



**Politécnico
Castelo Branco**

Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Trabalho Final

Mitos no Uso de Opioides na Gestão da Dor Crónica em Cuidados Paliativos: Competências do Enfermeiro

*Fabiana Alexandra Patrício Figueiredo
Jéssica Filipa Esteves Lucas*

Data
junho 2026





**Politécnico
Castelo Branco**

Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Mitos no Uso de Opioides na Gestão da Dor Crónica em Cuidados Paliativos: Competências do Enfermeiro

Trabalho Final

Fabiana Alexandra Patrício Figueiredo, n.º 20211346

Jéssica Filipa Esteves Lucas, n.º 20211315

Orientadora

Professora Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta

Trabalho Final de Curso apresentado à Escola Superior de Saúde Doutor Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Licenciado em Enfermagem, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

junho de 2026

Composição do júri

Presidente do júri

Professora Doutora Ângela Sofia Lopes Simões

Professora Adjunta e Coordenadora do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Arguente

Professora Doutora Sandra Cristina Mendes Batista

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Orientadora

Professora Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta

Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Resumo

O presente Trabalho Final de Curso consiste numa revisão narrativa centrada na temática “Mitos no Uso de Opioides na Gestão da Dor Crónica em Cuidados Paliativos: Competências do Enfermeiro”.

O principal objetivo é identificar quais os mitos dos profissionais de saúde, dos doentes e dos seus familiares, analisando o impacto dessas conceções na qualidade de vida do doente, bem como explorar as competências do enfermeiro na desmistificação dos mitos e na gestão adequada da dor crónica.

Em cuidados paliativos, a dor é o sintoma mais prevalente e o seu alívio é fundamental para a promoção da qualidade de vida, sendo frequentemente comprometido por ideias erróneas em relação aos opioides, culminando no subtratamento da dor e aumento do sofrimento insuportável e evitável.

A dor crónica é indissociável do sofrimento, sendo este um fenómeno complexo e multidimensional, que engloba as dimensões física, psicológica, espiritual e social. Neste contexto, o enfermeiro tem o dever ético e profissional de prestar cuidados holísticos e centrados na pessoa, mobilizando competências de escuta ativa, comunicação terapêutica e relação de ajuda, de forma a compreender as verdadeiras necessidades do doente para além da componente física. Esta abordagem permite individualizar o plano de cuidados, respeitar os valores e preferências individuais e capacitar o doente e a sua família para uma participação ativa e informada no plano terapêutico.

Através de uma revisão da literatura e análise de artigos, foi possível identificar mitos como a estigmatização dos doentes que utilizam opioides, o receio de depressão respiratória, a crença de que estes fármacos devem restringir-se a fases terminais e o receio de que possam acelerar o processo de doença e a morte.

Conclui-se que a presença destes mitos constitui uma barreira significativa à adesão terapêutica e à prescrição adequada, reforçando a necessidade de uma atuação informada e proativa por parte dos enfermeiros na educação e desmistificação junto dos doentes, familiares e restantes membros da equipa.

Palavras-chave

Mitos; Opioides; Dor Crónica; Cuidados Paliativos; Competências do Enfermeiro.

Abstract

This Final Course Project consists of a narrative review focused on the theme "Myths in the Use of Opioids in Chronic Pain Management in Palliative Care: Nursing Competencies".

The main objective is to identify the myths held by health professionals, patients, and their families, analysing the impact of these conceptions on the patient's quality of life, as well as to explore the nurse's competencies in dispelling these myths and in the appropriate management of chronic pain.

In palliative care, pain is the most prevalent symptom, and its relief is essential to the promotion of quality of life. This relief is frequently compromised by mistaken ideas regarding opioids, culminating in the undertreatment of pain and an increase in unbearable and avoidable suffering.

Chronic pain is inseparable from suffering, the latter being a complex and multidimensional phenomenon that encompasses physical, psychological, spiritual, and social dimensions. In this context, the nurse has the ethical and professional duty to provide holistic, person-centred care, drawing on competencies in active listening, therapeutic communication, and the helping relationship, to understand the patient's true needs beyond the physical component. This approach makes it possible to individualise the care plan, respect individual values and preferences, and empower the patient and their family for active and informed participation in the therapeutic plan.

Through a literature review and analysis of articles, it was possible to identify myths such as the stigmatisation of patients who use opioids, the fear of respiratory depression, the belief that these drugs should be restricted to terminal phases, and the fear that they may accelerate the disease process and death.

It is concluded that the presence of these myths constitutes a significant barrier to therapeutic adherence and appropriate prescribing, reinforcing the need for an informed and proactive approach by nurses in the education and demystification of patients, families, and the remaining members of the team.

Keywords

Myths; Opioids; Chronic Pain; Palliative Care; Nurse Competencies.

Índice geral

Índice de figuras	IX
Índice de tabelas	X
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	XI
1. Introdução	1
2. Enquadramento teórico	3
2.1. Cuidados Paliativos: filosofia e princípios.....	3
2.2. Teorias de enfermagem aplicadas ao contexto de cuidados paliativos	5
3. Tema do trabalho	8
3.1. Justificação da escolha e pertinência do tema.....	8
3.2. Conceitos principais envolvidos no tema	9
3.2.1. Dor e a sua classificação	10
3.2.2. Tratamento farmacológico na gestão da dor crónica	13
3.2.3. Tratamento não farmacológico na gestão da dor crónica	16
3.2.4. Mitos no uso de opioides.....	17
3.2.5. Competências do enfermeiro na desmistificação do uso de opioides em cuidados paliativos	20
3.2.6. Questões éticas	21
4. Metodologia	23
4.1. Tipo de estudo e objetivos	23
4.2. Estratégia de pesquisa dos estudos.....	24
4.2.1. Termos de pesquisa e equação de busca	24
4.2.2. Critérios de inclusão e de exclusão	25
5. Resultados	26
5.1. Apresentação dos estudos incluídos	26
5.2. Apresentação de resultados.....	30
5.3. Discussão de resultados	38
6. Conclusões	45
7. Referências bibliográficas.....	49
Apêndices	54
Apêndice A – Quadro de equações de busca.....	54
Apêndice B – Caracterização dos estudos incluídos	55
Anexos	62

Anexo A – Inventário Resumido da Dor.....	62
Anexo B – Escala de Percepção Global de Mudança	64

Índice de figuras

Figura 1 - Escada Analgésica Adaptada	13
Figura 2 - Fluxograma PRISMA (adaptado)	27
Figura 3 - Inventário Resumido da Dor.....	63
Figura 4 - Escala de Percepção Global de Mudança (Versão Portuguesa)	64

Índice de tabelas

Tabela 1 - Equações de busca	54
Tabela 2 - Caracterização dos estudos incluídos.....	55

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

APA - American Psychological Association

CF – Conferência Familiar

CP – Cuidados Paliativos

DCNO – Dor Crónica Não Oncológica

EUA – Estados Unidos da América

MOF – Medicamentos Opioides Fortes

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAC – Plano Antecipado de Cuidados

TMA – Teoria de Médio Alcance

1. Introdução

O presente Trabalho Final de Curso foi desenvolvido no âmbito da linha de investigação em enfermagem “Cuidar e Qualidade de Vida”. Após a realização de uma breve pesquisa bibliográfica e reflexão sobre a temática, optou-se pela elaboração de uma revisão narrativa intitulada “Mitos no Uso de Opioides na Gestão da Dor Crónica em Cuidados Paliativos: Competências do Enfermeiro”.

Em Portugal, a subprescrição de opioides tornou-se um obstáculo menor ao tratamento da dor, tendo-se verificado uma evolução bastante favorável ao bom alívio da dor, seja aguda ou crónica. Estima-se, através de dados fornecidos pela Autoridade Nacional de Medicamento e Produtos de Saúde em Portugal, que entre 2012 e 2022 tenha ocorrido um aumento de 117% de prescrição de opioides fracos e de 618% de opioides fortes. Num intervalo de 10 anos, estima-se que as prescrições de fentanil aumentaram 200% e as de morfina 71%. Ainda assim, Portugal é um dos países europeus com menor taxa de consumo de opioides (Duarte, et al., 2025).

O paradigma de que a dor é uma inevitabilidade da vida tem sofrido alterações, o que se reflete na maior utilização de analgésicos opioides no controlo da dor.

Observou-se uma epidemia de opioides de uso ilegal ou prescritos por médicos, que afetou, particularmente, os Estados Unidos da América (EUA). Importa realçar que este acontecimento foi impulsionado por excesso de prescrições disponíveis, publicidade farmacêutica com fins lucrativos e pela existência de um sistema de saúde sem restrições regulatórias (Duarte, et al., 2025).

O recente aumento de prescrições de opioides, apresenta uma correlação com o aumento do número de overdoses. Este facto é relevante no contexto em que o país adotou, em 2001, uma política de descriminalização do consumo de substâncias psicoativas, tratando o abuso como um problema de saúde pública e não como uma infração penal. Embora esta abordagem tenha contribuído para taxas menores de mortalidade por overdose, o aumento do consumo de opioides de prescrição representa um desafio diferente (Duarte, et al., 2025).

