida, no pleno respeito pela dignidade do Ser humano.”.

Por seu turno, o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na secção respeitante ao Código Deontológico da profissão, prevê que o enfermeiro assume o dever de “proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional.” (alínea c) do artigo 79.º.

Aspetos dificultadores da prescrição/administração de morfina na gestão da dor crónica

Da mesma forma que se mostra importante conhecer os aspetos favorecedores, também os aspetos dificultadores da prescrição/administração de morfina na gestão da dor crónica são um dos pontos fundamentais do nosso estudo, na medida em que é aqui que se revelam grande parte dos mitos, sobre os quais temos vindo a falar e que constituem verdadeiros obstáculos à utilização da morfina no tratamento da dor (Elliot & Elliot , 1992)

A análise dos resultados permite-nos aferir que o *medo* constitui ainda uma das grandes barreiras no controlo da dor através da morfina, de uma forma eficaz. De facto, não podemos dissociar o medo dos efeitos secundários, pois aquele surge, sobretudo, relativamente a estes. Todavia, também se automatiza, sobretudo numa vertente de medo do desconhecido, das contraindicações. A palavra “medo” sempre ligado a morfina é recorrente ao longo das entrevistas, seja referindo-se ao seu próprio medo, quer indicando o medo dos outros PS como aspeto dificultador, bem como o medo do doente e/ou da sua família. Ou seja, o medo da morfina acaba por ser transversal a todos os aspetos dificultadores relatados e até mesmo aos dilemas detetados e que serão objeto de tratamento no ponto seguinte. Na verdade, a opiofobia foi continuando, apesar de em menor escala, mas prevalece, ainda hoje em dia, entre os doentes, famílias e profissionais de saúde (Jovey et al., 2002).

De facto, os *eventuais* efeitos secundários causados pela morfina assumem-se como a principal dificuldade com a qual os PS dizem ter de lidar, quando está em causa o uso de morfina. De entre os efeitos secundários, são destacados a habituação, a sedação e a depressão respiratória.

Em Portugal, em 2005, sobre esta temática foi realizado um inquérito, junto de 45 médicos e 366 enfermeiros da região da Beira Interior, onde se comparou as diferenças de perceção, a prescrição e uso de morfina por enfermeiros e médicos da região onde, mais de dois terços dos inquiridos indicavam os riscos de dependência (68.9%) e de depressão respiratória (68.2%) como principais barreiras para a prescrição de morfina (Verloo et al., 2009). Num outro estudo realizado também em Portugal, mais de 40% dos inquiridos concordava com as afirmações de que a morfina aumentava o risco de dependência (41%), de sonolência ou sedação (43.5%) ou de tolerância (50%) (verloo, et al., 2010). Em

outro trabalho científico, realizado nos EUA notou-se igualmente o receio de o tratamento conduzir à dependência (Hooton & Bruce,2011).

EAD (2005) diz-nos que existe o mito de que mesmo em doses adequadas, a morfina conduz à dependência. De acordo com o autor, por essa razão, quando os enfermeiros fornecem medicação contra a dor, nomeadamente morfina, a maioria dos profissionais fornece doses mais baixas do que o necessário, não permitindo uma sedação completa da dor.

No que respeita à depressão respiratória, segundo Valera e Aubry, quase 25% dos médicos concordam que a morfina provoca depressão respiratória (Valera & Aubry,2000). Num estudo realizado num hospital australiano, 64.7% dos doentes não eram adequadamente sedados, sobretudo devido a efeitos secundários dos opiáceos (Murnion, Gnjudic, & Hilmer, 2010).

Todavia, em relação à dependência, as estatísticas são perentórias ao afirmar que a morfina não é viciante. A incidência da dependência seria de 1% nos doentes tratados durante um curto período (dor aguda) e cerca de 4% nos doentes com dor crónica tratados durante mais de um ano (D'Arcy, 2008; Joranson, Ryan, Gilson, & Dahl, 2000).

Quanto à depressão respiratória, é muito raro que a morfina, administrada em doses cuidadosamente ajustadas, provoque depressão respiratória (Vilensky, 2002).

Destaca-se ainda como dificuldade apresentada a *Ausência de Prescrição*. Este foi um aspeto dificultador relatado apenas pelos enfermeiros, na medida em que, muitas vezes, na prática diária deparam-se com doentes que reúnem as condições para que lhes seja administrada morfina, mas, como no caso concreto, o médico assistente não a prescreveu, estão impossibilitados de a administrar. Este relato é acompanhado pela indicação de que muitas vezes, sugerem mesmo ao médico a prescrição, pois são os enfermeiros que mais horas passam com o doente e melhor o conhecem.

Por outro lado, casos há em que sucede o oposto. Apesar de a morfina se encontrar prescrita, para o enfermeiro que a administra funciona como último recurso.

Esta falta de prescrição mencionada está, muitas vezes, relacionada com a falta de formação dos PS. De facto, a falta de formação constitui também um grande impedimento para que a morfina não seja usada com mais frequência.

Numerosos estudos mostram que médicos e enfermeiros têm falta de formação sobre a avaliação da dor e a utilização de analgésicos (Goncalves, Carvalho, 2005).

Esta ideia é corroborada por vários autores (Vilensky, 2002; Notctt & Gibbs.2010), que salientam a falta de formação profissional como uma das principais causas da persistência dos mitos e das barreiras para uma adequada prescrição dos opiáceos no tratamento e controlo da dor crónica.

Tal como defendemos anteriormente, parece-nos que a resposta mais adequada à eliminação dos mitos e das barreiras relativas à prescrição e administração de opiáceos seria a formação. De facto, na grande maioria dos trabalhos desenvolvidos, verificou-se uma melhoria dos conhecimentos e das atitudes em relação aos opiáceos depois de ações de formação (Young et al., 2012; RAMA, & Radbruch, 2013).

Um estudo realizado no Canadá mostrou que a formação melhorava os conhecimentos e a gestão da dor por parte dos enfermeiros; no entanto, os resultados da intervenção diminuía com o passar do tempo, salientando a necessidade de cursos de atualização (Howell et al., 2000).

A falta de formação na área da analgesia ou da prescrição de opiáceos é uma barreira frequentemente indicada pelos médicos (Bennett & Carr, 2002; Eftekhar et al., 2007; Hutchinson et al., 2007).

Ora, se existe falta de formação, torna-se claro que haverá também, em alguns PS, dificuldade em *ajustar as doses*, a qual é relatada ao longo das entrevistas.

No estudo já referido, realizado em Portugal em 2005, quase um terço (29.2%) indicou dificuldade em dosear e administrar a morfina (Verloo et al., 2009).

Num estudo sobre as resistências ao tratamento da dor, Grossman (1993) refere algumas dificuldades como obstáculo à adequação analgésica apropriada. Os profissionais de saúde recebem pouco conhecimento sobre a dor, ou têm pouca consciência da intensidade da dor nos seus doentes e podem estar excessivamente preocupados com a toxicidade dos opiáceos. A não existência de modelos adequados nas instituições académicas também constitui um obstáculo à adequação analgésica apropriada. Esses obstáculos podem ser amplamente superados, enfatizando a importância do controlo da dor, considerando a etiologia da dor em cada doente, pesando toda a gama de opções terapêuticas disponíveis,

bem como garantindo que informações de equivalência de opiáceos amigáveis ao usuário estão disponíveis. Também o emprego de ferramentas de avaliação de dor rotineiramente e o registo das flutuações e intensidade de dor facilmente conseguem fornecer dados importantes para a determinação das doses adequadas de opiáceos para alívio da dor. Estas barreiras são igualmente citadas por Sun (2007) e Zuccaro (2012).

Uma prescrição correta deve sempre começar por doses mais baixas e numa escala progressiva, pois só assim permite uma analgesia adequada, sem aumentar o risco de delírio ou agitação (Davis & Srivastava, 2003).

A responsabilidade em prescrever/administrar medicamentos é, deste modo, uma das maiores atribuições da equipa de saúde. Sendo uma tarefa rotineira, deve o profissional adotar métodos seguros para que o doente receba a medicação correta, na via, hora e dose certas, sem acarretar riscos para a sua saúde (Souza & Mozachi, 2009)

Efetivamente um dos mitos relacionados com a morfina tem a ver com a eventual necessidade de aumentar a dose, significando uma dependência cada vez maior dos opióides. A eficácia do opióide depende da intensidade da dor, da sua fisiopatologia e do perfil metabólico do doente. Assim, não podemos definir doses *ideais*, nem limites superiores. A dose a utilizar é aquela que obtém uma analgesia eficaz no doente em avaliação, desde que os efeitos colaterais sejam toleráveis (Castro 2014).

Por último, constitui também um aspeto dificultador a transmissão da informação ao doente e/ou família. De facto, a partir do momento que é prescrita ao doente a toma de morfina, o mesmo tem de ser devidamente esclarecido acerca do medicamento e das suas implicações. Ora, atendendo aos mitos que hoje em dia ainda rodeiam a morfina, é sempre delicada esta informação, na medida em que grande parte dos doentes, e respetivas famílias, encaram o começo da toma de morfina como início do fim. Do estudo realizado nos EUA, citado por A. Vallerand & Nowak (2010), a maioria dos inquiridos indicou o estigma de “drogado” que lhes era imposto pelos familiares ou amigos, ou até do medo de malformações congénitas devidas ao tratamento. A maioria dos inquiridos indicou várias barreiras ou estigmas que os impediam de serem considerados como pessoas normais: familiares, sociais (medo de perder o emprego), falta de conhecimento por parte dos médicos, dificuldades em obter os medicamentos junto das farmácias e constrangimentos legais.

