

Opióides no manejo da dor — uso correto ou subestimado? Dados de um hospital universitário

A.W. DAUDT, E. HADLICH, M.A. FACIN, R.M.S. APRATO, R.P. PEREIRA

Serviço de Oncologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre; Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

RESUMO - OBJETIVO. O uso de opióides, principalmente no tratamento da dor intensa aguda (pacientes no pós-operatório) e da dor crônica em pacientes oncológicos, tem sido subestimado na prática clínica em geral. Este trabalho tem o objetivo de verificar o perfil de prescrição de opióides (meperidina e morfina) no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), RS.

MATERIAIS E MÉTODOS. Análise da conduta das equipes médicas, pela revisão de 1.107 prescrições, relativas a 445 pacientes internados no HCPA, entre 20 de maio e 20 de julho de 1993. Os parâmetros básicos de análise, para conduta, in-

cluía: padrão de uso, a dose do fármaco, intervalo entre doses e analgésicos simultâneos.

DISCUSSÃO E RESULTADOS. Foram encontradas apenas 6,5% de prescrições consideradas adequadas em relação aos parâmetros dose, intervalo e padrão, analisados conjuntamente. O padrão *se necessário* foi responsável por 74% do total de prescrições.

CONCLUSÕES. Os resultados obtidos durante a realização do trabalho permitem-nos concluir que não há um manejo adequado da dor, tanto aguda como crônica, nos pacientes internados no HCPA.

UNITERMOS: Dor. Opióides. Meperidina. Morfina.

INTRODUÇÃO

A dor é, atualmente, definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, relacionada a dano tecidual real ou potencial, sendo sempre uma experiência subjetiva^{1,2}. A percepção da dor envolve, portanto, dois componentes: o estímulo doloroso (nocicepção) e a reação emocional à dor.

Várias estruturas anatômicas envolvendo, principalmente, o sistema nervoso central (SNC) são responsáveis pela percepção dolorosa. Nestas estruturas, neurotransmissores diferentes realizam a função bioquímica de transmitir a dor. Os opióides endógenos, por sua vez, atuando em receptores próprios, inibem, através de vias aferentes, a percepção da sensação dolorosa. Opióides exógenos, como a morfina e a meperidina, nada mais fazem do que agir nestes receptores, mimetizando os efeitos dos opióides endógenos e produzindo analgesia³.

Clinicamente, a dor é um sintoma mal manejado em todo o mundo. Em 1991, cerca de 7 milhões de pessoas, nos EUA, sofriam de algum tipo de neoplasia. Destes, 70% experimentavam dor moderada ou severa, que fazia necessário o uso de opióides em algum estágio de sua doença⁴. Entretanto, dados demonstram que 50% a 80% dos pacientes portadores de neoplasias não obtêm analgesia adequada⁵. A prevalência diária mundial de dor neo-

plásica é de 4 milhões de pessoas e a prevalência anual é de 19 milhões⁴. Infelizmente, sabemos que até 95% destes pacientes poderiam obter uma boa analgesia com o uso correto dos opióides e de outras técnicas analgésicas ou anestésicas⁴.

Várias hipóteses são levantadas para explicar a prescrição deficiente de opióides, tanto em casos de neoplasias como em situações mais agudas, como no pós-operatório. Algumas das principais, encontradas na literatura, são: dificuldade da equipe médica para avaliar corretamente a dor sentida pelo paciente; deficiências no ensino médico a respeito do uso de opióides e do tratamento da dor; o medo, por parte do médico, do desenvolvimento de dependência física e psíquica do paciente; e as dificuldades legais para se prescrever tais drogas encontradas em alguns países^{4,7}.

O objetivo deste trabalho é avaliar a prescrição de opióides por parte das equipes médicas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). A partir dos dados obtidos, esperamos poder fornecer subsídios extras para melhorar o manejo clínico da dor, por meio do uso de opióides.