Esta nova realidade continua a exigir uma intervenção na desmistificação do uso de opioides, quer existam perceções excessivamente favoráveis à sua utilização ou demasiado restritivas. A formação de profissionais de saúde mantém-se um aspeto fulcral na prescrição criteriosa e administração adequada, assegurando que o uso de opioides não é banalizado, mas também não é temido.

Os mitos e a adesão ao tratamento com opioides em doentes com dor crónica não oncológica (DCNO) diferem daqueles observados em doentes com dor oncológica. Enquanto na dor oncológica, em geral, existe maior aceitação do uso de opioides devido à gravidade da doença e à prioridade de aliviar a dor, na dor não oncológica persistem diversos mitos que impactam negativamente a adesão ao tratamento (Azevedo, 2017).

Desta forma, torna-se fundamental a educação para a saúde da população em geral e a formação contínua de todos os profissionais de saúde, promovendo uma compreensão adequada dos benefícios e dos riscos dos opioides, com o objetivo de melhorar a adesão terapêutica e otimizar a gestão da dor.

O presente trabalho, além de procurar explorar os mitos associados ao uso de opioides na dor crónica e as perceções dos doentes, familiares e profissionais de saúde, também tem como finalidade identificar as competências do enfermeiro na desmistificação do uso de opioides e na gestão da dor crónica e na promoção da qualidade de vida em doentes em situação paliativa.

O trabalho respeita o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, e as referências bibliográficas são apresentadas de acordo com as normas de referenciação da 7^a edição da American Psychological Association (APA), sendo geradas com recurso ao programa de software Mendeley.

2. Enquadramento teórico

A necessidade de acesso a cuidados paliativos (CP) a nível mundial é crescente, uma vez que a longevidade tem aumentado, bem como a incidência de doenças crónicas e degenerativas (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2020).

Os cuidados paliativos surgiram como resposta às crescentes necessidades da população no acesso a cuidados de saúde especializados, capazes de assegurar uma intervenção eficaz e adequada na promoção da qualidade de vida dos doentes e das suas famílias ao longo de todas as fases da doença. Neste sentido, os cuidados paliativos são definidos como:

“cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais” (Assembleia da República, 2012, Base II, alínea a, p. 5119).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os cuidados paliativos são reconhecidos como parte do direito humano à saúde. Contudo, estima-se que mundialmente apenas cerca de 14% das pessoas com necessidades paliativas os recebem. Atualmente, persistem vários desafios na área dos cuidados paliativos, nomeadamente ao nível da implementação de políticas, desenvolvimento de programas, disponibilização de recursos e formação adequada de profissionais de saúde. Estes fatores são essenciais para garantir um acesso equitativo e de qualidade (OMS, 2020).

Além disso, a existência de regulamentação demasiado restritiva no acesso e utilização de opioides constitui um obstáculo no controlo de sintomas, particularmente da dor. Esta restrição compromete o alívio do sofrimento e o respeito pela dignidade da pessoa em situação de doença avançada e incurável (OMS, 2020).

2.1. Cuidados Paliativos: filosofia e princípios

Os cuidados paliativos visam proporcionar cuidados de saúde centrados na pessoa doente e na sua família, adotando uma abordagem global do sofrimento na sua componente multidimensional desde o momento do diagnóstico e durante a evolução da doença.

Os princípios fundamentais que orientam a prática clínica são:

- Afirmar a vida e aceitar a morte como um processo natural, pelo que a morte não deve ser antecipada nem atrasada, através da obstinação terapêutica;

- Promover uma abordagem global do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual do doente;
- Reconhecer e aceitar os valores e prioridades do doente;
- Promover o alívio dos sintomas, ajudando a viver tão ativamente quanto possível até ao fim;
- Oferecer apoio à família para lidar com a situação de doença, que se pode prolongar pelo período de luto (Assembleia da República, 2012, Base IV, p. 5120).

Além dos princípios mencionados, os cuidados paliativos são prestados por uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais, como assistentes espirituais, que desempenham funções igualmente importantes na promoção da qualidade de vida (*Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos*, n.d.).

Os CP são frequentemente associados à morte e aos últimos dias de vida. Contudo, quanto mais precocemente os cuidados paliativos forem integrados, as pessoas com doenças graves e/ou crónicas progressivas vão ter melhor qualidade de vida ao longo de toda a trajetória da sua doença (Ordem Dos Enfermeiros, 2015).

Os pilares fundamentais dos cuidados paliativos assentam no controlo de sintomas, no suporte psicológico, emocional e espiritual, por meio da comunicação terapêutica com o doente e família (Ordem Dos Enfermeiros, 2015) e no trabalho em equipa multidisciplinar.

A conferência familiar (CF) é uma forma estruturada de intervenção na família com base na comunicação e no cuidado a todos os intervenientes, permitindo a individualização dos cuidados ao doente. Os seus objetivos não se restringem à partilha de informação, também permite a clarificação de objetivos e expectativas e o planeamento de cuidados em conjunto com o doente e a sua família (Guan, et al., 2026).

A conferência familiar contribui para a tomada de decisão informada, esclarecimento de dúvidas e preocupações sobre o fim de vida, capacitação da família na prestação de cuidados informais e apoio durante o processo de luto (Guan et al., 2026).

Na CF é possível elaborar e alterar, sempre que o doente manifestar essa vontade e capacidade para a tomada de decisão, o Plano Antecipado de Cuidados (PAC). Nesse sentido, torna-se importante promover a consciencialização acerca do direito do doente, enquanto apresentar autonomia e capacidade cognitiva, de tomar decisões relacionadas com os cuidados de saúde prestados (Brito-Lopes, 2025).

O PAC é um processo contínuo e dinâmico centrado na pessoa, que se baseia na comunicação entre os profissionais de saúde, o doente e a sua família. Este planeamento apresenta inúmeras vantagens, tais como a melhoria da qualidade de vida do doente, uma vez que permite a participação do mesmo no processo e

consequente partilha dos seus valores, crenças, desejos, preferências e necessidades. A partilha de informações claras sobre a condição de saúde permite que o doente adquira autonomia para a tomada de decisões informadas, com melhor compreensão das opções de tratamento, dos resultados esperados e dos impactos dessas escolhas na sua vida (Brito-Lopes, 2025).

O conhecimento de que as vontades serão respeitadas e devidamente documentadas tende a reduzir a ansiedade e a angústia, pois a possibilidade de participar ativamente na tomada de decisão proporciona uma sensação de controlo, diminuindo o desconforto relacionado com as incertezas (Brito-Lopes, 2025).

Assim, a prioridade do Plano Antecipado de Cuidados é a promoção de uma qualidade de vida que esteja em conformidade com a definição pessoal do doente sobre bem-estar e conforto, podendo ser modificado ao longo da evolução da doença e do ajuste dos objetivos terapêuticos ao longo do processo de cuidados.

2.2. Teorias de enfermagem aplicadas ao contexto de cuidados paliativos

As teorias de enfermagem desempenham um papel fundamental na orientação e fundamentação da prática profissional, constituindo o suporte teórico que guia o enfermeiro na tomada de decisões clínicas e no que diz respeito à formação e investigação (Leandro, et al., 2020).

As teorias de médio alcance (TMA) são definidas por um conjunto de conceitos menos abstratos e mais específicos para a prática de enfermagem do que os modelos teóricos. As TMA em enfermagem são classificadas de acordo com a sua finalidade em descritiva, explicativa ou preditiva (Leandro, et al., 2020).

Desta forma, para uma melhor compreensão dos cuidados prestados aos doentes em situação de doença crónica e avançada, e em contextos que exijam uma atenção centrada no conforto e dignidade humana, destacamos duas teorias de médio alcance. A primeira é a Teoria do Fim de Vida Pacífico, desenvolvida por Cornelia Ruland e Shirley Moore, publicada em 1998; a segunda é a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, publicada em 1994.

As teorias selecionadas são ambas de carácter preditivo, isto é, procuram estabelecer relações entre as intervenções de enfermagem e os resultados esperados (Leandro, et al., 2020).

A necessidade de desenvolver a Teoria do Fim de Vida Pacífico surgiu da ausência de orientações específicas para a prestação de cuidados de enfermagem a pessoas em fase de fim de vida. Neste contexto, as autoras procuraram estruturar um referencial teórico que apoiasse os profissionais de saúde na promoção de cuidados mais humanizados e centrados na pessoa (Ruland & Moore, 1998).

Importa salientar que o foco principal da teoria não reside na morte em si, mas na promoção de uma vida pacífica e significativa durante o processo de doença. Os critérios que permitem avaliar se o doente se encontra num estado pacífico

incluem a ausência de dor; o estado de conforto e o sentimento de paz, isto é, a ausência de ansiedade, arrependimentos ou medos; a existência de uma relação de confiança entre o doente, a sua família e o enfermeiro, bem como a percepção de dignidade e respeito pelo doente, pela sua família e pelo seu direito à escolha (Ruland & Moore, 1998).