Dilemas dos profissionais saúde na prescrição/administração da morfina para gestão da dor crónica

A última área temática que trabalhamos prende-se com um aspeto fundamental do nosso estudo, os dilemas com se deparam os PS, aquando da utilização de morfina.

De facto, dos dados recolhidos, podemos constatar que emergiu das entrevistas efetuadas uma realidade: quem conhece bem a morfina, em toda a sua amplitude, dificilmente se depara com dilemas aquando do uso da mesma.

Na verdade, podemos relacionar alguma falta de conhecimento acerca deste fármaco com a existência de interrogações por parte dos PS, no que à morfina diz respeito.

Das entrevistas resultou haver, por parte de alguns PS, aquilo que denominamos de obstinação terapêutica. A obstinação terapêutica, também conhecida por distanásia, é a prática pela qual se prolonga, fazendo uso de meios artificiais e desnecessários, a vida de um doente sem cura alcançável.

Muito vem sendo discutido sobre essa temática por diferentes PS e de outras áreas e, em especial, o direito de o paciente morrer com dignidade e a obstinação terapêutica, expressão que também pode ser usada como sinónimo de tratamento fútil e inútil, que tem como consequência a morte medicamente lenta e prolongada, acompanhada de sofrimento. Trata-se da atitude médica que, visando salvar a vida de um doente terminal, submete-o a grande sofrimento. Com essa conduta, não se prolonga a vida propriamente dita, mas o processo de morrer. (Pessini L., 2001)

O facto de resultar dos dados obtidos que os PS são “formatados para curar, tratar e não para parar de causar dano.” (M1) é uma situação que mostra que ainda há muito caminho a desbravar no sentido de se compreender o que a morfina pode fazer pelo doente, sem efetivamente provocar dano.

Outro dos dilemas com que os PS se deparam concerne à *ponderação benefício/dano*.

Os benefícios diretos e indiretos a doentes, sujeitos de pesquisa e outros indivíduos afetados devem ser maximizados, e qualquer dano possível a tais indivíduos deve ser minimizado, quando se trate da aplicação e do avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e tecnologias associadas, tal como

resulta da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005).

Numa outra perspetiva, surge também como dilema a comunicação ao doente e/ou família de que ao mesmo foi prescrita a administração de morfina. Este facto, reconduz-se também a uma dificuldade sentida pelos PS, como já referenciamos aquando do tratamento dos aspetos dificultadores do uso da morfina. Na verdade, a comunicação com o doente constitui para os PS, uma certa dificuldade e causa, em regra, algum desconforto, o que poderá resultar numa inibição do uso.

A palavra *morfina* possui, junto da população em geral, uma conotação negativa.

Num estudo realizado, conclui-se que a maioria dos doentes rejeitava o tratamento por opiáceos por os considerarem como medicamentos de fim de vida (Reid, Gooberman-Hill, & Hanks, 2008). De acordo com outro trabalho científico (Meeker, Finnell, & Othman, 2011) também as famílias dos doentes partilham os mesmos mitos.

Em estreita ligação com o ponto anterior, deparamo-nos com a temática relacionada com as relações que os PS desenvolvem, inevitavelmente, pelo doente. Com efeito, é natural nascer, entre PS e doente, um envolvimento, envolvimento esse que poderá dificultar uma tomada de decisões pelo PS, de forma livre, em toda a sua plenitude. Por certo, “As emoções e os sentimentos (...) durante a prestação de cuidados são (...) a tristeza, o medo, a surpresa, a culpa, a impotência, a revolta e a injustiça, a alegria, o contentamento e o alívio.” (Diogo, 2006).

CAPÍTULO V - CONCLUSÕES,
IMPLICAÇÕES E LIMITAÇÕES DO
ESTUDO

No final encontram-se respostas para as questões iniciais. A apresentação de um relatório final adequado é imprescindível para o sucesso da Investigação. Os resultados alcançados podem ser confirmados ou não, por outros investigadores que utilizem o estudo ou gerar novas problemáticas a investigar. Todos os profissionais, em alguma fase da sua vida académica ou profissional, sentem necessidade de desenvolver ou participar em estudos de investigação, pois é inerente ao avanço formativo para cada um de nós.

A Investigação reforça a credibilidade das atitudes, pode determinar padrões de qualidade com benefício para as Instituições para os profissionais e para comunidade. Neste sentido impõe-se lembrar a questão de investigação deste trabalho, que consiste em compreender a perspetiva dos profissionais de saúde sobre o uso da morfina na gestão da dor crónica. Com este estudo, foi nosso propósito contribuir para desmitificar o uso de morfina entre os profissionais de saúde, de modo a minimizar o sofrimento da pessoa em fim de vida. Pretende-se ainda que os doentes não fiquem privados das vantagens terapêuticas destes fármacos que podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida do doente crónico, e adotar intervenções que norteiam uma assistência mais qualificada e humanizada.

Pretende-se assim que este estudo seja uma mais valia para a nossa prática clínica.

Apesar de alguns fatores negativos intervirem sobre o uso de opiáceos no tratamento da dor, observa-se um interesse crescente em pesquisar e discutir o manuseamento deste tipo de fármacos. O controlo adequado da dor e os fatores que contribuem para a alta prevalência dos processos dolorosos, especialmente nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, apresentam-se também como aspeto essenciais em ter em conta.

Observa-se, também, que na década de noventa intensificaram-se os estudos, concomitantemente ao aumento do consumo de opioides para fins medicinais. Entretanto, o controle da dor com opiáceos e mais especificamente na dor crónica traz implicações mais abrangentes, que envolvem fatores sociais, económicos, legais, educacionais, éticos, políticos entre outros, e que contribuem para que muitos processos dolorosos sejam tratados inadequadamente, confirmando a prevalência da dor.

O tratamento da dor deverá ser realizado de acordo com a escada analgésica proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que recomenda a utilização dos opioides no tratamento da dor de intensidade moderada a intensa. Apesar das recomendações verifica-se uma subutilização dos opioides na abordagem terapêutica

da dor, muitas vezes pela existência de receios infundados, mitos, estigmas e controlo na prescrição.

O nosso estudo integra uma análise qualitativa de dados, que permitiu aferir determinados dados concretos quanto à realidade vivenciada pelos profissionais de saúde do contexto de estudo, nos dias de hoje.

Antes de mais, assume importância destacar aquilo que foi referenciado como principais vantagens do uso da morfina, na gestão da dor crónica: A eficácia, no sentido estrito da rapidez; a eficácia, no sentido do alívio da dor e da promoção do conforto, bem-estar e qualidade de vida, a disponibilidade atual do fármaco; e a facilidade de administração.

Por certo, perante o uso da morfina na gestão da dor crónica, surgem aos PS algumas barreiras - também já constatadas pelos autores consultados- das quais destacamos as seguintes: A existência de efeitos secundários; opinião do doente/família; falta de formação.

A nosso ver, da falta de formação resultam outros importantes fatores, que obstaculizam a uma utilização eficiente da morfina:

- A existência de pré-conceitos, trazidos da formação de base;
- Medo/receio de prescrever/administrar;
- Dificuldade em determinar em que tipo de doente o fármaco pode ser usado;
- Dificuldade em determinar as doses iniciais e subsequentes;
- Desconforto na comunicação ao doente/família.

Resulta assim que estes fatores desfavorecedores da utilização de morfina poderão ser extintos, proporcionando aos profissionais um conhecimento mais profundo deste fármaco, através, nomeadamente, de ações de formação, reestruturação da formação inicial e pós-graduação entre outras. De facto, são muitos os autores a relacionar a falta de formação dos profissionais com o uso insuficiente da morfina.

Ora, facilmente se compreende que se tivermos PS mais formados e informados, estes também estarão mais aptos para transmitir à comunidade em geral os elementos essenciais inerentes à utilização deste fármaco, o que poderá contribuir para uma maior abertura dos doentes e das suas famílias, tendente à aceitação, de uma forma

plena, da prescrição e administração da morfina, compreendendo os seus benefícios, afastando a ideia de que a morfina apenas se destina a doentes em fim de vida.

Este nosso entendimento é cimentado por vários estudos, nomeadamente alguns dos referidos neste trabalho, demonstrou que 90% dos participantes gostaria de receber tratamento por opiáceos no futuro caso tal fosse necessário. Esta escolha dos opiáceos estava associada a uma melhor perceção de que estes medicamentos melhoram a qualidade de vida dos doentes e também a uma melhor informação relativamente à gestão dos efeitos secundário.

.A falta de conhecimento verificada aplica-se não só à morfina, mas também a todo o processo de dor. Entendemos, assim, que o sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes, no sentido do que já vem sendo preconizado pela APED e pela Ordem do Enfermeiros.

Por fim, gostaríamos de tecer algumas considerações acerca dos efeitos secundários. Não é que os queiramos desvalorizar. Todavia, todo o nosso estudo - desde o enquadramento teórico às entrevistas realizadas e sua análise e discussão - evocou a ideia de que os efeitos secundários - nomeadamente a habituação, sedação e depressão respiratória - apesar de existirem em potência, podem ser facilmente controlados. Pretendemos, portanto, afastar o mito de que o dano provado pela morfina é superior ao benefício.