MATERIAL E MÉTODO

No período de 20 de maio a 20 de julho de 1993, 4.800 pacientes estiveram internados nas enfermarias do HCPA. Destes, foram revisados os prontuários de todos aqueles que fizeram uso de algum

opióide (ME ou MO). Foram excluídos do estudo os pacientes com idade <10 anos, aqueles que utilizaram opióides com fins não analgésicos (edema agudo de pulmão, sedativo em gestantes, uso em anestesia e pré-medicação para anfotericina B) e aqueles internados na emergência do HCPA, totalizando 445 pacientes. Estes receberam um total de 1.107 prescrições diferentes de opióides, todas consideradas para o estudo.

Os parâmetros avaliados em cada prescrição, para estabelecer sua correção, incluíam: dose, padrão de uso — se necessário, fixo, infusão contínua e dose única, via de administração — oral, subcutânea, intramuscular e intravenosa e intervalo entre as doses. Outros dados obtidos nos prontuários foram: equipe de internação, diagnóstico, duração de uso do fármaco e analgésicos simultâneos.

Para o manejo da dor crônica, principalmente em pacientes oncológicos, foi considerado correto o esquema de no mínimo 5mg de morfina ou 50mg de meperidina, por via venosa, em padrão de uso fixo e com intervalo máximo de quatro horas ou doses equivalentes por via oral ou infusão contínua⁸. Na dor aguda, principalmente a pós-cirúrgica, um mínimo de 30mg de meperidina ou 4mg de morfina por via intravenosa, em padrão de uso fixo, intervalo máximo de duas horas, ou doses equivalentes em outras vias^{*3,9,10}.

RESULTADOS

Dos pacientes observados, 226 eram do sexo masculino e 219 do feminino. O opióide mais frequentemente usado foi a meperidina (994 prescrições), e o protótipo do grupo, a morfina, foi usada em somente 10% das vezes.

Quanto aos motivos de uso desses fármacos, 336 casos eram de dor aguda pós-cirúrgica, 72 de dor crônica (oncológica e não-oncológica) e 37 por outras indicações (tabela 1). Quando se relaciona o fármaco utilizado com o tipo de dor apresentado pelo paciente, verifica-se que a morfina foi preferencialmente usada em casos de dor crônica, sendo a meperidina o opióide de escolha para o tratamento de dor pós-operatória.

Comparando-se o tipo de equipe médica responsável pelas prescrições de opióides, verificou-se que 64% dos casos eram de equipes cirúrgicas, 29% de equipes clínicas e 7% da área da gineco-obstetria (tabela 2).

* Poucos casos em que a dose e o intervalo formam um par farmacocineticamente corretos foram considerados adequados.

Tabela 1 – Características gerais da amostra

	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Total de prontuários	445	100
Total de prescrições	1.107	100
Sexo		
Masculino	226	51
Feminino	219	49
Fármaco		
Meperidina*	994	90
Morfina	113	10
Tipo de dor (nº de casos)		
Pós-cirúrgica	336	76
Crônica**	72	16
Outras***	37	8
Analgésicos simultâneos		
Sim	908	82
Não	199	18

* Nomenclatura européia: Petidina.
 ** Inclui: dor oncológica e não-oncológica.
 *** Inclui: infarto agudo do miocárdio, dor pré-parto.

Tabela 2 – Frequência de prescrições de meperidina e morfina, de acordo com as equipes médicas, no HCPA

Tipo de equipe	Nº de pacientes (%)	Fármaco (nº de prescrições)	
		MO	ME
Cirúrgica	285 (64)	31	680
Clínica*	129 (29)	81	235
Gineco/Obstetria	31 (7)	1	79
Total	445 (100)	113	994

* A CTI inclui-se nesta categoria.