A obtenção de resultados positivos, ou seja, o alcance destes critérios, é promovido através de intervenções de enfermagem adequadas. A ausência de dor exige a monitorização contínua e a implementação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas. O conforto pode ser alcançado através da prevenção, monitorização e alívio de desconforto físico, da utilização de técnicas de relaxamento e da prevenção de complicações. A redução da ansiedade, ou seja, a promoção de um estado de paz, envolve o suporte emocional, a avaliação da necessidade de terapêutica ansiolítica, o estabelecimento de confiança e a orientação prática face a problemas concretos. O sentimento de dignidade e respeito está associado à inclusão do doente e da sua família no processo de tomada de decisão, bem como à comunicação empática e à escuta ativa. Por fim, a construção de uma relação de confiança entre o doente, a família e o enfermeiro é facilitada pela promoção da participação da família, pelo apoio durante o processo de luto e pelo esclarecimento de dúvidas existentes ao longo do processo de doença (Ruland & Moore, 1998).

Assim, a Teoria do Fim de Vida Pacífico constitui uma ferramenta importante na tomada de decisão relativamente à implementação de intervenções de enfermagem que contribuem para o alívio do sofrimento e promoção do conforto, essenciais na gestão da dor crónica, para uma vivência significativa.

A Teoria do Conforto defende que a promoção do conforto deve ser realizada de forma holística, através de intervenções de enfermagem intencionais e centradas nos doentes. O conforto é definido como a satisfação das necessidades humanas básicas para alívio, tranquilidade e transcendência de situações de doença crónica e avançada (Kolcaba, 1994).

O alívio é definido como a experiência de uma necessidade específica de saúde ter recebido uma resposta eficaz, por exemplo o alívio da dor e de outros sintomas em cuidados paliativos. A satisfação dessas necessidades é essencial para o retorno ao funcionamento normal, através da promoção do bem-estar e da dignidade do doente, ou para a promoção de uma morte pacífica (Kolcaba, 1994).

A tranquilidade é definida como um estado de calma, segurança e contentamento, que pode ser alcançado através do apoio emocional, da comunicação e do envolvimento do doente e da sua família nos planos de cuidados. Esta perspetiva é importante na redução da ansiedade e do sofrimento psicológico associados à doença (Kolcaba, 1994).

A transcendência constitui a forma mais elevada de conforto, sendo definida como a capacidade de a pessoa ultrapassar ou lidar com o sofrimento. Em cuidados

paliativos, este estado pode estar associado à dimensão espiritual do doente e à capacidade de encontrar significado na sua vida perante a proximidade da morte (Kolcaba, 1994).

O conforto ainda pode classificar-se em quatro contextos: físico, psicoespiritual, social e ambiental. No contexto dos cuidados paliativos os cuidados de enfermagem são prestados tendo em consideração todos estes domínios, permitindo uma avaliação abrangente das necessidades do doente, para a prática de intervenções de enfermagem holísticas e individualizadas (Kolcaba, 1994).

Assim, a Teoria do Conforto aplica-se a cuidados paliativos pela sua abordagem holística e pela personalização dos cuidados de enfermagem ajustados às necessidades e valores do doente, privilegiando a promoção do conforto mesmo na ausência da possibilidade de cura.

Desta forma, a Teoria do Fim de Vida Pacífico e a Teoria do Conforto orientam a prática de enfermagem para a promoção do bem-estar físico, psicológico, social e espiritual, na garantia da dignidade e da qualidade de vida. Em ambas as teorias o conforto é o elemento central do cuidado, contribuindo para uma abordagem holística e centrada na pessoa, especialmente no contexto dos cuidados paliativos.

3. Tema do trabalho

O presente Trabalho Final de Curso foi desenvolvido no âmbito da linha de investigação em enfermagem “Cuidar e Qualidade de Vida”. Após a realização de uma breve pesquisa bibliográfica e reflexão sobre a temática, optou-se pela elaboração de uma revisão narrativa intitulada “Mitos no Uso de Opioides na Gestão da Dor Crónica em Cuidados Paliativos: Competências do Enfermeiro”.

Com este trabalho pretende-se identificar e analisar os principais mitos associados ao uso de opioides, nomeadamente no uso de morfina e fentanil, no contexto dos cuidados paliativos e identificar as competências do enfermeiro na sua desmistificação.

3.1. Justificação da escolha e pertinência do tema

A escolha deste tema justifica-se pela persistência de desafios associados ao uso de opioides em cuidados paliativos, nomeadamente a existência de ideias erróneas por parte dos doentes, dos cuidadores/familiares e, por vezes, dos profissionais de saúde. Estas ideias condicionam frequentemente a adesão ao tratamento, influenciando negativamente a gestão da dor crónica e, consequentemente, comprometendo a qualidade de vida das pessoas em situação de doença crónica avançada.

Em Portugal, a Lei n.º 52/2012 (2012), reforça que os cuidados paliativos são um direito das pessoas com doença grave, progressiva e incurável, garantindo uma resposta integrada centrada no alívio do sofrimento e na promoção da dignidade e da qualidade de vida do doente e da sua família.

A dor é definida como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão” (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Trata-se de um fenómeno complexo que envolve múltiplas dimensões, sendo fundamental a sua avaliação e gestão eficaz no contexto dos cuidados de saúde.

No contexto de cuidados paliativos, a dor deve ser compreendida numa perspetiva holística, considerando não apenas a componente física, mas também os fatores emocionais, sociais e espirituais que podem influenciar a forma como o doente vivencia o sofrimento. A sua gestão pode ser realizada através de intervenções farmacológicas e não farmacológicas, sendo considerada uma prioridade fundamental no cuidado à pessoa com doença avançada.

Entre os fármacos utilizados para o controlo da dor destaca-se a morfina e o fentanil, que são classificados como analgésicos opioides fortes, sendo frequentemente utilizados para o tratamento da dor crónica severa (terceiro nível da escada analgésica) em cuidados paliativos. Contudo, apesar da sua eficácia comprovada, persistem diversos mitos e preconceitos associados ao seu uso, que

podem levar à sua utilização inadequada ou mesmo à sua recusa por parte dos doentes e familiares (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Os mitos são definidos como afirmações falsas repetidas e reconhecidas como verdadeiras pelo senso comum, apesar da falta de evidências. Nesta circunstância, estas ideias erróneas podem constituir uma barreira significativa à implementação de intervenções terapêuticas adequadas, dificultando o acesso a uma gestão eficaz da dor e contribuindo para o sofrimento evitável das pessoas com doença avançada.

Entre os mitos mais frequentes, em relação ao uso de morfina, “há o entendimento de que a morfina é dada aos doentes de CP para acelerar a morte e é só usada em estádios finais da vida, quando, na verdade, é usada quando os sintomas (dor, dispneia) assim o justificam, independentemente da fase onde se encontram, e a dose analgésica administrada ao doente é a necessária para controlar esses sintomas e mantê-lo confortável” (Santos, 2023, p. 8).

Já em relação ao uso de fentanil existe a ideia errada de que o contacto do fármaco com a pele pode causar overdose (Fair and Just Prosecution, 2025). A evidência científica comprova que o fentanil, quando administrado por via transdérmica, é absorvido em concentrações significativas ao longo de 12 a 16 horas, de forma segura. Outro mito relacionado com este opioide é que as overdoses ocorrem devido à prescrição e o uso excessivo. Contudo, a maioria das mortes por consumo de fentanil são consequência do uso ilícito e não de prescrições legais. As repressões às prescrições legítimas de opioides têm contribuído para o subtratamento de doentes com dor crónica, forçando-os a suportar sofrimento desnecessário (Fair and Just Prosecution, 2025).

Assim, neste contexto, o enfermeiro desempenha uma função essencial na desconstrução de mitos associados à utilização de opioides, nomeadamente da morfina e fentanil, através da educação para a saúde, comunicação terapêutica e apoio ao doente e à família.

3.2. Conceitos principais envolvidos no tema

Neste tópico centra-se a compreensão da dor como um fenómeno multidimensional, a sua correta avaliação e classificação, bem como as diferentes abordagens terapêuticas disponíveis para a sua gestão. Ainda se inclui o conhecimento sobre tratamento farmacológico, com destaque para o uso dos opioides, e as intervenções não farmacológicas que complementam o controlo da dor.

Paralelamente, torna-se essencial abordar os mitos associados ao uso de opioides, as perceções dos doentes, familiares e profissionais de saúde, e o impacto dessas crenças na qualidade de vida. Neste contexto, assumem particular relevância as competências do enfermeiro, quer na desmistificação dessas ideias erróneas através da educação para a saúde, quer na prestação de cuidados eficazes na gestão da dor em cuidados paliativos.