De uma forma geral, grande parte deste tipo de estudos apresenta algumas lacunas. Assim, uma das limitações desta investigação foi o impedimento de fazer uma análise comparativa, uma vez que não se conhecem estudos semelhantes aplicados na população do presente trabalho. A generalização dos resultados foi outra limitação, já que os dados obtidos apenas se limitaram a um único hospital. Assim, seria conveniente aplicar este mesmo estudo em outros hospitais localizados em diferentes regiões de Portugal.

No decorrer do estudo surgiram também alguns obstáculos. O primeiro entrave sentido surgiu, desde logo, na fase investigatória. De facto, constatámos a grande maioria dos trabalhos científicos existentes sobre a temáticas são estrangeiros, sendo extremamente escassa a literatura portuguesa existente sobre o assunto em estudo.

Mesmo a nível de estudos realizados sobre a dor, verifica-se a falta de focalização dos mesmos sobre a relação entre a dor e os opiáceos para o controlo da mesma. Outra das dificuldades constatadas, ao longo do percurso percorrido, prendeu-se com a obtenção de autorização para a realização das entrevistas aos profissionais de saúde

deste centro hospitalar. Por último, sentimos que informação transmitida nas respostas de alguns entrevistados foi muito parca, na medida em que revelaram que existem ainda, por parte dos profissionais, algumas lacunas acerca desta temática.

Apesar destas e outras limitações, pensa-se, no entanto, que foi possível compilar de uma forma organizada os resultados que surgiram neste estudo e que todos os procedimentos teóricos e metodológicos foram executados, sem descuidar qualquer rigor.

Todavia, as conclusões obtidas só podem ter lugar no contexto do quadro teórico apresentado e exposto neste trabalho.

Ao terminar-se este trabalho de investigação, considera-se que ele foi realizado com o melhor empenho possível. Existiu um esforço, no sentido de dar resposta aos objetivos propostos, mesmo suportando algumas dificuldades e algumas limitações impostas, quer pela falta de experiência quer maturidade no domínio da investigação. Assim sendo, considera-se que foram atingidos os objetivos propostos. Aguarda-se pois, que este estudo possa constituir-se como um estímulo à reflexão e à produção de futuras investigações acerca da problemática que envolve o uso da morfina para o controlo da dor crónica.

Acredito que todos podemos e devemos proceder melhor, que o futuro será diferente, que a regra será exceção, que esta realidade que a todos nos entristece, será um estigma do passado, um passado infelizmente ainda tão presente. Ou, não será o tratamento da dor, um direito de todos os cidadãos e o acesso ao tratamento desta, um direito fundamental.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ABELES, H., PLEW, R., LAUDEUTSCHER, I., & ROSENTHAL, H. M. (1966). Multiple-drug addiction in New York City in a selected population group. *Public health reports*, 81(8), 685-690. ISSN: 0941-4355 (print version)

AMY, EA E KOZAK, AT (2012), "Quanto mais dor eu tenho, mais eu quero comer": Obesidade no contexto da dor crônica. *Obesity*, 20: 2027-2034. consultado em Abril 2017, disponível em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1038/oby.2012.39>

ANDERSSON, H. I. (2009). Increased mortality among individuals with chronic widespread pain relates to lifestyle factors: a prospective population-based study. *Disability and rehabilitation*, 31(24), 1980-1987. abstrat Pubmed

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CONTROLO DE DOR (2013) - Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor), , disponível <http://www.apeddor.org/index.php/sobre-a-dor/controlo-da-dor/28-plano-estrategico-nacional-de-prevencao-econtrolo-da-dor> , consultado em 20 de março de 2018

ATLURI, S., BOSWELL, et al. (2003). Guidelines for the use of controlled substances in the management of chronic pain. *Pain Physician*, 6(3), 233-257. *Pain Physician*. 2003;6:233-257, ISSN 1533-3159

AZEVEDO LF, MENDONÇA L, COSTA-PEREIRA A e CASTRO-LOPES J.M. (2012) Epidemiologia da Dor Crónica: Um Estudo Nacional de Base Populacional sobre a Prevalência, Características e Incapacidade Associada em Portugal, Agosto de 2012, *The journal of pain*, consultado em Maio de 2018, disponível em [https://www.jpain.org/article/S1526-5900\(12\)00664-5](https://www.jpain.org/article/S1526-5900(12)00664-5)

AZEVEDO, LF, COSTA PEREIRA, A., MENDONÇA, L. et al. (2016) *European J Health Econ* 17: 87., consultado em Abril de 2018. disponível em <https://doi.org/10.1007/s10198-014-0659-4/fulltext>

BARBOSA, ANTÓNIO; NETO, ISABEL G. (2016) – Manual de Cuidados Paliativos, 3ª edição, Núcleo de Investigação em Cuidados Paliativos em Portugal, Lisboa, ISSN 1646-5687
BARDIN, L. (2009) - *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA,

BANDIERI, et al (2009); Prescription of opioids in Italy: everything, but the morphine, *Annals of Oncology*, Volume 20, Issue 5, Pages 961–962, <https://doi.org/10.1093/annonc/mdp041>
EAD, H. (2005). Improving pain management for critically ill and injured patients. 16(3), 26-31.

BATALHA LMC. (2016) - *Avaliação da dor*. Coimbra: EsenfC; (Manual de estudo –versão 1)

BARRETO, Renato de Freitas et al. Avaliação de dor e do perfil epidemiológico, de pacientes atendidos no pronto-socorro de um hospital universitário. *Rev. dor [online]*. 2012, vol.13, n.3

[cited 2018-10-02], pp.213-219. Disponível em:
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132012000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132012000300004&lng=en&nrm=iso)&lng=en&nrm=iso>.ISSN1806-0013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132012000300004>.

BEN DIANE, M. K., PERETTI-WATEL, P., GALINIER, A., FAVRE, R., OBADIA, Y., & Comité de pilotage Soins palliatifs, P. (2005). [Morphine prescription to terminal cancer patients suffering from severe pain: results of a French survey]. *Bulletin du cancer*, 92(7), 733-740.

BENDIANE, M. K., BOUHNİK, A. D., FAVRE, R., GALINIER, A., OBADIA, Y., MOATTI, J. P., & PERETTI-WATEL, P. (2007). Morphine prescription in end-of-life care and euthanasia: French home nurses' opinions. *Journal of Opioid Management*, 3(1), 21-26. 101

BENNET, S. J., OLDRIDGE, et al (2002). Discriminant properties of commonly used quality of life measures in heart failure. *Quality of Life Research*, 11(4), 349-359.

BENNETT, D. S., & CARR, D. B. (2002). Opiophobia as a barrier to the treatment of pain.

BENOIST, J. M. (1994). Le point sur les analgésiques morphiniques. *Médecine & Hygiène*, 52(2021), 826-835.

BINHAS, M., MARDOYAN, S., LUGUET, S., RIGAL, L., & MARTY, J. (2010). Prescription de morphine et rôle infirmier. [Morphine prescription and the nursing role]. *Soins(749)*, 52-54.

BONI, VALDETE; QUARESMA, SÍLVIA JUREMA. (2005) -Como fazer entrevistas em ciências sociais. Em Tese, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 68-80, janeiro. ISSN1806-5023. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027>>. Acesso em: 13 out. 2018. doi:<https://doi.org/10.5007/%x>.

BOSTROM, M. (1997). Summary of the Mayday Fund Survey: public attitudes about pain and analgesics. *Journal of Pain and Symptom Management*, 13(3), 166-168.

BOULANGER, A., CLARK, A. J., SQUIRE, P., CUI, E., & HORBAY, G. L. (2007). Chronic pain in Canada: have we improved our management of chronic noncancer pain? *Pain research & management : the journal of the Canadian Pain Society = journal de la société canadienne pour le traitement de la douleur*, 12(1), 39-47.

BREIVIK, H., COLLETT, B., VENTAFRIDDA, V., COHEN, R., & GALLACHER, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. 10(4), 287-333. doi: 10.1016/Journalpain.2005.06.009

BRENNAN, F., CARR, D. B., & COUSINS, M. (2007). Pain management: a fundamental human right. *Anesthesia and analgesia*, 105(1), 205-221. doi: 10.1213/01.ane.0000268145.52345.55

BRITISH PAIN SOCIETY. (2003). Pain in Europe. A 2003 report. (pp. 24). London, UK: British Pain Society,.

BURKHART, L., SCHMIDT, L., & HOGAN, N. (2011). Development and psychometric testing of the Spiritual Care Inventory instrument. *Journal of Advanced Nursing*, 67(11), 2463-2472. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05654.

CAPELAS, M. L.(2008) - Organização de Serviços: Estimativa de Necessidades para Portugal. "Revista Dor". São Paulo. ISSN 1806-0013. vol. 16, nº3, pp. 40-44.

CARDOSO, A (1999) - Manual de Tratamento da Dor Crónica. Lisboa: Lidel,. ISBN 972-

CARVALHO, M. L. (2005). Conhecimentos e atitudes dos médicos em relação ao controlo da dor. Lisboa, Portugal. Tese Mestrado

CASELL EJ. (2004) *The nature of suffering and the goals of medicine*. Oxford: Oxford University Press

CASTRO, J. L. (2002). Dor crónica custa dois biliões de euros por ano. *Semana Médica*, 17, 12. CASTRO, JOÃO PEDRO MACHADO (2014) - Cuidados de saúde ao doente e família nos últimos dias e horas de vida. Tese doutoramento,lisboa

CASTRO-LOPES, J., SARAMAGO, P., ROMÃO, J., & PAIVA, M. (2010). Pain Proposal: A Dor Crónica em Portugal. 102

CERVO, A. L.; BERVIAN, P.A. (1983) – *Metodologia científica*. 3ª ed. São Paulo: McGraw-Hill, 249p.

