



Isabel Galriça NETO✉^{1,2}

Acta Med Port 2016 Mar;29(3):161-163 ▪ <http://dx.doi.org/10.20344/amp.7663>

Palavras-chave: Analgésicos Opióides; Dor; Morfina.

Keywords: Analgesics, Opioid; Morphine; Pain.

Princípios gerais de utilização da morfina

A morfina é um fármaco utilizado há dois séculos, mas a qual ainda se associam inúmeros preconceitos e uma utilização frequentemente incorrecta.

É um opioide analgésico forte, agonista dos receptores μ . Tem como principais indicações a dor severa, os quadros de dispneia e diarreia refractários – os chamados 3 D's. Existem várias formas de apresentação de morfina, diferentes vias de administração mas deve ser priorizada a toma por via oral. Para doentes frágeis, em fim de vida, a via de administração alternativa preconizada é a via subcutânea.¹

A sua correcta utilização pressupõe sempre uma completa avaliação da dor, uma progressiva titulação das doses, ou seja, haverá que avaliar se o doente que a vai iniciar fazia ou não previamente outros opioides, fracos ou fortes. Se não os fazia – doente dito 'virgem de opioides' -, o início das doses deve fazer-se com 5 – 10 mg morfina oral cada 4/6 horas (com atenção aos doentes de sub-grupos como idosos e insuficientes renais e hepáticos). No caso de o doente não ser virgem de opioides, deverão ter-se em conta as doses prévias e adaptar a nova dose de morfina através de factores de conversão conhecidos, o que obriga a doses superiores às atrás apresentadas – habitualmente, 10 mg cada 4/6 horas. Os incrementos de dose fazem-se, regra geral, em cerca de 30 - 50% da dose anterior. Exige-se sempre a vigilância regular dos sinais de toxicidade opioide.² A morfina não tem dose máxima, mas a maioria dos doentes controla-se com doses não superiores a 200 mg/oral/24 horas.

Quando se roda uma dose de morfina de oral para via subcutânea (SC), reduz-se a dose total para metade. Quando se passa da via oral para a intravenosa (IV), reduz-se a dose para um terço. Se a rotação se faz no sentido inverso, a correcção será respectivamente, para o dobro ou para o triplo.^{1,2} Se ignorarmos estas recomendações, correm-se riscos ou de toxicidade ou de subtratamento.

Por outro lado, no caso das vias SC ou IV, as recomendações consagram o início de tratamento com formulações de acção rápida na utilização em bolus e só depois de devidamente titulada e estabilizada a dose total nas 24 horas

(incluindo as doses de resgate – sos - administradas), e se se mantiver a persistência sintomática, se poderá então passar à administração em perfusão contínua.^{1,2}

A utilização correcta de morfina tem elevado impacto no bom controlo sintomático e na qualidade de vida dos doentes, com baixo perfil de efeitos secundários, e permite que a larga maioria dos doentes se mantenha alerta, não necessariamente acamada, e alguns possam até continuar a trabalhar.

Há alguns anos, e isso ainda persiste, não se usava morfina a não ser nos doentes moribundos, pois olhava-se para este fármaco como uma droga, muito perigosa, com o elevado risco de apressar a morte e de provocar depressão respiratória. A prática contraria tais mitos que ainda persistem e que, de não corrigidos, prejudicam muitos doentes.

Perfusões de morfina e sedação, para quê?

Mais recentemente foi surgindo paulatinamente na prática clínica uma outra utilização para a morfina: as assim denominadas '*perfusões de conforto de morfina*', usadas na agonia (últimos dias ou horas de vida) por via IV, a 2 cc/hora.

Queremos aqui deixar bem claro que essa utilização corresponde a má-prática e deve ser rapidamente abandonada. Vejamos em detalhe a justificação para isso.

O conforto não é indicação para a morfina, que, como já dissemos, mantém como indicações os 3 D's: dor, dispneia ou diarreia¹. Se um doente está desconfortável, nomeadamente na agonia, haverá que perceber o verdadeiro motivo para tal.

Os sintomas mais expectáveis e possíveis causadores de desconforto na agonia são o delírium com agitação psico-motora, a respiração ruidosa do moribundo (estertor) ou a dispneia.^{2,3} Tendo isso em conta, não é expectável que se tenha que recorrer obrigatoriamente à morfina, mas antes e sobretudo a neurolépticos, benzodiazepinas e a anticolinérgicos.

A entrada em agonia não implica aparecimento de dor.^{2,3} Como tal, ou o doente já estava previamente a ser tratado para a dor ou surge dispneia de novo, ou não existe

1. Unidade de Cuidados Paliativos. Hospital da Luz. Lisboa. Portugal.

2. Presidente da Competência de Medicina Paliativa da Ordem dos Médicos. Lisboa. Portugal.

Autor correspondente: Isabel Galriça Neto. ineto@hospitaldaluz.pt

Recebido: 02 de março de 2016 - Aceite: 09 de março de 2016 | Copyright © Ordem dos Médicos 2016