Tabela 3 – Frequência dos padrões de uso dos opióides, de acordo com o tipo de equipe médica, no HCPA

Padrão de uso	Tipo de equipe			Prescrições (%)
	Cirúrgica (%)	Clínica (%)	Gineco/Obst. (%)	
Se necessário	591 (83)	177 (56)	51 (64)	819 (74)
Intervalo fixo	69 (10)	58 (18,5)	20 (25)	147 (13)
Dose única	43 (6)	68 (21,5)	6 (7,5)	117 (10,5)
Infusão contínua	8 (1)	13 (4)	3 (3,5)	24 (2,5)
Total	711 (100)	316 (100)	80 (100)	1.107 (100)

Tomando-se as 1.107 prescrições revisadas, foi constatado predomínio absoluto do padrão “se necessário”, presente em 74% destas, enquanto o padrão de intervalos fixos estava presente em 13% das condutas (tabela 3).

Na dor de origem cirúrgica, observando-se o fármaco mais usado (meperidina), no intervalo entre doses de no máximo duas horas, na dose

mínima de 30mg, 43% de um total de 700 prescrições foram, sob esse aspecto, corretas. Com intervalo entre doses de três horas, esse percentual passa para 80%.

O maior problema com relação às condutas médicas surge quando, afastando-se o padrão de dose única em vista da impossibilidade de se avaliar retrospectivamente a correção da conduta, nota-se que o padrão SN é responsável por 83% das prescrições pós-cirúrgicas, que, a princípio, devem ser consideradas como inadequadas^{1,3,4,10}. Sendo assim, os dados refletem que, no manejo deste tipo de dor com meperidina, analisando-se conjuntamente intervalo, dose e padrão de administração, encontram-se somente 2,5% das condutas farmacologicamente corretas (tabela 4). Numa outra análise, menos rígida, considerando-se que o paciente submetido a cirurgia deveria receber esquema analgésico opióide em intervalo fixo nas primeiras 48 horas, caso de 452 prescrições, vê-se que, mesmo neste período crítico, 86% receberam esquema SN, sendo apenas 13% das prescrições nesta situação estritamente corretas. Nos casos em que se usou morfina no pós-operatório, o quadro foi bem diferente. Em 70% das 24 prescrições, encontrou-se o padrão de administração com intervalos fixos entre as doses. Observando-se, porém, os outros parâmetros concomitantemente, apenas 37,5% (nove prescrições) puderam ser consideradas adequadas.

No manejo da dor crônica, novamente abstraindo-se os esquemas em que as drogas foram prescritas em uma única dose, vê-se que o padrão SN prevalece em 58% das 217 prescrições, quando se consideram os dois fármacos conjuntamente.

Quando foi usada morfina na dor crônica, chama a atenção o fato de o padrão de intervalos fixos corresponder a 70% das prescrições, muito diferente dos casos em que a meperidina foi escolhida, nos quais este padrão foi encontrado em apenas 10% das condutas. Nota-se, ainda, que dos que utilizaram o padrão de intervalos fixos, a maioria o fez com doses abaixo de um valor mínimo para cada uma das drogas ou intervalos acima do esperado, chegando-se à conclusão de que apenas seis prescrições, das 135, foram adequadas.

Houve, de uma maneira geral, uma incorreção consideravelmente maior presente nas prescrições de meperidina (97,5%), ao passo que as prescrições de morfina mostraram um número ainda expressivo (43%), mas comparativamente bem menor (tabela 4).

O uso de outros analgésicos, simultaneamente aos opióides, não diferiu muito no que diz respeito ao tipo de dor em tratamento. Os AINES foram os fármacos que prevaleceram como agentes poten-

Tabela 4 – Adequação das condutas nas prescrições de opióides, de acordo com o tipo de dor apresentado pelo paciente

Tipo de dor	ME		MO	
	Adequada	Inadequada	Adequada	Inadequada
Aguda	16 (2,5)	684 (97,5)	9 (37,5)	15 (62,5)
Crônica	6 (4,5)	129 (95,5)	28 (68)	13 (32)
Total	22 (2,5)	813 (97,5)	37 (57)	28 (43)

Tabela 5 – Frequência dos fármacos adjuvantes prescritos pelas equipes médicas

Fármaco	Tipo de dor	
	Aguda	Crônica
Nenhum	131	44
Analgésico não opióide	396	58
Benzodiazepínico	8	2
Antidepressivo	8	2
Combinados*	221	87
Outro opióide	15	21
Outros	4	14

* Quando do uso de combinações entre os anteriores.

cializadores da analgesia opiácea. Os dados completos são apresentados na tabela 5.