CLARK, D.(2010)- *Total Pain, Disciplinary Power and the Body in the Work of Cicely Saunders*

COVARRUBIAS-GOMEZ, A., & MENDOZA-REYES, J. J. (2013). Evaluation of sleep quality in subjects with chronic nononcologic pain. *Journal of pain & palliative care pharmacotherapy*, 27(3), 220-224. doi: 10.3109/15360288.2013.816405

COVINGTON, E. C. (2000). Opiophobia, opiophilia, opioagnosia. *Pain Medicine*, 1(3), 217-223.abstat Pub Med

D'ARCY, YOUNG. (2008). Nursing2008 Pain management survey report. *Nursing*, 38(6), 42-49; quiz 49-51. doi: 10.1097/01.NURSE.0000320357.01950.d2

DAUDT, A. W., et al. (1998): "Opioides no manejo da dor: uso correto ou subestimado? Dados de um hospital universitário." *Rev Assoc Med Bras* 44.2 106-10.

DAVIS, M. P., & SRIVASTAVA, M. (2003). Demographics, assessment and management of pain in the elderly. *Drugs & aging*, 20(1), 23-57.

DENKINGER, M. D., IGL, W., et al (2009). Practicality, validity and sensitivity to change of fear of falling self-report in hospitalised elderly--a comparison of four instruments. *Age and ageing*, 38(1), 108-112. doi: 10.1093/ageing/afn233

- DICIONÁRIO INFOPÉDIA DA LÍNGUA PORTUGUESA [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2018. [consult. 2018-05-14 16:03:45]Disponível na internet: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/mito> (consultado em 14.03.2018)
- DIOGO, P. (2006).A vida emocional do Enfermeiro - Uma prespetiva emotivo-vivencial da prática de cuidados. Coimbra: Formasau.
- DUARTE, DANILO FREIRE.(2005) -Uma breve história do ópio e dos opioides. Rev. Bras. Anestesiologia, , 55.1: 135-146.
- DUHAMEL, F. e FORTIN, M.-F. (1999). Os estudos de tipo descritivo, in, M.-F. Fortin (Ed.), O processo de investigação. Da conceção à realização, Camarate; Lusociência, pp. 161 – 172. E.
- ELLIOTT, T. E., & ELLIOTT, B. A. (1992). Physician attitudes and beliefs about use of morphine for cancer pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 7(3), 141-148.
- ESCALANTE, A., LICHTENSTEIN, M. J., WHITE, K., RIOS, N., & HAZUDA, H. P. (1995). A method for scoring the pain map of the McGill Pain Questionnaire for use in epidemiologic studies. 7(5), 358-366.
- EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE (2009). Standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European Journal of Palliative Care* , 16(6), 278-28
- FERREIRA, MARIA. (2015).Atitudes de enfermeiras e médicos face a morfina na região do Valais, Suíça. Diss. Universidade Católica Portuguesa, Tese mestrado 103 FIGUEIREDO, J.
- HELEN J. STREUBERT E DONA R. CARPENTER. 2003. Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista. Camarate: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas. *Interações: Sociedade E As Novas Modernidades*, 3(5). Obtido de <https://interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/93>
- FLEMING, M. (2003).– Dor sem nome, pensar o sofrimento, 2ª edição. Afrontamento Edições, Porto,
- FONTANA, J. S. (2008). The social and political forces affecting prescribing practices for chronic pain. *Journal of Professional Nursing*, 24(1), 30-35. doi 10.1016/j.profnurs.2007.06.002
- FORBES, K. (2006). Opioids: beliefs and myths. *Journal of pain & palliative care pharmacotherapy*, 20(3), 33-35.
- FORTIN, M. F. (1999) - O Processo de Investigação. Loures: Lusociência,. ISBN 978-972-8383-10-7. p.47-60.p.239-266 e p.305-320.
- FORTIN, M. F.; CÔTÉ J. & VISSANDJÉE B. (2003) A Investigação Científica. In FORTIN, O processo de investigação da conceção a realização (Cap. 13) Loures, Lusociência

FORTIN, MARIE-FABIENNE (1996)– O processo de investigação: da conceção à realização. Loures: Lusociência., 388p. ISBN 972-8383-10-X.

GALLAGHER R: KILLING (2010) - the symptom without killing the patient. *Can Fam Physician* 56 n.6;:544-6
GALLAGHER, J., O'GARA, C., SESSAY, M., & LUTY, J. (2006). Nurse prescribing in addiction services: client benefits. *Nursing Standards*, 20(48), 42-44.

GANNON, B., FINN, D. P., O'GORMAN, D., RUANE, N., & MCGUIRE, B. E. (2013). The cost of chronic pain: an analysis of a regional pain management service in Ireland. *14(10)*, 1518-1528. doi: 10.1111/pme.12202
GASKIN, D. J., & RICHARD, P. (2012). The economic costs of pain in the United States. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society*, 13(8), 715-724. doi: 10.1016/j.jpain.2012.03.009

GASPAR, ANA T. e ANTUNES F. (2011) -Síndrome doloroso regional complexo. *Acta Med Port*; 24: 1031-1040

GERDLE, B., BJORK, J., HENRIKSSON, C., & BENGTSSON, A. (2004). Prevalence of current and chronic pain and their influences upon work and healthcare-seeking: a population study. *The Journal of rheumatology*, 31(7), 1399-1406.

GILSON, A. M. (2010). The concept of addiction in law and regulatory policy related to pain management: a critical review. *Clinical Journal of Pain*, 26(1), 70-77. doi: 10.1097/AJP.0b013e3181b12a2d

GILSON, A. M., MAURER, M. A., & JORANSON, D. E. (2007). State medical board members' beliefs about pain, addiction, and diversion and abuse: a changing regulatory environment. *Journal of Pain*, 8(9), 682-691. doi: 10.1016/journal of.pain

GONÇALVES F (2011) - Controlo de Sintomas no Cancro Avançado. *Coisas de Ler*; 2ª edição 137.

GONÇALVES, CARVALHO, M. L. (2005)- Conhecimentos e atitudes dos médicos em relação ao controlo da dor, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal. Tese Mestrado

GORDON, D. B., PELLINO, T. A., MIASKOWSKI, C., MCNEILL, J. A., PAICE, J. A., LAFERRIERE, D., & BOOKBINDER, M. (2002). A 10-year review of quality improvement monitoring in pain management: recommendations for standardized outcome measures. *Pain Management Nursing*, 3(4), 116-130. doi: 10.1053/jpmn.2002.127570

GROSSMAN, S. A. (1993). Undertreatment of cancer pain: barriers and remedies. *Support Care Cancer*, 1(2), 74-78.

GUREJE O, VON KORFF M., SIMON GE, GATER R. (1998) - Dor persistente e bem-estar : estudo da Organização Mundial da Saúde na atenção primária . *JAMA*; 280 (2): 147-151. doi: 10.1001 / jama.280.2.147

GUREJE, O., et al (1998). Persistent pain and well- being: a World Health Organization Study in Primary Care. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 280(2), 147-151.

HANKS G, NATHAN I, CHERNY N, NICHOLAS A, FALLON M, KAASA S, PORTENOY R. OXFORD (2011)- *Textbook of Palliative Medicine*. Chapter 11.1 ; Fourth Edition: 1107-1144

HANKS, G. W., CONNO, F., CHERNY, N., HANNA, M., KALSO, E., MCQUAY, H. J., Expert Working Group of the Research Network of the European Association for Palliative, C. (2001). Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. *British Journal of Cancer*, 84(5), 587-593. doi: 10.1054/bjoc.2001.1680

HAOZOUS, E. A., & KNOBF, M. T. (2013). "All my tears were gone": suffering and cancer pain in Southwest American Indians. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(6), 1050-1060. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2012.06.001

HERMAN.J (2012). Physician survey examining the impact of an educational tool for responsible opioid prescribing. *Journal of Opioid Management*, 8(2), 81-87. HILL, C. S., Jr. (1993). The barriers to adequate pain management with opioid analgesics. *Seminars in oncology*, 20(2 Suppl 1), 1-5

HOOTEN, W. M., & BRUCE, B. K. (2011). Beliefs and attitudes about prescribing opioids among healthcare providers seeking continuing medical education. *Journal of Opioid Management*, 7(6), 417-424.

HOWELL, D., BUTLER, L., VINCENT, L., WATT-WATSON, J., & STEARNS, N. (2000). Influencing nurses' knowledge, attitudes, and practice in cancer pain management. *Cancer Nursing*,

HUTCHINSON, K., MORELAND, A. M., DE, C. W. A. C., WEINMAN, J., & HORNE, R. (2007). Exploring beliefs and practice of opioid prescribing for persistent non-cancer pain by general practitioners. *European Journal of Pain*, 11(1), 93-98. doi:10.1016/j.ejpain.2006.01.003

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP). 1994. Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage (pp 209-214). *Classification of Chronic Pain, Second Edition*, IASP Task Force on Taxonomy, edited by H. Merskey and N. Bogduk, ISAP Press, Seattle, 1994. <http://www.iasp-pain.org>.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP). Subcommittee on taxonomy. (1986). Classification of chronic pain. Descriptors of chronic pain syndromes and definition of pain terms. *Pain*, 3(Supplement), S1-S225. 105

JACOBSEN, R., MOLDRUP, C., CHRISTRUP, L., & SJOGREN, P. (2009). Patient-related barriers to cancer pain management: a systematic exploratory review. *Scandinavian journal of caring sciences*, 23(1), 190-208. doi: 10.1111/j.1471- 6712.2008.00601.