Tabela 1 - Pontos-chave para o uso de morfina

Pontos-chave
- A morfina tem como principais indicações a dor severa, a dispneia refractária e a diarreia grave – 3 D's
- A morfina tem regras precisas para o seu uso: começar com doses baixas, titular progressivamente, preferir a via oral, fazer incrementos em doses não superiores a 30-50% das doses anteriores
- A morfina não tem dose máxima;
- A sedação paliativa é um tratamento médico para sintomas refractários e não tem como intenção abreviar a vida
- A sedação paliativa, quando correctamente praticada, não encurta a vida
- A morfina não está indicada na sedação paliativa
- As “perfusões de morfina para conforto” não existem como tratamento recomendado para a agonia e não devem ser utilizadas

indicação para, apenas por isso, iniciar morfina. Um doente poderá ter terapêutica administrada em bolus ou, em situações com indicações precisas, em perfusão contínua. Estas perfusões, no caso da prática correcta dos Cuidados Paliativos, maioritariamente SC e só pontualmente IV, respeitam as titulações, não são nem medidas de primeira linha, nem medidas de aplicação universal nesta população de doentes.¹⁻³

É falso que a maioria dos doentes tratados em Cuidados Paliativos venha a falecer sob perfusões de morfina.⁴ Deve também ser sublinhado que a morfina não tem como indicação a sedação,¹⁻⁵ ainda que saibamos que existe um efeito sedativo reconhecido como efeito acessório para o fármaco. Esse efeito é transitório, cessa ao fim das primeiras 48 – 72 horas, e pode ser até contrariado, se indicado, pela utilização de metilfenidato.

Quando em situações de últimos dias de vida se pretende avançar para a sedação paliativa, intervenção esta recomendada para tratamento de situações refractárias, devem ter-se como fármacos de primeira linha o midazolam, o haloperidol e a levomepromazina, e muito mais raramente, como segunda linha, o fenobarbital ou o propofol.¹⁻⁶ A realização da sedação paliativa, uma medida que não encurta a vida,⁶ pressupõe a não utilização de morfina.

Se um doente está moribundo, agitado, por vezes com gemido, há que atender que essa é uma comunicação rudimentar, que não traduz necessariamente desconforto, e que é mandatário excluir a ocorrência de dor e pensar num quadro de agitação pré terminal, tratável com os fármacos que já mencionámos.^{2,3}

É muito grave que se esteja a difundir uma prática que nada tem a ver com as recomendações para a boa utili-

zação da morfina e para a agonia.¹⁻⁶ Mais, é má prática ter esta medida como universal, sem preocupações de titulação e de vigilância dos efeitos tóxicos acessórios dos fármacos em curso. Esta má utilização pode ser considerada homicídio, comprometendo quer os que a prescrevem, quer os que a administram.

Urge corrigir esta actuação, lembrando que todos devem estar capacitados para prestar acções paliativas – medidas de primeira linha, para intervir no sofrimento dos doentes com doença grave e irreversível e em fim de vida (período dos últimos 12 meses).^{7,8} A prevalência destes doentes nos serviços hospitalares é elevada – mais de 30%^{9,10} –, e o seu correcto acompanhamento carece da devida formação dos que os tratam. Para uma larga fatia dos portugueses, a morte vem a ocorrer no hospital¹⁰ e é lá que vivem as suas fases de agonia. Ignorá-lo, acresce sofrimento aos doentes e aos profissionais imprevistos para lidar com esta realidade.⁸

Esta intervenção básica nos doentes em agonia não dispensa a necessidade de equipas devidamente especializadas de Cuidados Paliativos, para fazer consultoria e tratar os casos mais complexos, desejavelmente mais precocemente no curso da doença.⁷⁻¹⁰

Em conclusão, é fundamental continuar a difundir boas práticas sobre o fim de vida e não hipotecar o valor de um fármaco de referência, tão benéfico como a morfina (Tabela 1).

AGRADECIMENTOS

A autora agradece a Bárbara Gomes a revisão do texto em inglês.

REFERÊNCIAS

- Twycross R, Wilcock A, Howard P. Palliative Care Formulary (PCF5). 5th ed. Nottingham: Palliativedrugs.com; 2014
- Sleeman KE, Collis E. Caring for a dying patient in hospital. *BMJ*. 2013;346:f2174.
- Taylor P, Johnson M. Recognizing dying in terminal illness. *Br J Hosp Med*. 2011;72:446-50.
- Cherny; ESMO Guidelines Working Group. ESMO Clinical Practice Guidelines for the management refractory symptoms at the end of life

- and the use of palliative sedation. *Ann Oncol.* 2014;25:iii143-52.
5. Cherny N, Radbruch L. The Board of the European Association for Palliative Care (EAPC); Recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med.* 2009;23:581-93.
 6. Maltoni M, Scarpib E, Nannib O. Palliative sedation for intolerable suffering. *Curr Opin Oncol.* 2014;26:389-94.
 7. Kelley AS, Morrison AS. Palliative Care for the Seriously Ill. *N Engl J Med.* 2015;373:747-55.
 8. Taylor R, Chadwick S. Palliative care in hospital: Why is it so difficult? *Palliat Med.* 2015;29:770-3.
 9. Clark D, Armstrong M, Allan A, Graham F, Carnon A, Isles C. Imminence of death among hospital inpatients: Prevalent cohort study. *Palliat Med.* 2014;28:474-9.
 10. Sarmento VP, Higginson IJ, Ferreira PL, Gomes B. Past trends and projections of hospital deaths to inform the integration of palliative care in one of the most ageing countries in the world. *Palliat Med.* 2015;30:363-73.