



**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO DISTRITO FEDERAL**  
**Autarquia Federal - Lei n.º 5.905/1973**

**PARECER TÉCNICO COREN-DF n.º 12/2021**

**EMENTA:** Legalidade da Administração de Morfina por Bomba de Infusão Contínua na Atenção Domiciliar (AD).

**Descritores:** Morfina; Dor; Cuidados Paliativos.

## **1. DO FATO**

Solicitação por Profissional de Saúde de Parecer acerca da Legalidade da Administração de Morfina por Bomba de Infusão Contínua pelo Núcleo Regional de Atenção Domiciliar - NRAD e Revisão do Parecer Técnico Coren-DF n.º 20/2020.

## **2. DA FUNDAMENTAÇÃO E ANÁLISE**

A profissão de Enfermagem está regulamentada na Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986 e pelo Decreto n.º 94.406, de 8 de junho de 1987 (BRASIL, 1986, 1987).

De acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, segundo a Resolução Cofen n.º 564/2017, a profissão está definida como:

[...] uma ciência, arte e uma prática social, indispensável à organização e ao funcionamento dos serviços de saúde; tem como responsabilidades a promoção e a restauração da saúde, a prevenção de agravos e doenças e o alívio do sofrimento; proporciona cuidados à pessoa, à família e à coletividade; organiza suas ações e intervenções de modo autônomo, ou em colaboração com outros profissionais da área; [...] (BRASIL, 2017).

Está pautada em princípios fundamentais como o comprometimento com a produção e gestão do cuidado prestado nos diferentes contextos socioambientais e culturais em resposta às necessidades da pessoa, família e coletividade, além do princípio da atuação profissional

com autonomia e em consonância com os preceitos éticos, bioéticos, legais, técnico-científico e teórico-filosófico. (BRASIL, 2017).

A Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986, em seu 11º artigo, normatiza que o Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem e ressalta que os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas sejam desempenhadas por estes, além de (como parte integrante da equipe de saúde) participar na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde. Enquanto o Decreto 94.405, de 8 de junho de 1987, em seus artigos 10º e 11º, estabelece as competências dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem.

De acordo com o artigo 48 do Código de Ética de Enfermagem, é dever dos profissionais de enfermagem prestar assistência de saúde promovendo a qualidade de vida à pessoa e família no processo do nascer, viver, morrer e luto. No entanto, segundo Sousa de Matos (2020), a consolidação e o conhecimento sobre cuidados paliativos [*morrer e luto*] ainda estão em processo de desenvolvimento no Brasil. (nosso grifo).

## **2.1 Quanto ao Serviço de Atenção Domiciliar**

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cuidados paliativos consistem em uma abordagem promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida ao paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, utilizando estratégias para prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (OMS, 2002).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde (MS) através da Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016 redefiniu a Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A Art. 2º desta Portaria considerou AD como uma modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde, caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. Em seu Art. 4º, estabeleceu algumas diretrizes como: adotar linhas de cuidado por meio *de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário*, reduzindo a fragmentação da assistência e valorizando o trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares. O gerenciamento e a operacionalização da AD serão realizados pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), definido como serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar. O SAD será composto por Equipes Multiprofissionais

de AD (Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem, Médico e Fisioterapeuta) e, quando habilitada, acrescida de Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP).

Complementarmente, a referida Portaria define que a AD é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a AD é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador. E, organiza a assistência prestada pela EMAD em três modalidades: Atenção Domiciliar 1 (AD 1), Atenção Domiciliar 2 (AD 2) e Atenção Domiciliar 3 (AD 3). A determinação da modalidade assistencial está interligada às necessidades de cuidado peculiares à cada caso, em relação à periodicidade indicada das visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos. Sendo importante essa divisão com vistas a compreender o perfil de atendimento prevalente, e, conseqüentemente, favorecer um adequado planejamento e gestão dos recursos humanos, materiais necessários, e fluxos intra e intersetoriais.

Considera-se elegível para essa modalidade terapêutica os pacientes que:

Art. 8º na modalidade AD 1, o usuário que, tendo indicação de AD, requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores.

§ 1º A prestação da assistência à saúde na modalidade AD 1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso.

§ 2º As equipes de atenção básica que executarem as ações na modalidade AD 1 devem ser apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ambulatórios de especialidades e centros de reabilitação.

Art. 9º na modalidade AD 2 o usuário que, tendo indicação de AD, e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente:

I - afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como **tratamentos parenterais** ou reabilitação;

II - afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal;

III - **necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal**, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário; ou

IV - prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal.