3.2.1. Dor e a sua classificação

A Associação Internacional para o Estudo da Dor define a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos” (International Association for the Study of Pain, 2020).

É importante realçar que a dor é sempre uma experiência pessoal influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais. A existência de grande variabilidade na perceção e na expressão da dor implica que o relato de uma pessoa sobre uma experiência de dor seja respeitado, quer este seja expresso através de comunicação verbal e/ou não-verbal (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, n.d.).

A dor é um sintoma presente na generalidade das situações patológicas e o seu controlo constitui um dever de todos os profissionais de saúde e um direito dos doentes. No sentido de garantir o controlo eficaz da dor e de melhorar a qualidade de vida do doente, a dor é considerada, desde 2003, o quinto sinal vital (Direção-Geral da Saúde, 2003).

O sofrimento, frequentemente intolerável, induzido pela dor, afeta negativamente a qualidade de vida dos doentes. Nesse sentido, são importantes a sua avaliação e o seu registo regular pelos profissionais de saúde, de forma a otimizar as medidas terapêuticas, a dar segurança à equipa prestadora de cuidados e a melhorar a qualidade de vida do doente (Direção-Geral da Saúde, 2003).

A dor pode ser classificada em função do mecanismo, como nociceptiva ou neuropática e em função da sua duração, dor aguda ou dor crónica (Pereira & Lima, n.d.).

A dor nociceptiva tem origem num mecanismo de inflamação dos nociceptores das terminações nervosas, responsáveis pelo processo de perceção e transmissão de estímulos que causam dor. Por outro lado, a dor neuropática resulta de uma lesão ou doença do sistema nervoso somatossensorial (Pereira & Lima, n.d.).

A dor aguda tem como causa subjacente uma doença ou lesão específica e tem um propósito biológico, que é a proteção contra a uma agressão ao nosso organismo. Este tipo de dor é a mais comum, surge subitamente e a sua resolução é relativamente rápida, sendo que a sua duração é inferior a três meses ou desaparece após ser resolvida a causa que a originou (Pereira & Lima, n.d.).

Em Portugal, entre 2012 e 2021, estima-se que 36,7% e 33,6%, respetivamente, da população adulta tem dor crónica (Mesquita et al., 2024). No ano de 2004, a dor crónica foi reconhecida como um problema de saúde pública e a International Pain Society e a Global Health Community declararam que *“a falha no tratamento da dor é vista mundialmente como uma prática errada, uma atitude antiética e uma revogação de um direito humano fundamental”* (Pereira & Lima, n.d., p. 44).

A dor é o sintoma mais prevalente em oncologia e o sintoma que leva ao diagnóstico de 30% dos casos e está presente em cerca de 50% dos doentes oncológicos ao longo das várias fases da doença. A dor crônica oncológica está diretamente relacionada com a neoplasia ou com a terapêutica antineoplásica, sendo as metástases ósseas a causa mais comum de dor crônica oncológica (Cordeiro, 2022).

A dor crônica não oncológica, resulta de qualquer patologia não neoplásica e que se mantém de forma contínua ou recorrente, durante três ou mais meses, e/ou persiste para além da cura da lesão que a originou (Mesquita et al., 2024).

A globalidade da dor crônica, isto é, o seu impacto físico, psicológico, sociofamiliar e espiritual culmina em três grandes problemas, tais como a invisibilidade, a falta de empatia e a solidão. A pessoa doente portadora de dor crônica frequentemente questiona-se se as pessoas que o rodeiam acreditam na dor da qual se queixa, se é compreendido, e vivencia sentimentos de exclusão e inutilidade (Pereira & Lima, n.d.).

O conceito de dor-doença significa que há um conjunto de sintomas que são consequência da dor, quer sejam condições físicas ou mentais. Enquanto doença, a dor crônica, além do sofrimento causado no doente, impacta negativamente a família e os cuidadores do indivíduo com dor (Pereira & Lima, n.d.).

As pessoas com dor apresentam frequentemente perturbações de sono e perda de apetite em fases iniciais, podendo desenvolver quadros clínicos de depressão em fases mais avançadas (Pereira & Lima, n.d.).

O cuidar da pessoa como um ser global requer a compreensão do conceito de dor total. O alívio da dor com recurso a tratamentos farmacológicos é insuficiente, uma vez que o doente com dor crônica experiencia mudanças significativas na sua vida, decorrentes da tentativa de prevenir ou aliviar a dor, o mais rapidamente possível e de qualquer modo (Sapeta, 2007).

É fundamental valorizar a componente afetivo-emocional da dor, que quando negligenciada pode culminar em isolamento, ansiedade e/ou depressão; sentimento de vazio, culpa e arrependimento; crise nos laços familiares (Sapeta, 2007).

Viver com dor impacta significativamente a qualidade de vida, interferindo no funcionamento físico, psicológico e social, por vezes sendo mais temida que a própria doença e a inevitabilidade da morte (Sapeta, 2007).

O sofrimento, indissociável do conceito de dor, é definido por Cassel EJ como “um estado de mal-estar induzido pela ameaça da perda de integridade ou desintegração da pessoa, independentemente da sua causa” (Sapeta, 2007, p. 18).

Os enfermeiros têm competências para aliviar o sofrimento ao apoiar na mobilização de recursos internos para o enfrentar, a mobilizar valores pessoais, procurando aceitá-lo, adaptando-se e reencontrado um sentido para a doença, para

o sofrimento e para a vida. Para isso, o enfermeiro deve dar particular importância em conhecer o significado da dor para o doente, promovendo a expressão de sentimentos, medos e angústias (Sapeta, 2007).

A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com dor inclui a avaliação, o controlo e o ensino. No processo de avaliação da dor a pessoa que sente dor é o melhor avaliador da sua própria dor, pelo que deve ser privilegiado o autorrelato como fonte de informação na pessoa com capacidades de comunicação e funções cognitivas mantidas (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Durante a avaliação é imprescindível colher dados sobre a história de dor através de uma entrevista estruturada que inclua parâmetros como o exame físico; as características da dor, tais como a localização, qualidade, intensidade, duração e frequência; as formas do doente comunicar a dor através de expressões posturais e faciais; os fatores de alívio e agravamento; as estratégias de coping para lidar com a dor; as implicações da dor nas atividades de vida diárias; o conhecimento acerca da doença; o impacto emocional, social e espiritual; e os sintomas associados. Os instrumentos de avaliação da dor devem ser escolhidos atendendo ao tipo de dor, idade, situação clínica, propriedades psicométricas, critérios de interpretação, facilidade de aplicação e experiência de utilização em outros locais (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

O controlo da dor compreende intervenções com foco na sua prevenção e tratamento, que pode ser farmacológico e não farmacológico. As intervenções não farmacológicas devem ser utilizadas em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica e vice-versa (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

O enfermeiro tem o dever de atuar na promoção de cuidados que previnam, eliminem ou reduzam a dor para níveis aceitáveis pela pessoa. Assim, é recomendada a colaboração com todos os elementos da equipa multidisciplinar na implementação de um plano de intervenção coerente com os objetivos da pessoa, envolvendo a mesma e a sua família na definição e reajuste do plano terapêutico (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

O enfermeiro tem um papel fundamental na administração terapêutica e na avaliação da sua eficácia. A responsabilidade pela administração de medicamentos passa por avaliar a necessidade de o doente tomar um medicamento em dado momento, administrar corretamente e monitorizar os efeitos secundários e/ou adversos (Potter & Perry, 2003).

A administração ainda deve obedecer à norma dos nove certos, garantindo uma intervenção segura: medicamento certo; dose certa; utente certo; via certa; forma farmacêutica certa; hora certa; registo certo; ensino certo; resposta certa (Potter & Perry, 2003).

O envolvimento do doente no controlo da dor respeita o princípio ético da autonomia, da beneficência e da não maleficência. O conhecimento é condição indispensável para a tomada de decisão informada. Nesse sentido, o doente deve

ser ensinado acerca da dor e das medidas de controlo; instruído para o autocontrolo na utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas; ensinado sobre os efeitos colaterais da terapêutica analgésica e respetivas medidas de controlo; ensinado sobre os mitos que dificultam o controlo da dor; instruído sobre a necessidade de informar precocemente os profissionais de saúde para agravamento ou alterações das características da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

3.2.2. Tratamento farmacológico na gestão da dor crónica

Em 1986, a Organização Mundial da Saúde apresentou a escada analgésica para o tratamento da dor oncológica. Atualmente, vários dos seus princípios são adotados no controlo da dor crónica não oncológica. Alguns autores defendiam que “Não existe qualquer base científica ou ética que legitime uma abordagem mais conservadora no uso de opioides na terapêutica da dor crónica não oncológica do que na dor aguda ou na dor oncológica” (Pedro & Silva, 2017, p. 19) embora esta posição seja atualmente objeto de debate.

Este modelo organiza a terapêutica em três níveis progressivos de acordo com a intensidade da dor.

