



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO DISTRITO FEDERAL

Autarquia Federal - Lei n.º 5.905/73

PARECER TÉCNICO COREN-DF n.º 19/2021

EMENTA: Legalidade da Administração de Morfina por Bomba de Infusão Contínua pelo Serviço de Atenção Domiciliar – SAD.

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.

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, 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 Art. 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.

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 aos 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). O 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.

Complementarmente, a referida Portaria define que 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 atenção domiciliar 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 essa assistência em três modalidades: Atenção Domiciliar 1 (AD 1), Atenção Domiciliar 2 (AD 2) e Atenção Domiciliar 3 (AD 3). A determinação da modalidade em que o paciente será alocado está atrelada às necessidades de cuidado peculiares a 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, ambulatorios 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. 10. na modalidade 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).

A Resolução RDC n.º 11, de 26 de janeiro 2006, dispõe sobre o regulamento e requisitos técnicos para o funcionamento de serviços que prestam AD. Destacamos o Plano de Atenção Domiciliar (PAD): documento 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. O PAD deve contemplar a 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.

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 de curta, média ou longa permanências, a depender das características do paciente e de suas comorbidades, além do estado funcional quando é encaminhado para a AD.

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).

Uma 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, objeto da ementa, 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 administrado



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 a 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. A medicação deve ser administrada em doses reduzidas a pacientes que estejam tomando conjuntamente outros analgésicos gerais, fenotiazidas, outros tranquilizantes, antidepressivos tricíclicos e outros depressores do SNC, inclusive 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 do fígado, 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 a 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.

Ante ao exposto, o formato do serviço de AD que estaria mais bem preparado, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, para realizar uma assistência continuada ao paciente que requer uso de equipamentos médico-hospitalares seria a modalidade AD 3. Visto que haveria necessidade de programação e instalação da bomba de infusão, manutenção de via parenteral e verificação de sinais vitais do paciente, acolhimento da família do paciente, educação em saúde e treinamento dos cuidadores. Essa modalidade deve ser cuidadosamente avaliada pelo Serviço de Atenção Domiciliar, equipe multiprofissional, e em especial pelo Enfermeiro, que será diretamente responsável pela Sistematização da Assistência de Enfermagem e pela supervisão e administração dos serviços de enfermagem.



Quanto a legalidade da administração de morfina contínua em via parenteral por bomba de infusão pelos profissionais de enfermagem que integram a equipe de atenção AD, não há óbice. Uma vez que se trata de uma assistência necessária para o atendimento humanizado de pacientes com dor crônica. No entanto, faz-se necessário avaliar o contexto sociocultural e domiciliar do paciente e família, as condições clínicas dele, as condições do serviço de AD e o preparo da equipe para prestar essa assistência. Havendo impedimentos, recomenda-se o uso de analgesia via oral com liberação cronogramada e/ou adesivos analgésicos transdérmicos como alternativa à analgesia contínua por bomba de infusão.

Ressalta-se que os profissionais de enfermagem devem exercer suas atividades baseados em preceitos éticos, legais e científicos. E, além desse arcabouço, utilizar do Regimento Interno de Enfermagem, Protocolos Operacionais, Normativas Institucionais, Plano de Atenção Domiciliar e o Plano de Terapêutico Singular para subsidiar a assistência dos serviços diretos e indiretamente ligados ao paciente sob internação domiciliar.

É o parecer.

Brasília, 30 de julho de 2021.

Câmara Técnica de Assistência ao COREN-DF

Relator: Igor Ribeiro Oliveira
COREN-DF 391.833-ENF

Revisor: Rinaldo de Souza Neves
COREN-DF 54.747-ENF

Aprovado no dia 14 de julho na Reunião da Câmara Técnica de Assistência ao COREN-DF.

Homologado em 30 de julho de 2021 na 543ª Reunião Ordinária de Plenário (ROP) dos Conselheiros do COREN-DF.



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 n.º 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.

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.