Art. 10º na modalidade assistencial AD 3, usuário com qualquer das situações listadas na modalidade AD 2, **quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade** (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar. [nosso grifo] (Brasil, 2016).

Destacamos o Plano de Atenção Domiciliar (PAD), ou Projeto Terapêutico Singular (PTS), que contempla um conjunto de medidas que orienta a atuação de todos os profissionais envolvidos de maneira direta e ou indireta na assistência a cada paciente em seu domicílio desde sua admissão até a alta e é composto pela prescrição da assistência clínico-terapêutica e psicossocial para o paciente; requisitos de infraestrutura do domicílio do paciente, necessidade de recursos humanos, materiais, medicamentos, equipamentos, retaguarda de serviços de saúde, cronograma de atividades dos profissionais e logística de atendimento; o tempo estimado de permanência do paciente no SAD considerando a evolução clínica, superação de déficits, independência de cuidados técnicos e de medicamentos, equipamentos e materiais que necessitem de manuseio continuado de profissionais e a periodicidade dos relatórios de evolução e acompanhamento (Resolução RDC nº 11/2016; Portaria nº 825/2016, Brasil).

O atendimento domiciliar, conforme orienta o MS (2013), pode ser de curta, média ou longa permanência e, os cuidados paliativos domiciliares podem ser enquadrados tanto nas modalidades assistenciais de curta, média ou longa permanências, a depender das características do paciente e de suas comorbidades, além do estado funcional quando é encaminhado para o SAD.

Ante ao exposto, o SAD, de acordo com os recursos humanos, qualificação técnica, infraestrutura e a Rede de Atenção à Saúde o qual está inserido pode prestar assistência domiciliar nos diversos formatos estabelecidos pelo Ministério da Saúde consoante o estabelecimento do PTS.

De acordo com a Resolução Cofen nº 646/2014, a assistência domiciliar de enfermagem abrange um conjunto de atividades desenvolvidas por membros da equipe de

enfermagem, caracterizadas pela atenção no domicílio do usuário do sistema de saúde que necessita de cuidados técnicos (atendimento, internação ou visita). Complementa que essa modalidade assistencial pode ser executada no âmbito da Atenção Primária e Secundária, por Enfermeiros que atuam de forma autônoma ou em equipe multidisciplinar por instituições públicas, privadas ou filantrópicas que ofereçam serviços de atendimento domiciliar. Quanto aos Técnicos de Enfermagem, em conformidade com o disposto na Lei do Exercício Profissional e no Decreto que a regulamenta, participa da execução da atenção domiciliar de enfermagem, naquilo que lhe couber, sob supervisão e orientação do Enfermeiro.

## **2.2 Quanto à Administração de Opioides (morfina)**

A dor é um dos sintomas mais prevalentes em pacientes com câncer, especialmente no último ano de vida, sendo frequente o controle inadequado (SAMPAIO, 2019). É uma das queixas mais comuns dos pacientes em cuidado paliativo, com os mais diversos diagnósticos. É um sintoma muito desconfortável e de difícil tolerância em pacientes com câncer avançado, o que também acomete a grande maioria dos pacientes com outros diagnósticos, possuindo componentes físico (sensorial) e psicológico (emocional), que são indissociáveis. Como se trata de uma experiência, ela é pessoal, individual e subjetiva. Deve ser controlada com medidas farmacológicas e não farmacológicas (MS, 2013).

Um das alternativas para o controle farmacológico da dor de intensidade moderada ou forte é o uso de opioides. A maioria dos opioides não tem efeito teto (um ponto a partir do qual a analgesia não é mais potencializada com o aumento da dosagem do medicamento), ou seja, quanto maior a dose, maior a potência analgésica. Entretanto ainda são subutilizados; em parte, devido a preconceitos, tanto dos profissionais de saúde quanto dos pacientes e da sociedade.

A morfina é o principal representante dos analgésicos opioides e o mais utilizado para o tratamento da dor de pacientes em cuidados paliativos. Em muitos locais, é o único opioide potente disponível para tratamento da dor oncológica. Pode ser administrada por via oral, retal, subcutânea, endovenosa, epidural e intratecal. Em caso de dor forte, pode ser utilizada em infusão parenteral contínua em doses baixas (INCA, 2002). É uma droga metabolizada no fígado e eliminada pelos rins. Apenas um terço da morfina administrada por via oral alcança a circulação sistêmica, razão pela qual a dose oral tem um terço, em média, da potência analgésica da dose parenteral. Tem meia-vida curta, de 90 a 120 minutos, com duração de efeito analgésico de 4 a 6 horas (MS, 2013) e, quando administrada via parenteral, tem uma potência analgésica três vezes maior quando administrado por via oral (BRASIL, 2016).