Escada Analgésica Adaptada

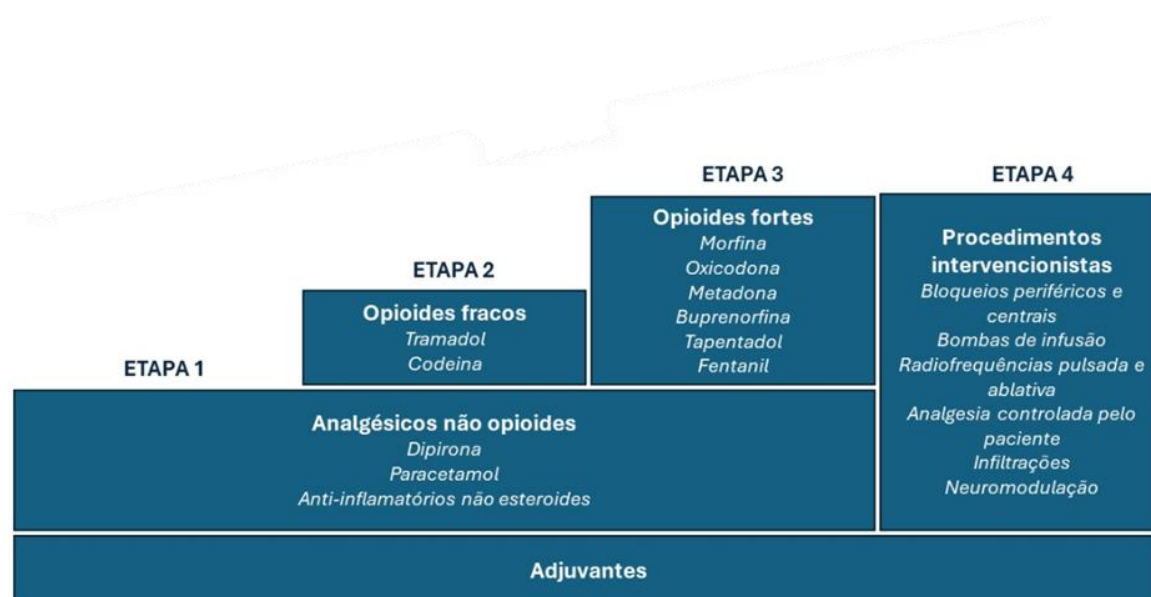


Figura 1 - Escada Analgésica Adaptada

No primeiro nível utilizam-se analgésicos não opioides, como o paracetamol ou os anti-inflamatórios não esteroides, indicados para dor ligeira. No segundo nível recorre-se a opioides fracos, como a codeína ou o tramadol, geralmente associados a analgésicos não opioides, para o tratamento da dor moderada. No terceiro nível utilizam-se opioides fortes, como a morfina e o fentanil, indicados para dor severa, podendo ser associados a fármacos adjuvantes sempre que necessário (OMS, 1996).

De acordo com as orientações da OMS, a terapêutica analgésica deve ainda seguir alguns princípios fundamentais, designadamente “pela boca, pelo relógio, pela escada, de forma individualizada e com atenção ao detalhe”. O princípio “pela boca” refere-se à preferência pela via oral sempre que possível, por ser mais simples, eficaz e confortável para o doente. A ingestão de um fármaco é menos dolorosa que uma injeção, que é um meio mais traumático. O princípio “pelo relógio” indica que os analgésicos devem ser administrados de forma preventiva em intervalos regulares e não apenas quando a dor surge, permitindo manter níveis terapêuticos constantes e prevenir o reaparecimento da dor. O princípio “pela escada” refere-se à escolha do tipo de analgésico de acordo com a intensidade da dor, seguindo os três níveis da escada analgésica. Por fim, a terapêutica deve ser individualizada, tendo em conta as características do doente, a natureza da dor e a resposta ao tratamento (OMS, 1996).

A dor crónica não oncológica não controlada de forma adequada está associada a efeitos adversos na qualidade de vida, sono, relacionamentos e função cognitiva. É frequente estar associada a alguma patologia do foro mental, tal como depressão e/ou ansiedade. O difícil acesso a opioides pode levar os doentes a procurar outras hipóteses farmacológicas, promovendo o uso excessivo de benzodiazepinas, antidepressivos e anti-inflamatórios não esteroides (Azevedo, 2017).

A dor irruptiva corresponde à exacerbação transitória da dor, que ocorre espontaneamente ou como resultado de um fator específico previsível ou imprevisível, apesar de existir alguma estabilidade no controlo adequado da dor basal. O seu tratamento exige a utilização de um fármaco de ação rápida (Azevedo, 2017).

Ao iniciar analgésicos opioides ou na rotação é prudente complementar com analgesia de resgate, denominados comumente de medicação SOS. Com esta analgesia pretende-se prevenir o aumento da dor ou surgimento de sintomas de privação, em doentes cuja dose calculada na rotação, se venha a verificar ser insuficiente e até que seja possível realizar um novo aumento de dose do opioide de base (Pedro & Silva, 2017, p. 47).

Recomenda-se que a analgesia de resgate, sempre que possível, seja a mesma substância que o analgésico de base. O registo da quantidade de resgates necessários por dia é importante na avaliação da dor e da necessidade de otimizar as medidas farmacológicas (Pedro, 2017, p. 47).

A rotação de opioides também é importante no controlo adequado da dor, sendo definida como “mudança de fármaco ou de via de administração com o objetivo de melhorar os resultados” (Pedro, 2017, p. 26).

O objetivo do tratamento é atingir e manter um nível de dor ótimo e o alívio dos sintomas, com efeitos secundários mínimos. Os opioides não devem ser usados em monoterapia, mas em associação com outros fármacos e terapêuticas não farmacológicas (Azevedo, 2017). A decisão de instituir uma terapêutica com

opioides deve resultar de um consenso entre o médico, a pessoa com dor e todas as outras pessoas envolvidas na prestação de cuidados (Mesquita, et al., 2024).

Os efeitos secundários mais comuns incluem obstipação, náuseas ou vômitos, sedação, sonolência, prurido e cefaleias. Estes sintomas surgem no início do tratamento e tendem a desaparecer com exceção da obstipação (Azevedo, 2017).

Os opioides fortes são frequentemente utilizados para o tratamento da DCNO, contudo, não são a primeira linha de tratamento. Em média, estima-se que 20% dos doentes com diagnóstico de dor crónica não oncológica recebem uma prescrição de opioides (Mesquita, et al., 2024).

Antes de um tratamento com medicamentos opioides fortes (MOF) ser iniciado devem ser otimizadas as terapêuticas não farmacológicas e farmacológicas não opioides. Em casos selecionados que não respondem a outras terapêuticas o tratamento com opioides pode ser uma opção (Mesquita, et al., 2024).

Os medicamentos opioides fortes são eficazes e seguros quando usados adequadamente como parte integrante de um plano analgésico multimodal e sob supervisão contínua, pelo que não devem ser iniciados em qualquer contexto que não assegure a sua continuidade. Deve ser realizada uma monitorização periódica para avaliação da sua efetividade na redução da intensidade da dor, melhoria da funcionalidade e identificação de efeitos secundários (Mesquita, et al., 2024).

De forma a garantir uma gestão segura da medicação, recomenda-se a existência de um médico prescritor único, pois a prescrição por múltiplos profissionais está associada à utilização abusiva (Mesquita, et al., 2024).

A terapia com MOF é uma opção de tratamento a curto prazo (4-12 semanas) e intermédio (13-26 semanas). A terapia a longo prazo está associada a riscos relevantes e não evidencia eficácia (Mesquita, et al., 2024).

Na monitorização de doentes com dor crónica medicados com opioides fortes recomendam-se dois instrumentos de avaliação, nomeadamente o Inventário Resumido da Dor (Anexo A) e a Escala de Perceção Global de Mudança (Anexo B) (Mesquita, et al., 2024).

Em caso de alívio inadequado da dor ou de surgimento de efeitos secundários intoleráveis apesar da terapêutica adjuvante, deve ser considerada efetuar rotação do opioide ou a suspensão do tratamento. A redução da dose deve ser considerada se o doente apresentar uma boa resposta ao tratamento, a descontinuação deve ser gradual para minimizar os sintomas de abstinência (Mesquita, et al., 2024).

A gestão da dor crónica requer que o doente ou o cuidador principal desenvolva competências de autogestão do regime medicamentoso, sendo que o enfermeiro desempenha uma função importante na capacitação.

Além dos mitos que comprometem a adesão ao regime terapêutico, existem erros na autogestão da medicação. Os comportamentos de não adesão estão relacionados com o significado que o doente ou a sua família atribuem ao seu

problema e ao tratamento, impactando o processo de autogestão do regime terapêutico (Rodrigues & Prates, 2011).