DISCUSSÃO

Percebe-se, pela análise dos dados da pesquisa, que o manejo da dor com analgésicos opióides, em pacientes hospitalizados, continua inadequado. Encontramos apenas 6,5% de prescrições consideradas adequadas, em um universo de 1.107, conforme os parâmetros de dose, intervalo e padrão. Em trabalho anterior, realizado neste mesmo hospital, foram encontrados 5,75% de prescrições adequadas num universo de 521¹¹. Quatro anos se passaram desde a publicação anterior, e para surpresa dos autores foi verificado que os padrões de prescrição de opióides não se alteraram.

Este fato pode ser atribuído a várias causas. A ansiedade dos médicos sobre fazer um erro de julgamento no uso de opióides parece ser muito maior do que a preocupação com o uso de outros fármacos com potência equivalente e com efeitos colaterais igualmente perigosos¹². Tal ansiedade é extensível a todos da equipe médica. Enfermeiros e auxiliares, temendo as complicações, por vezes não seguem estritamente a prescrição do médico, fazendo parcialmente o recomendado.

Dentre as complicações mais temidas estão a depressão respiratória e a dependência física e psicológica da droga. Quanto à depressão respiratória, podemos afirmar que, com doses adequadas

e monitorização do paciente, este risco é raro. O medo da dependência foi avaliado por Porter em um trabalho com aproximadamente 12 mil pacientes, que receberam opióides em ambiente hospitalar para o controle da dor aguda. Destes, somente quatro, sem qualquer história prévia, apresentaram sintomas de dependência aos opióides¹³.

O padrão SN foi responsável por 74% das prescrições. Este tipo de prescrição delega à equipe de enfermagem a responsabilidade do manejo da dor do paciente, o que significa que os analgésicos são administrados de acordo com a conveniência e visão da enfermagem. Esta, por vezes, interpreta essa prescrição como "administrar o menos possível", sem levar em consideração a real necessidade do paciente. Na sua maioria, os pacientes com dor intensa estão debilitados e incapacitados para solicitar a medicação, e os demais apresentam certo temor de desenvolver dependência ou mesmo negam sua doença e o tratamento, sentindo, provavelmente, maior dor^{3,10,11}. Cabe ao médico, portanto, assumir o julgamento e a responsabilidade sobre a prescrição e conduta da equipe médica. O padrão SN também produz flutuações nas concentrações plasmáticas da droga, permitindo alternância entre dor forte e analgesia. Isto faz com que sejam necessários incrementos na dose das drogas analgésicas.

Sabendo-se que, inevitavelmente, a grande maioria dos procedimentos cirúrgicos causa dor, o número de apenas 2,5% de prescrições adequadas é surpreendente, negativo e reflete um possível descaso em relação às condutas analgésicas. Mesmo no período crítico de 48 horas do pós-operatório, no qual a dor é um dos fatores com influência no prognóstico, ocorre uma clara subestimação da dor sentida pelos pacientes, já que o padrão SN ocorre em 87% dos casos.

A prescrição de meperidina, em relação à morfina, também foi um fator complicante em nosso estudo, com um número bem maior de erros. Pode-se questionar se estes se devem a orientação recebida durante o treinamento médico.