Segundo Trissel (2009), o sulfato de morfina perde a água de hidratação se for exposto ao ar, e escurece gradualmente se exposto à luz por períodos prolongados. A injeção de sulfato de morfina deve ser guardada à temperatura ambiente controlada e protegida de congelamento e exposição à luz. A estabilidade da solução de sais de morfina depende do pH e da presença de oxigênio. A análise da concentração do fármaco através de espectroscopia ultravioleta demonstrou pouca ou nenhuma perda de cloridrato de morfina após 14 semanas, quando estocada às temperaturas de 4 °C e 25 °C. Estudos apontam para uma possível estabilidade físico-química da morfina, diluída em soro fisiológico 0.9%, de até 7 dias sob refrigeração. No entanto, de acordo com a RDC 67/2007, a solução deve ser utilizada em até 48 horas devido à estabilidade microbiológica (BRASIL, 2007).

A morfina deve ser administrada com extremo cuidado em pacientes idosos ou debilitados, na presença de aumento da pressão intraocular/intracraniana e em pacientes com lesões cerebrais. Deve ser administrado em doses reduzidas a pacientes que estejam tomando conjuntamente outros analgésicos, fenotiazidas, tranquilizantes, antidepressivos tricíclicos e outros depressores do SNC, inclusive o álcool. Deve ser utilizada com cuidado durante crises de asma. Levando-se em conta o fato de que pode causar hipotensão e mascarar o diagnóstico de doenças abdominais agudas, deve-se reduzir a dose para pacientes idosos, debilitados, com problemas renais ou hepático, Doença de Addison, hipotireoidismo, estreitamento da uretra e aumento da próstata (SÍRIO LIBANÊS, 2015).

A utilização de opioides potentes parece ser eficaz no alívio da dor oncológica e em pacientes terminais, mas está sujeita a algumas controvérsias no alívio da dor crônica não oncológica, principalmente em sua eficácia a longo prazo, bem como nos resultados funcionais, no alívio da lombalgia quando comparada a outros analgésicos ou na fibromialgia, onde sua falta de eficácia parece evidente (TORMO MOLINA, 2017).

Tormo Molina (2017) destaca que esses medicamentos não são desprovidos de efeitos adversos, o que pode levar à retirada do medicamento em um em cada três pacientes, bem como à possibilidade de dependência em um pequeno percentual dos casos.

Os efeitos mais frequentes causados pelo uso dos opioides são náuseas e vômitos, obstipação, secura da boca, sedação e tolerância. Outros efeitos secundários menos frequentes são depressão respiratória, alterações cognitivas (alucinações, ideias delirantes), hiperalgesia, mioclonias, dispepsia e prurido, que podem dificultar a continuidade do tratamento analgésico preconizado (WIERMANN et al., 2014; RANGEL & TELLES, 2012).

A depressão respiratória habitualmente não se desenvolve se o aumento da dose for gradual e, observa-se que a sonolência precede sempre a depressão respiratória. Se necessário,

pode utilizar-se um antagonista dos opioides como a Naloxona para reverter esse efeito. (SCHWENGBER, 2017).

### **3. CONCLUSÃO**

A administração de fármacos e o manejo de equipamentos médico-hospitalares são atividades cotidianas na Enfermagem em todos os níveis de atenção à saúde. Em um ambiente multidisciplinar a equipe de enfermagem realiza, além da administração de fármacos analgésicos, o monitoramento de sinais e sintomas dos pacientes.

Os profissionais de enfermagem exercem diversas atividades não farmacológicas complementares à farmacológica com a finalidade de proporcionar ao paciente o alívio da dor. E, a atuação do Enfermeiro no controle da dor é de extrema importância uma vez que ele avalia, implementa medidas e acompanha os resultados das medidas implementadas.

Quanto à legalidade da administração de morfina contínua em via parenteral por bomba de infusão pelos profissionais de enfermagem que integram a serviços de AD, a Câmara Técnica de Assistência (CTA) do COREN-DF entende que não há óbice. Uma vez que se trata de uma assistência necessária para o atendimento humanizado de pacientes com dor crônica.