Os erros mais comuns incluem esquecimento, descuido com as horas, percepção de melhoria sintomática, reações adversas, toma de uma dose superior à prescrita e dificuldades económicas (Rodrigues & Prates, 2011).

O enfermeiro no processo de ensino-aprendizagem deve disponibilizar a informação transmitida em documentos escritos para ajudar a esclarecer o plano terapêutico, quer seja à pessoa com dor, à sua família ou a outros profissionais de saúde. A informação deve incluir instruções relativas à dose, momento do dia para a sua toma, a duração da ação e as instruções a seguir no caso de uma dose não tomada; potenciais interações com outros medicamentos e riscos associados; tratamento dos efeitos secundários do medicamento; armazenamento seguro do medicamento (Mesquita, et al., 2024).

Além disso, a realização de contacto telefónico para acompanhar o processo de adaptação ao regime medicamentoso instituído é importante na identificação e satisfação das necessidades da pessoa e o reforço das indicações dadas no processo de ensino-aprendizagem (Rodrigues & Prates, 2011).

3.2.3. Tratamento não farmacológico na gestão da dor crónica

Uma abordagem holística exige estratégias não farmacológicas de enfermagem, fundamentais na gestão individualizada da dor, tais como o toque terapêutico e a escuta ativa. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, as intervenções não farmacológicas dividem-se em cognitivo-comportamentais, físicas e de suporte emocional (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

As intervenções cognitivo-comportamentais compreendem a Terapia Cognitiva Comportamental, a reestruturação cognitiva, o treino de habilidades de coping, o relaxamento com imaginação e a distração. As intervenções incluídas têm como principal objetivo a alteração de percepções ou padrões de dor, através da diminuição de pensamentos negativos, emoções e crenças que geram comportamentos não adaptativos, contribuindo para o desenvolvimento de habilidades e estratégias para gerir a dor e o stress (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Num estudo realizado, as enfermeiras que foram entrevistadas salientaram a imaginação guiada como uma intervenção vantajosa para o doente, sendo um dos benefícios a mudança na perspetiva do doente no que concerne ao seu limiar de dor, facilitando o relaxamento numa fase de sofrimento. “Da experiência que tenho de imaginação guiada, tenho um exemplo de uma pessoa a quem fizemos e ela tinha picos de dor frequentes e não diminuiu o número de SOS que administramos, mas diminuiu o impacto que a dor tinha nela, quase como se aumentasse o limiar da dor e de forma muito relaxada ela conseguia atravessar essa fase muito mais facilmente” (Vicente, 2023, p. 58).

As intervenções físicas incluem a aplicação de frio ou calor, o exercício, a imobilização, a massagem e a estimulação elétrica transcutânea. Estas intervenções têm como objetivos a promoção do relaxamento e diminuição da tensão muscular e a libertação de substâncias analgésicas endógenas de alívio da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Por sua vez, as intervenções de suporte emocional incluem o toque terapêutico e o conforto (Ordem dos Enfermeiros, 2008). O toque terapêutico é uma forma de comunicação e o enfermeiro tem o privilégio de dar uso a esta forma íntima de contacto pessoal para transmitir mensagens de afeto e apoio emocional. O toque de conforto é importante junto da pessoa com dor crónica, com inerentes perdas físicas e emocionais (Brás, 2021).

As vantagens do toque terapêutico incluem a promoção de um efeito calmante, a fomentação de uma relação de empatia, o respeito e o sentido de valor, o conforto, a tranquilidade, a segurança, a melhoria da qualidade do sono, a melhoria do estado funcional e da qualidade de vida (Brás, 2021).

A escuta ativa é mais do que ouvir, requer prestar atenção e compreender verdadeiramente os sons e o silêncio. No contexto de dor crónica que gera um estado de maior vulnerabilidade, é importante que o doente sinta confiança para expressar as suas preocupações e emoções. A compreensão das necessidades reais do doente permite ao enfermeiro a implementação de intervenções que culminem num resultado satisfatório (Martins, 2014).

As condições que promovem a escuta ativa podem estar relacionadas com o enfermeiro ou com fatores externos. As condições relacionadas com o enfermeiro são estar livre de preocupações, estar disposto e motivado para escutar, ser empático, atender à diversidade cultural e fazer-se presente por meio do silêncio. As condições externas incluem conservar tempo suficiente para a escuta, garantir a privacidade e evitar interrupções, promover um ambiente acolhedor sem muitos estímulos (Martins, 2014).

A escuta ativa é um instrumento útil em enfermagem e, por isso, requer competências específicas que podem ser adquiridas e/ou desenvolvidas através da aplicação consciente desta técnica (Martins, 2014).

3.2.4. Mitos no uso de opioides

O controlo adequado da dor está diretamente relacionado com a existência de perceções erróneas por parte dos doentes, familiares e profissionais de saúde. O termo opiofobia refere-se não só ao medo, mas também ao evitamento e condenação do uso de opioides.

Os mitos no uso de opioides diferem em alguns aspetos quando estamos perante dor crónica oncológica e quando abordamos a dor crónica não oncológica. Na dor crónica oncológica o medo mais frequente é que o uso de opioides acelere o processo de morte; na dor crónica não oncológica o receio que prevalece é o de

desenvolverem-se comportamentos aditivos que levam inevitavelmente a overdose e/ou morte. Também existem crenças relativamente ao processo de doença, acreditando que o uso de opioides acelera a evolução da mesma e que a sua utilização é exclusiva de situações de fim de vida. Ainda existem crenças falsas de que a morfina provoca depressão respiratória e que a administração por via oral é ineficaz (Gómez Sancho, et al., 1999).

O receio nos profissionais de saúde é ultrapassado com o conhecimento farmacológico e com a experiência na sua utilização. Existe evidência científica que comprova que os opioides são responsáveis por menos efeitos adversos do que outros fármacos, frequentemente prescritos sem receios, em doses elevadas e prolongadas, como é o caso dos anti-inflamatórios não esteroides (Pedro & Silva, 2017).

A associação frequente do uso de opioides em cuidados paliativos ao desenvolvimento inevitável de comportamentos aditivos confundidos como dependência, demonstra a importância de definir e distinguir o conceito de adição, dependência e tolerância. O entendimento destes conceitos é crucial para evitar o subtratamento da dor por medo excessivo de opioides e a estigmatização de doentes.

A **adição** é um distúrbio biopsicossocial caracterizado pelo uso compulsivo de um medicamento ou substância ilícita e pela preocupação constante em obtê-lo, com deterioração a nível físico, mental e social. Além disso, é caracterizado pela perda de autocontrole. É necessário ter uma atenção especial a determinados comportamentos como a antecipação da necessidade de medicação, o relato de perda ou roubo de medicação, sintomas de sobredosagem ou falta às consultas (Azevedo, 2017).

A **dependência** é uma reação expectável e normal do organismo, associada ao uso crónico de opioides, na qual a síndrome de abstinência é desencadeada pela interrupção abrupta do tratamento. A dependência isoladamente não é um indicador que permite diagnosticar transtorno por uso de opioides (Azevedo, 2017).

A **tolerância** refere-se à necessidade de aumentar a dose ou prescrever um opioide com maior efeito analgésico no decorrer do tratamento para obter o mesmo efeito. É normal que ocorra adaptação do organismo em resposta à administração repetida de um fármaco, contudo, isto não significa que o doente tenha um vício. Não existem muitos estudos relativamente à tolerância aos opioides na DCNO, contudo, após um período de ajuste a maioria dos doentes mantém-se com uma dose estável por longos períodos (Azevedo, 2017). Embora os opioides fortes, como morfina e fentanil, não tenham teto analgésico definido, existe um limite terapêutico prático imposto pela relação risco-benefício.

Assim, um doente com dor crónica que consome opioides pode ter tolerância e dependência física e não ter adição.

A subprescrição motivada por receio e dúvidas na utilização de opioides resulta no aumento desnecessário do sofrimento vivenciado pelo doente. Este tipo de prescrição inadequada ocorre devido aos profissionais de saúde acreditarem que a morfina só deve ser utilizada em fases terminais. “Porque vamos iniciar tratamento com morfina se ainda tem um ano de vida?”. Na realidade, o tratamento farmacológico deve ser adequado à dor sentida pelo doente e não pela fase de doença em que se encontra. A prática profissional orientada por esta ideia é um erro que leva a que muitas pessoas sofram durante semanas ou meses para só receberem analgesia adequada quando se encontram em fase agônica (Gómez Sancho, et al., 1999, p. 588).

Outro mito frequente é de que a tolerância se desenvolve rapidamente, tornando-se inefetiva no controlo da dor crônica. É verídico que o uso de opioides produz o fenómeno de tolerância, o que significa que a dose do fármaco deve ser aumentada para obtenção do mesmo efeito analgésico ao longo do tratamento, sempre que for necessário. Apesar de a morfina e o fentanil não apresentarem dose teto, é importante lembrar que as intervenções não farmacológicas podem influenciar significativamente a dose de opioides necessária para a gestão eficaz da dor. O tempo dedicado ao doente para escutar e comunicar, por vezes, é inversamente proporcional à dose de fármaco (Gómez Sancho, et al., 1999, p. 592).