JACOBSEN, R., SJOGREN, et al (2007). Physician-related barriers to cancer pain management with opioid analgesics: a systematic review. *Journal of Opioid management*, 3(4), 207-214.

JAKOBSSON, U. (2010). The epidemiology of chronic pain in a general population: results of a survey in southern Sweden. *Scandinavian journal of rheumatology*, 39(5), 421-429. doi: 10.3109/03009741003685616

JAMISON, R. N., ROSS, E. L., MICHNA, E., CHEN, L. Q., HOLCOMB, C., & WASAN, A. D. (2010). Substance misuse treatment for high-risk chronic pain patients on opioid therapy: a randomized trial. *Pain*, 150(3), 390-400. doi: 10.1016/j.pain.2010.02.033

JIMENEZ-SANCHEZ, S., FERNANDEZ-DE-LAS-PENAS, C., CARRASCO-GARRIDO, P., HERNANDEZ- BARRERA, V., ALONSO-BLANCO, C., PALACIOS-CENA, D., & JIMENEZGARCIA, R. (2012). Prevalence of chronic head, neck and low back pain and associated factors in women residing in the Autonomous Region of Madrid (Spain). *Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 26(6), 534-540. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.10.012

JOHANNES, C. B., LE, T. K., ZHOU, X., JOHNSTON, J. A., & DWORKIN, R. H. (2010). The prevalence of chronic pain in United States adults: results of an Internet-based survey. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society*, 11(11), 1230-1239. doi: 10.1016/j.jpain.2010.07.002

JORANSON, D. E., RYAN, K. M., GILSON, A. M., & DAHL, J. L. (2000). Trends in medical use and abuse of opioid analgesics. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 283(13), 1710-1714.

JOURNAL OF PAIN & PALLIATIVE CARE PHARMACOTHERAPY Volume 16, 2002 - https://scholar.google.pt/scholar?q=JOURNAL+OF+PAIN+%26+PALLIATIVE+CARE+PHARMACOTHERAPY+Volume+16,+2002&hl=pt-PT&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart consultado em 19 maio de 2017

JOVEY, R., BOULANGER, A., GALLAGHER, R., GILLEN, M., GOLDMAN, B., PELOSE, P., & THOMPSON, E. (2002). *Managing pain: The Canadian health care professional's reference* (2nd ed.). Toronto: Healthcare and Financial Publishing.

JUAREZ, G., FERRELL, B., & BORNEMAN, T. (1998). Influence of culture on cancer pain management in Hispanic patients. *Cancer practice*, 6(5), 262-269.

KELLER, C., PAIXAO, A., MORAES, M., RABELO, E., & GOLDMEIER, S. (2013). Escala da dor: implantação para pacientes em pos-operatorio imediato de cirurgia cardíaca. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 47(3), 621-625. <https://doi.org/10.1590/reeusp.v47i3.78003>

KIM, M. H., PARK, E. C., & PARK K. (2011). Attitude and knowledge of physicians about cancer pain management: young doctors of South Korea in their early career. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 41(6), 783-791. doi: 10.1093/jjco/hyr043

KIPEL, ANNA GENU, BATALHA. "Prevalência da dor: mitos, medos e desacertos relacionados ao uso de analgésicos opiáceos." *Texto & contexto enferm* 13.2 (2004): 303-308.

KRAYCHETE, SAKATA, Rioko Kimiko. Neuropatias periféricas dolorosas. *Rev. Bras. Anesthesiol., Campinas*, v. 61, n. 5, p. 649-658, Oct. 2011. Available from . access on 25 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942011000500014>.

KERSIAK, M. (2004). [How to advance in treating pain with opioids: less myths--less pain]. *Ceskoslovenska fysiologie / Ustredni ustav biologicky*, 53(1), 34-38.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade – Fundamentos de metodologia científica. 3ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 1991, pp.126, 156-224. ISBN 85-224-3397-6

LANGLEY, P. C. (2011). The prevalence, correlates and treatment of pain in the European Union. *Current medical research and opinion*, 27(2), 463-480. doi: 10.1185/03007995.2010.542136

LANGLEY, P. C. (2012). The societal burden of pain in Germany: health-related quality- of-life, health status and direct medical costs. *Journal of medical economics*, 15(6), 1201-1215. doi: 10.3111/13696998.2012.716383

LANGLEY, P. C., RUIZ-IBAN, M. A., MOLINA, J. T., De ANDRES, J., & CASTELLON, J. R. (2011). The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain. *Journal of medical economics*, 14(3), 367-380. doi: 10.3111/13696998.2011.583303

LANGLEY, P., PEREZ HERNANDEZ, C., MARGARIT, FERRI, C., RUIZ HIDALGO, D., & LUBIAN LOPEZ, M. (2011). Pain, health related quality of life and healthcare resource utilization in Spain. *Journal of medical economics*, 14(5), 628-638. doi: 10.3111/13696998.2011.604369

LAWRENCE J, ALCOCK D, MCGRATH P, KAY J, MACMURRAY SB, DULBERG C. The development of a tool to assess neonatal pain. *Neonatal Network* 1993, 12: 59-66.

LE MAREC, C. (2004). Histoire de l'opium médicinal. Du Pavot aux alcaloïdes de l'opium. *Douleurs: Evaluation- Diagnostic- Traitement*, 5(2), 83-98.

LIANG, S. Y., et al - (2008). Improving cancer pain management in Malaysia. *Oncology*, 74 Suppl 1, 24-34. doi: 10.1159/000143215

LIMA, JOAQUIM FIGUEIREDO, As Plantas na História da Dor, Chefe de Serviço de Anestesiologista - Lisboa, Portugal , revista da sociedade portuguesa anestesiologia. 22, n. 4 (2013)a ISSN: 0871-6099)

LIN, C. :MOORE (2000). Barriers to the analgesic management of cancer pain: a comparison of attitudes of Taiwanese patients and their family caregivers. *Pain*, 88(1), 7-14.

LIN, J. J., ALFANDRE, D., & MOORE, C. (2007). Physician attitudes toward opioid prescribing for patients with persistent noncancer pain. *The Clinical journal of pain*, 23(9), 799-803. doi: 10.1097/AJP.0b013e3181565cf1

MOTA, DOURADO.(2013) Fisiopatologia da Dor. In: Mota Pinto A. Fisiopatologia - Fundamentos e Aplicações. 2 ed. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas;

MACPHERSON, C., & AARONS, D. (2009). Overcoming barriers to pain relief in the Caribbean. *Developing world bioethics*, 9(3), 99-104. doi: 10.1111/j.1471- 8847.2009.00262.

MANCHIKANTI, L., HELM, et al (2012). Opioid epidemic in the United States. *Pain Physician*, 15(3 Suppl), ES9-38. 107

MATTHEWS, E., & MALCOLM, C. (2007). Nurses' knowledge and attitudes in pain management practice. 16(3), 174-179.

MCCAFFERY, M., & FERRELL, B. R. (1999). Opioids and pain management: what do nurses know? *Nursing*, 29(3), 48-52.

MEEKER, M. A., FINNELL, D., & OTHMAN, A. K. (2011). Family caregivers and cancer pain management: a review. *Journal of family nursing*, 17(1), 29-60. doi: 10.1177/1074840710396091

MELDRUM, M. (2003). A capsule in history of pain management. *The Journal of the American Medical Association*, 290, 2470-2475

MERCADANTE, S. (2002). Opioid prescription in Italy: new law, no effect. *Lancet*, 360(9341), 1254-1255. doi: 10.1016/S0140-6736(02)11261-X

METZER CHRISTIANE, et al 2002.– Cuidados de enfermagem e dor, *Lusociência*, Loures,

MINISTÉRIO DA SAÚDE- DECRETO-LEI nº 52/2012. DR I Série. 172 (2012/09/05) 5119-5124.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DIÁRIO DA REPÚBLICA n.º 108/1995, Série I-A de 1995-05-10 Páginas:2645 - 2647, <http://data.dre.pt/eli/dec-lei/97/1995/05/10/p/dre/pt/html> consultado em 18 agosto de 2018

MINISTÉRIO DA SAÚDE -Diário da República n.º 139/2016, Série II de 2016-07-21, Regulamento de Deontologia Médica, n.º 707/2016,

MINISTÉRIO DA SAÚDE-Decreto Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro Código Deontológico enfermeiros, republicação

MINISTÉRIO SAÚDE- decreto lei I nº 101/2006. DR I Série A. 109 (2006/06/06) 3856-3865.

MOSSEY, J. M., & GALLAGHER, et al (2004). The longitudinal occurrence and impact of comorbid chronic pain and chronic depression over two years in continuing care retirement community residents. 5(4), 335-348. doi: 10.1111/j.1526-4637.2004.04041.