No entanto, é necessário avaliar o contexto sociocultural e domiciliar do paciente, familiar e cuidadores envolvidos, as condições clínicas do paciente, as condições do serviço de AD, os recursos humanos (uma vez que esse tipo de assistência demanda mais horas de assistência de enfermagem) e o preparo técnico e contínuo da equipe. Havendo impedimentos, recomenda-se que o enfermeiro discuta com o profissional prescritor quanto ao uso de analgesia via oral com liberação cronogramada e/ou adesivos analgésicos transdérmicos como alternativa à analgesia contínua por bomba de infusão.

Os profissionais de enfermagem que integram SAD devem exercer suas atividades baseados em preceitos éticos, legais e científicos. E, além desse arcabouço, deve utilizar dos Protocolos Operacionais (POP), Normativas Institucionais e do Plano de AD para subsidiar sua assistência nos serviços diretos e indiretamente ligados ao paciente sob internação domiciliar.

Adicionalmente, ressaltamos que compete ao Enfermeiro:

- I- Dimensionar a equipe de enfermagem;

II- Planejar, organizar, coordenar, supervisionar e avaliar a prestação da assistência de enfermagem;

III- Organizar e coordenar as condições ambientais, equipamentos e materiais necessários à produção de cuidado competente, resolutivo e seguro;

IV- **Atuar de forma contínua na capacitação da equipe de enfermagem que realiza cuidados nesse ambiente;** [nosso grifo].

V- Executar os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnico-científica e que demandem a necessidade de tomar decisões imediatas.

O Técnico de Enfermagem, em conformidade com o disposto na Lei do Exercício Profissional e no Decreto que a regulamenta, participa da execução da AD de enfermagem, naquilo que lhe couber, sob supervisão e orientação do Enfermeiro.

**É o parecer.**

## **REFERÊNCIAS**

BRASIL. Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987 que regulamenta a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o Exercício profissional da Enfermagem, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o Exercício profissional da Enfermagem, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 67, de 8 de outubro de 2007, que Dispõe sobre boas práticas de manipulação de preparações magistrais e oficinais para uso humano em farmácias.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 464 de 20 de outubro de 2014, que normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar. 2014.

SCHWENGBER, F. Eficácia e segurança: morfina versus outros opioides no controle da dor oncológica. 2017. Dissertação (Especialista em Farmácia Hospitalar). Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, Ijuí, 2017.

GUIA FARMACÊUTICO 2014/2015, 8ª Ed. Hospital Sírio Libanês. Comissão de Farmácia e Terapêutica. São Paulo, Brasil. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA (Brasil). Cuidados Paliativos Oncológicos - Controle de Sintomas. Revista Brasileira de Cancerologia, 2002, 48(2):191-211.

RANGEL, O.; TELLES, C. Tratamento da dor oncológica em cuidados paliativos. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, v. 11, n. 2, 2012.

SAMPAIO SGSM; MOTTA LB da; CALDAS CP. Medication and Pain Control: Experience of a Brazilian Palliative Care Referral Center. Rev. bras. Cancerol, 2019, 65(2).

SOUZA DE MATOS B, ALVES CONCEIÇÃO TM. Reflexões sobre Cuidados Paliativos no Brasil durante a Pandemia da Covid-19. Rev. Bras. Cancerol. Doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1242>

TRISSEL LA. Trissels Stability of Compounded Formulations. 4th ed. Washington (DC): American Pharmacists Association, 2009.

TORMO MOLINA, J. et al. Prescripción de opioides mayores en pacientes con dolor no oncológico: descripción de sus características en una zona de salud de atención primaria. **Rev. Soc. Esp. Dolor**, Madrid, v. 24, n. 1, p. 19-26, feb. 2017. <http://dx.doi.org/10.20986/resed.2016.3471/2016>.

WIERMANN, Evanius Garcia et al. Consenso Brasileiro sobre manejo da dor relacionada ao câncer. Revista Brasileira de Oncologia Clínica< Vol, v. 10, n. 38, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2.ed. Geneva: WHO, 2002.

Brasília, 28 de maio de 2021.

COREN-DF.

Câmara Técnica de Assistência - COREN-DF

**Relator: Igor Ribeiro Oliveira**  
**COREN-DF 352.375-TE**  
**Conselheiro CTA**

**Revisor: Rinaldo de Souza Neves**

**COREN-DF 54.747-ENF**  
**Coordenador da CTA**

**Aprovado no dia 19 de maio de 2021 na Reunião da Câmara Técnica de Assistência ao COREN-DF.**

**Revoga-se o PARECER TÉCNICO COREN-DF n.º 20/2020.**

**Homologado em 28 de maio de 2021 na 541ª Reunião Ordinária de Plenária (ROP) dos  
Conselheiros do COREN-DF.**