Por fim, é importante salientar que nossos dados possuem algumas limitações, já que foram obtidos retrospectivamente. A evolução no parâmetro de ajuste de doses em relação ao alívio progressivo da dor, por exemplo, ficou prejudicada pela subjetividade do sintoma e pela impossibilidade de acompanhar a evolução de cada caso. Não fizemos o acompanhamento dos sintomas normalmente associados à dor (ansiedade, depressão, irritabilidade), sintomas estes que podem alterar significativamente a percepção, por parte do paciente, da dor sentida. Alguns casos de condutas

emergenciais, necessárias em determinadas ocasiões, devido a rápidas mudanças no quadro do paciente, também escaparam de nossa avaliação. A despeito dos problemas apresentados, a magnitude dos dados encontrados fornece evidências claras do manejo inadequado da dor neste hospital e permite que questionemos a preparação do pessoal médico para lidar com tal sintoma.

AGRADECIMENTOS

Os autores deste trabalho agradecem a ajuda inestimável dos seguintes profissionais: Maria Beatriz Cardoso Ferreira, mestra em Fisiologia pela UFRGS, especialista em Anestesiologia pela Associação Médica Brasileira, médica anesthesiologista do HCPA; Miriam Marteleto, médica anesthesiologista, professora titular do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFRGS; Josué Schostack, farmacêutico, chefe geral das farmácias do HCPA.

SUMMARY

Opiates in pain management - correct or underestimate use? Data from a university hospital

OBJECTIVE. Opiates use, mainly in the treatment of acute intense pain (post-surgical patients) and chronic pain in oncologic patients has been usually underestimated in general clinical practice. This paper has the objective to assess the pattern of opiates use (Meperidin and Morphine), that is being used in Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul (Brazil).

MATERIAL AND METHOD. Medical teams prescriptions were analyzed using the following parameters: pattern of use, dose, interval and the use of concomitant analgesics. 1,107 prescriptions were analyzed, related to 445 inpatients, in the period from May to July of 1993.

RESULTS AND DISCUSSION. Only 6.5% of all prescriptions were considered correct. The pattern if necessary was responsible for 74% of all prescriptions.

CONCLUSIONS. Pain, either acute or chronic, is not being adequately managed in our hospital. [Rev Ass Med Brasil 1998; 44(2): 106-10.]

KEY WORDS: Pain. Opiates. Meperidin. Morphine.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bonica JJ and contributors. Cancer pain. In Bonica JJ (ed). *The management of pain*. London, Lea & Febiger, 2nd ed, 1990; 400-80.
2. Melzack R, Wall P. *O desafio da dor*. Lisboa, Fundação Calouste-Gulbekian, 1982; 95-223.

3. Ferreira MB, Wannmacher L. Farmacologia clínica da dor. In Fuchs FD Wannmacher L (eds). *Farmacologia clínica*. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1992; 132-48.
4. Hammack JE, Loprinzi CL. Use of orally administered opioids for cancer related pain. *Mayo Clin Proc* 1994; 69: 384-90.
5. Zenz M, Willweber AS. Opiophobia and cancer pain in Europe. *Lancet* 1993; 341: 1.075-6.
6. James A. Painless human right. *Lancet* 1993; 342: 568-9.
7. Siderov J, Zalberg JR. Prescribing opioids — a painful experience. *Med J Aust* 1994; 161: 515-6.
8. World Health Organization (WHO). *Cancer pain relief*. Geneve, 1986.
9. Jaffe JH, Martin WR. Opioid analgesics and antagonists. In Gillman AG et al. *The pharmacological basis of therapeutics*. 8th ed, Pergamon Press, 1990; 485-21.
10. Mitchell RWD, Smith G. The control of acute postoperative pain. *Br J Anaesth* 1989; 63(2): 147-58.
11. Costa L. Uso de narcóticos no tratamento da dor: dados de um hospital universitário. *Rev AMRIGS* 1991; 35(4): 230-3.
12. Marks RM. Undertreatment of medical inpatients with narcotic analgesics. *Ann Intern Med* 1993; 78: 173-81.
13. Porter J. Addiction in patients treated with narcotics. *New Engl J Med* 302: 123, 1980.