MOTA-PINTO A, MOTA DIAS, J.(2014). Dor, se for para mim não estou. 1 ed. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra

MUNDAL, I., GRAWE, R. W., BJORNGAARD, J. H., LINAKER, O. M., & FORS, E. A. (2014). Prevalence and long-term predictors of persistent chronic widespread pain in the general population in an 11-year prospective study: the HUNT study. BMC musculoskeletal disorders, 15(1), 213. doi: 10.1186/1471-2474-15-213

MUSI, M., & BIONAZ, A. (2003). Les mythes de la morphine. Une étude auprès de la population générale, des infirmiers/ères et des médecins en Vallée d'Aoste. Infokara, 4, 1-18.

NAKAJIMA, K. M., RODRIGUES, R. C., GALLANI, M. C., ALEXANDRE, N. M., & OLDRIDGE, N. (2009). Psychometric properties of MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life Questionnaire: Brazilian version. Journal of Advanced Nursing, 65(5), 1084-1094. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.04962.x

NOTCUTT, W., & GIBBS, G. (2010). Inadequate pain management: myth, stigma and professional fear. Postgraduate medical journal, 86(1018), 453-458. doi: 10.1136/pgmj.2008.077677 108

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração Universal sobre bioética e direitos humanos. Unesco; 2005. [Internet]. [acesso 7 Setembro 2018].

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL SAÚDE 2012- Community management of opioid overdose 1.Opioid-Related Disorders – prevention and control. 2 Drug Overdose – prevention and control. Health Organization. ISBN 978 92 4 154881 6

PATTERSON, C. (2008). Six myths about opioid use. Nursing, 38(11), 60-61. doi: 10.1097/01.NURSE.0000341088.36942.0e

PELLS, J. J., PRESNEL, ET AL..(2009), Percepção dos Utentes. [Em linha] “Revista Faculdade de Ciências de Saúde”. Porto. ISSN1646-0480. vol. 6 (p. 358-366. [Consultado em 21 de Novembro de 2017]. PERGOLIZZI, J., BOGER, et al (2008). Opioids and the management of chronic severe pain in the elderly: consensus statement of an International Expert Panel with focus on the six clinically most often used World Health Organization Step III opioids (buprenorphine, fentanyl, hydromorphone, methadone, morphine, oxycodone). Pain practice : the official journal of World Institute of Pain, 8(4), 287-313. doi: 10.1111/j.1533-2500.2008.00204.x

PESSINI L. (2001). Distanásia: até quando prolongar a vida? São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo: Loyola;

PETT, M. A., LACKEY, N. R., & SULLIVAN, J. J. (2003). Making sense of factor analysis: the use of factor analysis for instrument development in health care research. Thousand Oaks, CA, USA: SAGE Publications, Inc.

PFLUGHAUPT, M., SCHARNAGEL, R., GOSSRAU, G., KAISER, U., KOCH, T., & SABATOWSKI, R. (2010). [Physicians' knowledge and attitudes concerning the use of opioids in the treatment of chronic cancer and non-cancer pain]. 24(3), 267-275. doi: 10.1007/s00482-010-0913-3

PHILLIPS, C. J. (2006). Economic burden of chronic pain. Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research, 6(5), 591-601. doi: 10.1586/14737167.6.5.591

PILLET, S., & ESCHITI, V. (2008). Managing chronic pain in patients with cancer who have a history of substance abuse. Clinical journal of oncology nursing, 12(4), 663- 667. doi: 10.1188/08.CJON.663-667

PINTO-MEZA, A., SERRANO-BLANCO, A., CODONY, M., RENESES, B., VON KORFF, M., HARO, J. M., & ALONSO, J. (2006). [Prevalence and physical-mental comorbidity of chronic back and neck pain in Spain: results from the ESEMeD Study]. Medicina clinica, 127(9), 325-330.

PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 978-972-8383-10-7. p.161-172

POLIT, D. HUNGLER. B (1995) Fundamentos de Pesquisa em enfermagem. Porto Alegre, Artes Médicas 3ª Edição

PORTUGAL, Infarmed- folheto informativo - www.infarmed.pt. http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=16074&tipo_doc=consultado em 27/08/18 109

PORTUGAL, DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – Plano nacional de luta contra a dor, Circular Normativa nº9/DGCG de 14/06/2013, disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-dadgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>, consultada em 22 Março 2018

PORTUGAL, DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2001). Plano nacional de luta contra a dor (pp. 60).

PORTUGAL,DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE: Programa Nacional de Controlo da Dor. consultado 27 abril 2018]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>. Decreto-Lei n.º 97/95

PORTUGAL,DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE :Circular Informativa Assunto: Utilização dos medicamentos opioides fortes na dor crónica não oncológica Nº: 09/DSCS/DPCD/DSQC DATA: 24/03/08 Para: Médicos do Sistema Nacional de Saúde Contacto. Divisão de Prevenção e Controlo da Doença / Direção de Serviços da Qualidade Clínica

PORTUGAL,DIREÇÃO GERAL SAÚDE -Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor, 2001 <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-estrategico-nacional-deprevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx>,consultado em outubro 2017

PORTUGAL, Instituto Nacional de Estatística, “Anuário Estatístico de Portugal 2016”, disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=320469310&PUBLICACOESstema=55538&PUBLICACOESmodo=2, consultado em 22/05/2018
QUEIROZ, A. A., (2001). Ética e Enfermagem. Coimbra – Portugal: Editora Quarteto.

REDMOND, K. (1997). Organizational barriers in opioid use. *Support Care Cancer*, 5(6), 451-456.

REVISTA PORTUGUESA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR (JUL.2007). - Recomendações para o tratamento farmacológico da dor [S.l.], v. 23, n. 4, p. 457-64, ISSN 2182-5173. Disponível em: . Acesso em: 19 maio 2018.

RIBEIRO, J. (2011). Autonomia profissional do enfermeiro. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série – n.º5:27-36
ROBINS, L. N., & MURPHY, G. E. (1967). Drug use in a normal population of young Negro men. *American journal of public health and the nation's health*, 57(9), 1580-1596.

ROBINSON, E. (2005). Moderate chronic pain, weight and dietary intake in African-American adult patients with sickle cell disease. *Journal of the National Medical Association*, 97(12), 1622-1629.

RODRIGUES ALEXANDRA, Avaliação da Dor ao Doente Oncológico em Cuidados Paliativos Incapaz de Comunicar- Validação Cultural da Abbey Pain Scale, ESE Coimbra 2013

ROMÃO J. (2010) - Comemorações do Dia Nacional de Luta Contra a Dor: “Impacto Social da Dor”. Em: 3º Congresso Interdisciplinar de Dor, 14-16 de Outubro, Lisboa, Portugal. Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED);

ROTH, C. S., & BURGESS, D. J. (2008). Changing residents' beliefs and concerns about treating chronic noncancer pain with opioids: evaluation of a pilot workshop. 9(7), 890-902. doi: 10.1111/j.1526-4637.2008.00458.x 110

- ROTHSTEIN, D., STRUMPF, M., DERTWINKEL, R., DONNER, B., & ZENZ, M. (1998). Befragung schmerztherapeutisch interessierter Ärzte zur Verschreibung starker Opioidanalgetika. [A survey of physicians' knowledge about pain therapy with strong opioid analgesics]. *Schmerz*, 12(2), 125-129. doi: 10.1007/s004829800051
- SALAZAR, HELENA – A natureza do sofrimento em cuidados paliativos – in “Dor e Cuidados Paliativos”, editado por Isabel Galriça Neto e António Lourenço Marques, Permanyer Portugal, Lisboa, 2003
- SANTOS, M.E., e CAPELAS M. L. (2006 -) Palliative Care Research in Portugal cuidados Paliativos (Centro de Bioética), Faculdade de Medicina de Lisboa,. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa
- SAUNDERS, C. (1981). Current views of pain relief and terminal care. In M. Swerdlow (Ed.), *The therapy of pain*. (pp. 215-241). Lancaster, UK: MTP Press.
- SCHUIT, K. W., OTTER, R., STEWART, R., SLEIJFER, D. T., MEIJLER, W. J., & MEYBOOMDE JONG, B. (2000). The effects of a postgraduate course on opioid-prescribing patterns of general practitioners. *Journal of Cancer Education*, 15(4), 214-217. doi: 10.1080/08858190009528700
- SHINJO, T., MORITA, T., HIRAI, K., MIYASHITA, M., SHIMIZU, M., TSUNETO, S., & SHIMA, (2014). Why people accept opioids: role of general attitudes toward drugs, experience as a bereaved family, information from medical professionals, and personal beliefs regarding a good death. *Journal of Pain and Symptom Management*. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2014.04.015
- SKERMAN, H. M. (2001). Determinants of nurses' intention to administer opioids for pain relief. *Nursing & Health Sciences*, 3(3), 149-159.
- SOARES, V., FIGUEIREDO, M., & LEMOS, L. (1999). «...Um dia igual aos outros, da eterna família de serem assim». *Contributos para a conceptualização e intervenção multidisciplinar na dor*. *Psiquiatria Clínica*, 20 (1), 167-177
- STRANG, J. (1990). Lessons from an English opium eater: Thomas De Quincey reconsidered. *The International journal of the addictions*, 25(12), 1455-1465.
- STREINER, D. L., & NORMAN, G. R. (2008). *Health measurement scales: a practical guide to their development and use* (4th ed.). New-York, USA: Oxford University Press.
- SUGDEN, C. (2001). Total pain: a multidisciplinary approach. *Scottish Journal of Healthcare Chaplaincy*, 4(2), 2-7. SUN, V. C., et al (2007). Overcoming barriers to cancer pain management: an institutional change model. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(4), 359-369. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2006.12.011

SYKES N, THORNS A: (2003) Sedative use in the last week of life and the implications for end of life decision making. *Arch Internal Medicine* 163 n.3;: 341-4

TANG, N. K., et al (2012). Deciphering the temporal link between pain and sleep in a heterogeneous chronic pain patient sample: a multilevel daily process study. *Sleep*, 35(5), 675-687A. doi: 10.5665/sleep.1830

TENNANT, F. (2007). Overcoming opiophobia & doing opioids right. In S. B. Leavitt (Ed.), (Vol. 2012, pp. 6). Glenview, IL, USA. 111

TENREIRO-VIEIRA, C. (2000) O pensamento crítico na educação científica. Lisboa: Instituto Piaget
Sousa Santos, B. (1985). Introdução a uma Ciência Pós. Moderna. Porto: Edições Afrontamento.