A morfina é um fármaco que pode ser utilizado para o tratamento da dor, dispneia ou diarreia. A dor atua como antagonista fisiológico dos efeitos depressores centrais da morfina, pelo que um doente com dor não deixará de respirar se a dose de morfina for titulada gradualmente. A depressão respiratória não ocorre se a prescrição e a administração forem feitas corretamente. Além disso, na eventualidade de ocorrer depressão respiratória existe um antagonista natural dos opioides, a naloxona (Gómez Sancho, et al., 1999, p. 593).

Existe a crença de que a **morfina por via oral é inefetiva**, acreditando-se que a via intravenosa é a melhor opção. Na realidade, a morfina por via oral é mais dificilmente absorvida, uma vez que é metabolizada no fígado e, por isso, a sua biodisponibilidade diminui. Desta forma, para obter o mesmo efeito analgésico de uma dose injetável, a dose oral precisa ser maior (Gómez Sancho, et al., 1999, p. 591).

Além disso, quando a via oral não está acessível, seja por vômitos persistentes, disfagia severa ou diminuição do estado de consciência, a via alternativa de eleição é a subcutânea (Gómez Sancho, et al., 1999).

O medo associado à utilização de opioides não é exclusivamente direcionado ao início do tratamento, também existem receios quando abordamos a desprescrição terapêutica. A redução de opioides é frequentemente percecionada como uma ameaça à qualidade de vida.

3.2.5. Competências do enfermeiro na desmistificação do uso de opioides em cuidados paliativos

Os enfermeiros, enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto com o doente encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor (Pedro & Silva, 2017).

Na presença de mitos que comprometem a adesão terapêutica é competência do enfermeiro a promoção da saúde através da educação. A educação para a saúde é um processo de aprendizagem que visa capacitar os indivíduos e as comunidades para participarem ativamente na melhoria da sua saúde e qualidade de vida, através do aumento dos conhecimentos e da mudança de comportamentos. É essencial capacitar as pessoas para enfrentarem as diversas fases da vida, o que inclui o enfrentamento das doenças crónicas (Direção-Geral da Educação, 2014).

A literacia é a capacidade que cada pessoa tem de compreender, processar, assimilar e aplicar a informação à qual tem acesso, não dependendo da capacidade de ler e escrever, nem da profissão, conforme foi observado em estágio (Direção-Geral da Saúde, 2019).

Em contexto de prática clínica observaram-se situações complexas envolvendo pessoas a trabalhar na área da saúde, que adotaram uma posição desfavorável e sem base em evidência científica relativamente ao uso de opioides.

No decorrer de uma conferência familiar, onde estavam presentes as duas filhas do doente, uma delas farmacêutica há mais de vinte anos, observou-se um discurso indicador de baixo nível de literacia acerca do uso de opioides no tratamento da dor. A senhora demonstrou aversão ao uso de fentanil, afirmando:

“Se eu aguento uma dor lombar o meu pai também pode aguentar a dor que tem”.

A outra filha também manifestou opiniões que indicam uma necessidade imediata de intervenção no que diz respeito à educação para a saúde:

“Prefiro que o meu pai esteja desperto, a conversar connosco mesmo que isso signifique que ele sente alguma dor, do que vê-lo sonolento”.

Além das capacidades mencionadas, o indivíduo deve apresentar motivação para manter ou melhorar a qualidade de vida durante todo o ciclo vital. O entendimento do nível de literacia de cada pessoa é importante para os profissionais de saúde no âmbito da educação. O enfermeiro deve ter competências de interação e comunicação que permitam a transmissão de informação de forma compreensível para a pessoa que a recebe (Direção-Geral da Saúde, 2019).

A comunicação é um instrumento básico na arte do cuidar em enfermagem e um dos pilares em cuidados paliativos, sendo um processo dinâmico através do qual se estabelecem relações na sua dimensão verbal e não-verbal. É um processo entre duas ou mais pessoas, que envolve troca e transformação dos intervenientes,

pois estes trazem consigo as suas vivências, crenças e valores, revelando a sua dimensão holística (Almeida, 2024).

A comunicação está presente em todas as intervenções do enfermeiro, sendo essencial no estabelecimento de uma relação de confiança e empatia, aspeto fundamental na humanização dos cuidados. É através desta partilha de informações que é possível identificar as necessidades do doente e da sua família, fornecer informações precisas e promover o seu bem-estar (Almeida, 2024).

O uso terapêutico da comunicação é imprescindível à avaliação das perceções do doente e da sua família, que influenciam os seus comportamentos. A mudança comportamental pode ser facilitada ao proporcionar um espaço e um momento que permitam a exposição de dúvidas, medos e expectativas; a partilha de preocupações acerca da doença e as possibilidades de tratamento (Direção-Geral da Saúde, 2019).

A melhoria da comunicação terapêutica irá contribuir para melhorar a adesão ao tratamento, uma vez que o processo comunicacional verbal e não verbal orienta e influencia as decisões das pessoas. Desta forma, o enfermeiro deve ter uma linguagem acessível, assertiva e clara; disponibilizar informação simples, confiável e fidedigna; ter controlo sobre a mensagem que está a transmitir; promover momentos de silêncio que permitam que a pessoa assimile a informação e expresse as emoções e o sofrimento sentidos; estabelecer uma relação terapêutica (Direção-Geral da Saúde, 2019).

Os obstáculos à literacia em saúde devem ser considerados e ultrapassados, sendo estes a falta de interesse ou motivação, culturais, psicológicos, a existência de informações contraditórias provenientes de várias fontes e a falta de empatia entre os interlocutores (Direção-Geral da Saúde, 2019).

É imprescindível escutar ativamente o doente, só dessa forma é possível compreender as representações que a pessoa constrói face à doença e como é que os aspetos culturais, sociais e subjetivos permeiam o processo de saúde/doença (Direção-Geral da Saúde, 2019).

3.2.6. Questões éticas

A bioética é um ramo da ética no âmbito dos cuidados de saúde. A bioética limita a ética aos deveres morais dos profissionais de saúde. Os enfermeiros têm duas formas de intervenção no diálogo da bioética, como profissionais elaboram um código de ética, que reflete e define a prática; como colegas na prestação de cuidados de saúde, manifestam um determinado ponto de vista, contribuindo para o diálogo ético em questões de saúde (Potter & Perry, 2003, p. 56).

Os princípios éticos nos cuidados de saúde são importantes para a regulamentação da prática profissional e na tomada de decisões, tais como a autonomia, a beneficência e a não maleficência (Potter & Perry, 2003, p. 56).

A **autonomia** refere-se à independência da pessoa, o que significa que deve ser respeitado o direito do utente de aceitar ou recusar tratamentos, mesmo que os profissionais de saúde considerem que esse tratamento poderia aliviar o sofrimento. É importante garantir o consentimento informado, pois só desta forma é possível exercer verdadeiramente o direito à autonomia. O consentimento informado requer que exista capacidade cognitiva para compreender a informação fornecida. Por exemplo, se um doente recusa o tratamento com opioides, é importante tentar compreender as causas dessa recusa sem emitir juízos de valor, promovendo o respeito pelos seus valores (Potter & Perry, 2003, p. 57). Em fases de fim de vida, frequentemente, a pessoa doente e/ou a sua família enfrentam um dilema ético relativamente a aceitar ou negar analgesia, que culmine em sedação paliativa.

O **princípio da beneficência** incentiva a atuar de forma positiva na ajuda aos outros, exigindo que o bem-estar do doente seja prioritário em relação aos interesses pessoais. Os profissionais de saúde têm o dever de aliviar o sofrimento e a dor crónica tem um impacto significativo em várias vertentes da vida da pessoa. Surge, assim, um conflito ético, colocando-se a questão: “Até que ponto insistir sem ultrapassar os limites do respeito pela autonomia?” (Potter & Perry, 2003, p. 57).

A **não maleficência** está intimamente relacionada com a beneficência, traduzindo o compromisso de fazer o bem ao ponderar os riscos e os potenciais benefícios que podem advir de uma intervenção (Potter & Perry, 2003, p. 57).

O **duplo efeito** é outra forma de explicar a não maleficência. Este princípio distingue as consequências ou efeitos de uma ação da sua intencionalidade. Desta forma, considera-se que uma ação tem dois efeitos possíveis, um considerado bom e outro mau. O efeito negativo é moralmente aceite se não tiver sido provocado intencionalmente, devendo cumprir quatro condições: a natureza da ação deve ser boa; o profissional de saúde tem conhecimento da potencialidade do efeito danoso, mas não o procura; o resultado negativo não pode ser um meio para alcançar o positivo; os efeitos negativos só são admissíveis quando são proporcionais com os efeitos positivos. Por exemplo, a sedação paliativa de um doente com taquipneia irreversível que impossibilita o estado de conforto reúne as condições do duplo efeito (Gómez Sancho, et al., 1999, p.1171).