TOBLIN, R. L., MACK, K. A., PERVEEN, G., & PAULOSZI, L. J. (2011). A population-based survey of chronic pain and its treatment with prescription drugs. *Pain*, 152(6), 1249-1255. doi: 10.1016/j.pain.2010.12.036

TRANCAS, B., BORJA SANTOS, N., & PATRICIO, L. D. (2008). [The use of opium in Roman society and the dependence of Princeps Marcus Aurelius]. *Acta medica portuguesa*, 21(6), 581-590.

TWYGCROSS, Robert - (2003). *Cuidados paliativos*, 2ª edição, Climepsi Editores, Lisboa,

VALERA, J. P., & AUBRY, R. (2000). Morphine-doctors' beliefs and the myths. *European*

JOURNAL OF PALLIATIVE CARE, 7(5), 178-182. VALLERAND, A. H., et al (2004). Barriers to pain management by home care nurses. *Home healthcare nurse*, 22(12), 831-838; quiz 839-840.

VALLERAND, A. H., et al (2007). Knowledge of and barriers to pain management in caregivers of cancer patients receiving homecare. *Pain Management Nursing*, Volume 11, Issue 2, 126 - 131

VALLERAND, A., & NOWAK, L. (2010). Chronic opioid therapy for nonmalignant pain: the patient's perspective. Part II--Barriers to chronic opioid therapy. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 11(2), 126-131. doi: 10.1016/j.pmn.2009.03.006

VANEGAS, G., et al (1998). Side effects of morphine administration in cancer patients. *Cancer Nursing*, 21(4), 289-297.

VAROLI, F. K., & PEDRAZZI, V. (2006). Adapted version of the McGill Pain Questionnaire to Brazilian Portuguese. *Brazilian dental journal*, 17(4), 328-335.

VERLOO, H., COHEN, C., BORLOZ, C., et al (2011). Use of morphine as analgesia: attitudes and perceptions amongst nursing students in French-speaking Switzerland. *Journal of Advanced Nursing*, submitted December.

VILENSKY, W. (2002). Opioid "mythstakes": opioid analgesics--current clinical and regulatory perspectives. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 102(9 Suppl 3), S11-14.

WATERKEMPER R, REIBNITZ KS. (2010) Cuidados paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) mar;31(1):84-91
WAY, E. L. (1982). History of opiate use in the Orient and the United States. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 398, 12-23.

WONG, W. S., & FIELDING, R. (2012). The co-morbidity of chronic pain, insomnia, and fatigue in the general adult population of Hong Kong: Prevalence and associated factors. *Journal of psychosomatic research*, 73(1), 28-34. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.04.011

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002). *National cancer control programs: policies and managerial guidelines* (2nd ed.). Geneva: World Health Organization. 112

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2009). WHO Definition of Palliative Care (WHO). Obtido em 19/05/2017, World Health Organization: [http:// www.who.int/cancer/palliative/definition/en/](http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1996). *Cancer pain relief with a guide to opioid availability* (pp. 63). Geneva, Switzerland: World Health Organization,

YOUNG, A., ALFRED, et al (2005). Do patients' beliefs act as barriers to effective pain management behaviors and outcomes in patients with cancer-related or noncancer-related pain? *Oncology nursing forum*, 32(2), 363-374. doi: 10.1188/05.ONF.363-374

ZACNY, J. P., & LICHTOR, S. A. (2008). Nonmedical use of prescription opioids: motive and ubiquity issues. *Journal of Pain*, 9(6), 473-486. doi: 10.1016/j.jpain.2007.12.008

ZASTROW, A., FAUDE, V., SEYBOTH, F., NIEHOFF, D., HERZOG, W., & LOWE, B. (2008). Risk factors of symptom underestimation by physicians. *Journal of psychosomatic research*, 64(5), 543-551. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.11.010

ZENZ, M. (1991). Morphine myths: sedation, tolerance, addiction. *Postgraduate medical journal*, 67 Suppl 2, S100-102.
ZUCCARO, S. M., et al (2006). Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC geriatrics*, 6, 3. doi: 10.1186/1471-2318-6-3

ANEXOS

Anexo 1 - Parecer do Centro de Formação e Aprovação pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar Senhora da Oliveira Guimarães,. EPE.



PARECER DO COORDENADOR DO CENTRO ACADÉMICO

Título: Mitos dos Profissionais de Saúde sobre o uso da Morfina na Gestão da Dor Crónica,
Ref: 62\2018

Investigadora Principal do Projeto no HSOG – Enfermeira Maria Helena Pinto Santos

Serviço onde se realiza o estudo: Serviço de Medicina Interna do Hospital Senhora da Oliveira de Guimarães

Avaliação da exequibilidade e do mérito científico: Estudo com interesse clínico e académico, pelo que, nada a opor ao presente projeto.


Com os melhores cumprimentos,


Miguel Gago
Coordenador do Centro Académico

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Nos termos da reunião desta Comissão de ética, dá-se conhecimento a V. Exas. do parecer emitido em reunião do dia 18 de Setembro de 2018:

Analisado o projeto de investigação **Mitos dos Profissionais de Saúde sobre o uso da Morfina na Gestão da Dor Crónica** que tem como Investigadora Principal do Projeto a Enfermeira Maria Helena Pinto Santos, a Comissão de Ética não tem nada a opor.



Com os melhores cumprimentos,

João Lima Reis

Presidente da CES

APÊNDICES

Apêndice 1 - Guião Orientador de entrevista

I Parte - Acolhimento	
<p>Objetivo:</p> <p>Informar o entrevistado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação do investigador; • Informar acerca do tema e da sua pertinência e dos objetivos do estudo; • Garantir a confidencialidade e anonimato; • Solicitar autorização para a participação no estudo e gravação da entrevista.
II Parte – Caracterização do entrevistado	
<p>Objetivo:</p> <p>Caracterizar o entrevistado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Idade_____ • Género <ul style="list-style-type: none"> • Feminino • Masculino • Formação académica <ul style="list-style-type: none"> • Licenciatura_____ Qual? • Especialidade_____ • Mestrado_____ • Doutoramento em _____ • Outra_____ • Tempo de serviço_____ • Formação em Cuidados Paliativos _____

GUIÃO DA ENTREVISTA

III Parte – Objetivos/questions orientadoras	
Objetivos Geral:	
Conhecer a perspectiva dos profissionais de saúde sobre o uso da morfina na gestão da Dor Crónica	
Objetivos Específicos:	Questões orientadoras
Identificar quais as situações que se deve utilizar a morfina na gestão da dor crónica	<ul style="list-style-type: none"> • Tendo em consideração a sua prática profissional, qual é a sua opinião sobre a utilização da morfina na gestão da dor crónica? • Quais as situações em que prescreve/administra morfina na gestão da dor crónica? • Quais as situações que considera que não se prescreve/administra morfina na gestão da dor crónica? • e porquê?
Identificar quais os fatores que interferem na utilização da morfina na gestão da dor crónica	<p>Quais os aspetos que na sua opinião são favorecedores da prescrição/administração de morfina na gestão da dor crónica?</p> <p>Quais os aspetos que na sua opinião são dificultadores da prescrição/administração de morfina na gestão da dor crónica.</p>
Identificar quais os dilemas que se colocam aos profissionais de saúde na utilização da morfina na gestão da dor crónica	Quais os dilemas que se colocam aquando da prescrição/administração da morfina na gestão da dor crónica?

IV Parte – Fecho da Entrevista

- Agradecer a colaboração do entrevistado e referir a importância da sua participação no estudo;
- Resumir os aspetos essenciais abordados durante a entrevista;
- Dar a oportunidade ao entrevistado de acrescentar mais algum aspeto que tenha ficado por referir durante a entrevista.

Apêndice 2 - Declaração de Consentimento Informado

Declaração de Consentimento Informado

Eu, _____, tomei conhecimento do objetivo do estudo e da forma como vou participar.

Fui esclarecido (a) sobre todos os aspectos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas. Fui informado (a) sobre o respeito pelo princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade, assim como do direito de recusar a participar ou de interromper a entrevista em qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências para mim.

Por concordar com as condições desta participação assino o presente consentimento informado conjuntamente com o investigador:

Assinatura do entrevistado:

Assinatura do investigador:

Data / /

Apêndice 3 - Matriz de Redução de Dados

Área temática	Categorias	Subcategorias	Unidades de Análise
Opinião acerca da utilização da morfina	Quanto a frequência	Muito	"Utilizo frequentemente" M2 "facilmente prescreve morfina" M4 ".. utilização da morfina tem vindo a ser cada vez mais frequente.." E5 ".. A ideia que eu tenho é que cada vez mais se usa a morfina"E6 "..já é mais usual usamos morfina" E6
		Pouco	"...Ela deve ser utilizada, eu tenho noção disso. Nós utilizámos pouco..."M1 "...Ficamos um pouco receio de a utilizar" M1 "...ou temos medo de usar em determinados doentes..." M1 "...é pouco usado e que há muitos receios em usar "M3 " o medo da depressão do sistema nervoso central e do centro respiratório..."M3 "..maior receio no uso da morfina" M3 "Em minha opinião utiliza-se pouco..." E1 ".. deveria utilizar mais do que se utiliza..."E3 "..sinto.. têm medo de prescrever morfina.." E3 ".. poucos são doentes realmente tem morfina em SOS se necessário.." E5
		Importante usar	..."Deveria ser mais utilizada..." M1 ".Eu acho que é muito importante usar..."M2 "...A utilização de morfina é muito importante" M4 ".. deveria utilizar mais do que se utiliza.." E3 "..a ser cada vez mais frequente..."E5
	Promoção de conforto e bem-estar		" em doentes que estão desconfortáveis..." "...fármaco que ajuda muito em fim de vida e promove o conforto..."M3 "... pretende é o bem estar do doente.."E2
Situações de prescrição/administração	Doente Paliativos/ Fim de vida		" se é uma coisa de final de vida, sim."M1 " "...também depende muito do doente que temos..." M2 " "sim. Lidamos muito com o fim de vida aqui..."M2 " "...doentes que já estão claramente em fim de vida..." M3 "..morfina utiliza-se especialmente em doentes paliativos.." E2 " ".. só administramos morfina para a dor em doente dor e paliativos.." E3 " "... a morfina é usada em doentes em fase terminal..." E4 " "... passava-se mais com doentes terminais.." E5
	Doente		"... Não administramos em doentes com dor crónica, a não ser dor crónica oncológica"E3

	Oncológico		" Doentes oncológicos, muito" M2 "nos doentes oncologicos"E6
	Doente com Insuficiência cardíaca		"..utilizamos também na insuficiência cardíaca" M2
	Doente com Dispneia		". na dispneia e alivia bastante..."M2
	Dor Cronica		"..para a dor crónica e desconforto.." E5
	Qualquer tipo Dor		" Facilmente prescrevo morfina" M4 " Sempre que esteja prescrita"E1 "Sempre que está prescrita e se o doente tem dor."E2
Situções de não prescrição/administração	Controlo dor por outros fármacos		"..puder ser controlada com fármacos não opióides" M4 " .. alguma coisa que seja mais equivalente--" E3 " ..Tendo outra analgesia prescrita, opto inicialmente por outra analgesia.."E6
	Ausência Dor		"Sempre que não apresenta dor"E1
	Existência de contra indicações		".. tenha uma patologia na região do centro respiratório..."M3 ".. outras patologias associadas.."E2 ".. doente com uma DPOC.. se calhar não o fazia." M1
	Inadequação		". um doente que esteja com uma dor crónica, mas, seja um doente ainda parcialmente dependente, que tenha vida de relação, se calhar, não sabendo qual é o diagnóstico" M1 ".. em situações que não são terminais.."E5 ".. não administramos morfina...se não for um doente oncológico.."E3
Aspetos favorecedores da prescrição/administração	Conhecimento e facilidade de manuseamento do fármaco		".. é perfeitamente seguro de se usar" M4. " Um bom conhecimento sobre o fármaco" E1 ".. e uma das drogas de fácil administração" E5. " que a morfina é fácil de administrar, segura e vantajosa" E5 ". Quando administrada corretamente e na dosagem certa não há problema."E6 ".. espeto importante é conhecer bem o fármaco" E2
	Eficácia terapêutica		" excluimos tudo o resto e prescrevemos morfina" M2 " muitas vezes a morfina permite um maior controlo desta situação." M4 " Doentes com dor, difícil de ser controlada"E3 ". o facto de que a morfina ... sempre que necessário tem benefícios na dor.E4 " A morfina é eficaz" E6 "..com a dor mais controlada." E5 ".. é eficaz para a dor.." E5
	Conforto, Bem-estar e qualidade		".. a dar conforto ao doente.."M2 "...fármaco que ajuda muito em fim de vida e promove o conforto..."M3 "... pretende-se é o bem estar do doente.."E2 " para dar conforto aos doentes,"E5

	vida		".. Temos é de garantir qualidade de vida." M2. " a morfina promove mais qualidade no fim de vida" M3
	Alívio da Dor		"..O que fazíamos era aliviar apenas o sofrimento.."M1 ".. sobretudo o alívio que notamos nos doentes.." M3 ".. A morfina alivia a dor aguda ou prolongada" E5
Aspectos dificultadores da prescrição/administração	Efeitos secundários	Habituação	".. de efeitos secundários que a morfina não é tão usada como deveria ser.."M3 ".. principalmente a habituação a opióides" M4 "..a habituação aos opióides pode limitar um pouco a administração em grandes doses" E2
		Sedação	"desconhecimento da morfina e das suas consequências e interações.. na prostração doente " E1 ".. suas consequências e interações pode funcionar como um elemento dificultador...sedativo."E2
		Depressão respiratória	"..um doente com uma DPOC, um doente com uma depressão respiratória, se calhar não o fazia".M1 ".. Se for um doente com dificuldade respiratória temos muito mais cuidado.."M2 "..algum doente que tenha uma patologia na região do centro respiratório, alguma coisa assim.."M3 ".. depressão do sistema nervoso e depressão do sistema respiratório.." M4 ".. Como aspeto dificultador, talvez o receio que os médicos nos incutem, a depressão da parte respiratória, os efeitos secundários que possam existir.."E3 " Como aspeto dificultador, ... os efeitos secundários, a depressão respiratória que se fala tanto.."E6 "Morfina tem que ser muito bem pensada porque também mata..."M2
	Medo		".. ficamos um pouco com receio de o prescrever.."M1 ".. ou temos medo de usar em determinados doentes:."M3 " e que há muitos receios em usar.."M3 ".. "nos meter na cabeça" o medo da depressão do sistema nervoso central e do centro respiratório e penso que é por aqui que passa o maior receio no uso da morfina."M2 "Essa é uma dificuldade associada ao uso da morfina" M3 " O medo que ainda existe precisa de ser tratado, quer em termos de profissionais de saúde, para aprendermos mais, para sabermos usar mais e melhor" M3 ".. Sinto que os médicos têm medo de prescrever morfina.."E3 "..acho que os doentes (nem todos) ainda têm muito medo de fazer morfina" E6".. que não têm à vontade para a manipulação de fármacos como esse, dadas as consequências.. as reações adversas" M1 "não prescrevo .peço sempre á equipa paliativo" M1
Dilemas dos Profissionais de saúde na prescrição/administração da morfina para gestão da dor crónica	Comunicação ao doente/família		"...Os familiares se ouvem falar na morfina pensam logo que nós estamos a desistir do doente..." M2 "comunicação doença e terapêutica ...como fazer" M2 "... Aos familiares tem de se ter muito cuidado na forma como se transmite.."M3 ".. a palavra "morfina" e um pouco mal aceite, temos

		<p>desfazer conceitos.. " E5</p> <p>" temos deve informar doentes/família..." E6</p>
	Sentimentos pelo doente	<p>"um doente totalmente sem vida de relação, acamado.... Olha-se para o doente. O que é que nós vamos fazer? .. Se calhar vamos só apenas tirar a dor.." " apego ao doente..." M1</p> <p>" . o decair deles e às vezes queremos, mais, e mais, e mais, mas sabemos que vai ser inevitável" M1,</p> <p>".. já os conhecemos de longa data, sabemos como é o apoio familiar e isso custa um bocadinho" M1.</p> <p>"não aceitação da doença do nosso doente....o querer continuar atentar..." E5</p>
	Obstinação terapêutica	<p>"Somos formatados para curar, tratar" "É difícil nós o fazermos, mas chega a uma determinada hora que temos que saber parar, que é fundamental como médicos .."</p> <p>"..o mais difícil é saber quando parar, especialmente quando temos alguma relação.."M1</p> <p>".tinha uma doente a fazer morfina subcutânea, de seis em seis horas, e a médica tirou porque dizia que "não estávamos a dar hipótese à senhora"..."E3</p> <p>"Começo sempre por uma coisa mais leve e depois a morfina funciona um bocadinho como última.."M2</p> <p>"Não é a primeira escolha... Se tiver mais medicação." E4</p> <p>" acabamos por deixar sempre para último recurso" E6</p>
	Ponderação Benefício /Dano	<p>"que tenha vida de relação, se calhar....não sabendo qual é o diagnóstico, se é uma coisa de final de vida, sim..mas..."</p> <p>"..M1</p> <p>".. Não falando a nível profissional, mas a nível familiar, tive uma avó nessa situação e não condenei o médico fazê-lo. Até acho que foi digno.." M1</p> <p>"... era um problema com que me deparava era determinar se prescrevia àquele doente.."M3</p> <p>".. sei que para outras pessoas, existe dilema em colocar morfina, a pensar no dano.."M4"... se achamos que vai causar dano.." E2</p>