Encontrar uma solução que considere estes princípios em simultâneo não é simples. O enfermeiro deve respeitar a recusa do doente ao tratamento com opioides, promovendo o direito à autonomia. Contudo, existe o risco de controlo inadequado da dor, o que entra em conflito com o princípio da beneficência.

O direito à **autodeterminação** com recusa do tratamento com opioides não significa recusa de tratamento. Existe a obrigação ética de procurar alternativas terapêuticas adequadas. O princípio da **fidelidade** suscita a obrigação de cuidar sempre, não abandonando o doente perante a sua decisão, mas mantendo o acompanhamento, o apoio e a procura de estratégias que promovam o alívio do sofrimento e a qualidade de vida (Potter & Perry, 2003, p. 57).

4. Metodologia

A metodologia vai descrever o percurso metodológico utilizado na realização do trabalho, explicitando o tipo de estudo, os objetivos definidos, a questão de pesquisa e as estratégias para a recolha, seleção e análise dos estudos. Assim, este ponto vai assegurar a transparência, a coerência e o rigor científico do estudo, permitindo a compreensão da evolução e realização do trabalho.

4.1. Tipo de estudo e objetivos

O presente trabalho é realizado sob a forma de revisão narrativa, a qual se caracteriza como uma revisão abrangente da literatura baseada em informação previamente publicada, permitindo sintetizar múltiplas perspetivas provenientes de cada artigo selecionado (Green, et al., 2006; Sukhera, 2022).

A revisão narrativa é particularmente útil na abordagem de tópicos pouco explorados, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas ou formas de interpretação em áreas amplamente estudadas (Sukhera, 2022). Além disso, pode ser útil em termos educacionais, uma vez que reúne uma vasta quantidade de informações em um formato legível, proporcionando uma visão ampla sobre um determinado tema e descrevendo o desenvolvimento de um problema ou a sua gestão (Green, et al., 2006).

A revisão narrativa é um processo composto por várias etapas, respeitando elementos fundamentais que asseguram o rigor e permitem ao leitor avaliar criticamente a sua qualidade (Green, et al., 2006).

No âmbito da revisão narrativa, é fundamental a formulação de uma questão de pesquisa, a qual deve ser clara e direcionada a um público-alvo específico. Assim, formulou-se a seguinte questão:

De que forma os mitos associados ao uso de opioides, nomeadamente morfina e fentanil, influenciam a gestão da dor crónica em cuidados paliativos e quais são as competências do enfermeiro para os desconstruir e as intervenções a implementar quando os mitos persistem?

Posto isto, definiu-se como objetivo geral: mapear evidência recente de estudos acerca dos mitos no uso de opioides em cuidados paliativos.

Como objetivos específicos inerentes à revisão narrativa destacam-se:

- Identificar os mitos mais frequentes no uso opioides, nomeadamente morfina e fentanil;
- Compreender o impacto dos mitos e perceções dos doentes, familiares/cuidadores e profissionais de saúde na qualidade de vida.

4.2. Estratégia de pesquisa dos estudos

A estratégia de pesquisa constitui uma etapa fundamental na revisão da literatura, uma vez que orienta a identificação, seleção e organização dos estudos relevantes para a análise do tema.

Neste sentido, foram definidos critérios claros e sistemáticos, incluindo a seleção de termos de pesquisa, a construção de equações de busca e a delimitação de critérios de inclusão e exclusão, com o objetivo de garantir a obtenção de evidência científica pertinente, atual e de qualidade.

4.2.1. Termos de pesquisa e equação de busca

A viabilidade de uma revisão da literatura depende da definição adequada dos termos de busca, uma vez que não é razoável rever todos os artigos que tenham a ínfima relação com o tema. Quando os termos de pesquisa são utilizados de forma incorreta, demasiado abrangentes ou pouco específicos, a quantidade de resultados pode tornar-se excessiva, o que compromete o processo de seleção e análise de artigos. Desta forma, é fundamental estabelecer palavras-chave e equações de busca bem definidas para permitir uma pesquisa relevante e fiável (Green, et al., 2006).

As palavras-chave utilizadas foram definidas através do site Descritores em Ciências da Saúde em português e em inglês:

- “Mitos” / “Myths”
- “Opioide” / “Opioid”
- “Dor Crónica” / “Chronic Pain”
- “Cuidados Paliativos” / “Palliative Care”
- “Enfermeiro” / “Nurse”

A pesquisa de artigos foi realizada entre março e abril de 2026 nas bases de dados Pubmed, Scopus e Web of Science.

Ao formular equações de busca é importante utilizar sinónimos das palavras-chave definidas para permitir uma pesquisa com mais resultados, relevância e fiabilidade.

De forma a otimizar a pesquisa e obter resultados mais específicos e relevantes, as palavras-chave foram combinadas com recurso a operadores booleanos (AND, OR e NOT). O operador AND foi utilizado para restringir a pesquisa, assegurando que os termos selecionados aparecem em simultâneo. O operador OR permitiu ampliar a pesquisa, incluindo sinónimos ou termos relacionados. E o operador NOT foi utilizado para excluir termos não pertinentes ao tema, como termos relacionados com a população pediátrica.

Assim, foram formuladas equações de busca como estratégia para a identificação de evidência relevante. Essas equações, elaboradas para cada uma das bases de dados utilizadas, encontram-se descritas no Apêndice A.

4.2.2. Critérios de inclusão e de exclusão

Os critérios de inclusão e de exclusão são fundamentais na seleção de literatura pertinente para o desenvolvimento do trabalho. Os critérios de inclusão devem especificar as características que justificam a seleção de determinados artigos. Por sua vez, os critérios de exclusão devem identificar os parâmetros utilizados para eliminar estudos que não estejam em conformidade com os objetivos da revisão narrativa (Green, et al., 2006; Sukhera, 2022).

Os critérios de **inclusão** definidos são os seguintes:

- Estudos publicados no idioma português de Portugal e inglês;
- Estudos publicados no horizonte temporal de 5 anos, compreendido entre 2020 e 2025;
- Estudos disponíveis na base de dados Pubmed, Scopus e Web of Science.

Os critérios de **exclusão** definidos são os seguintes:

- Artigos cujo foco incida sobre a população pediátrica;
- Artigos publicados em português do Brasil;
- Artigos sem rigor científico;
- Artigos de acesso pago ou com texto completo indisponível.

5. Resultados

Este trabalho foi conduzido com base numa revisão narrativa da literatura, seguindo princípios estruturados de identificação, seleção e análise de estudos relevantes, garantindo o rigor científico e transparência na seleção dos artigos incluídos. Para tal, foram adotadas estratégias bem definidas de pesquisa, triagem e extração de dados, permitindo uma análise consistente e fundamentada da evidência mais recente.

O processo metodológico incluiu a aplicação de critérios de inclusão e exclusão previamente definidos, bem como a organização e análise da informação obtida dos artigos. A seleção dos mesmos foi realizada de forma faseada, assegurando a sua relevância e qualidade.

5.1. Apresentação dos estudos incluídos

Neste ponto apresentam-se os estudos incluídos na revisão narrativa da literatura, bem como o processo metodológico adotado para a sua seleção, organização e análise. São descritas as diferentes etapas de triagem dos artigos, os procedimentos utilizados na extração e sistematização dos dados e a forma como a evidência científica foi organizada para posterior análise dos resultados.

Desta forma, o processo de seleção dos artigos foi representado através de um fluxograma PRISMA adaptado (Figura 2), que descreve de forma detalhada o número de estudos identificados, selecionados, excluídos e incluídos na revisão final. Este fluxograma permite visualizar de forma clara todas as etapas da pesquisa e justificar a exclusão de determinados artigos (Page, et al., 2022).

A estratégia de análise foi estruturada em três etapas principais:

- 1ª etapa: Análise dos títulos dos artigos identificados, com o objetivo de excluir estudos manifestamente irrelevantes;
- 2ª etapa: Análise dos resumos, permitindo uma avaliação mais aprofundada da pertinência dos estudos face aos objetivos da investigação;
- 3ª etapa: Leitura e análise do texto integral dos artigos selecionados, assegurando que cumprem todos os critérios de inclusão definidos.

A partir das orientações do Manual JBI para Síntese de Evidências (Aromataris et al., 2024) e da declaração PRISMA 2020 (Page, et al., 2022), os estudos incluídos foram posteriormente submetidos a um processo de extração e organização analisados de forma sistemática. Esta etapa permitiu reunir e sintetizar a informação considerada relevante para responder à questão de investigação e cumprir os objetivos definidos para a revisão. A seleção dos artigos foi realizada manualmente, para facilitar a organização do processo de seleção, os artigos foram distribuídos em diferentes pastas, de acordo com a etapa em que se encontravam (artigos identificados, excluídos e selecionados).

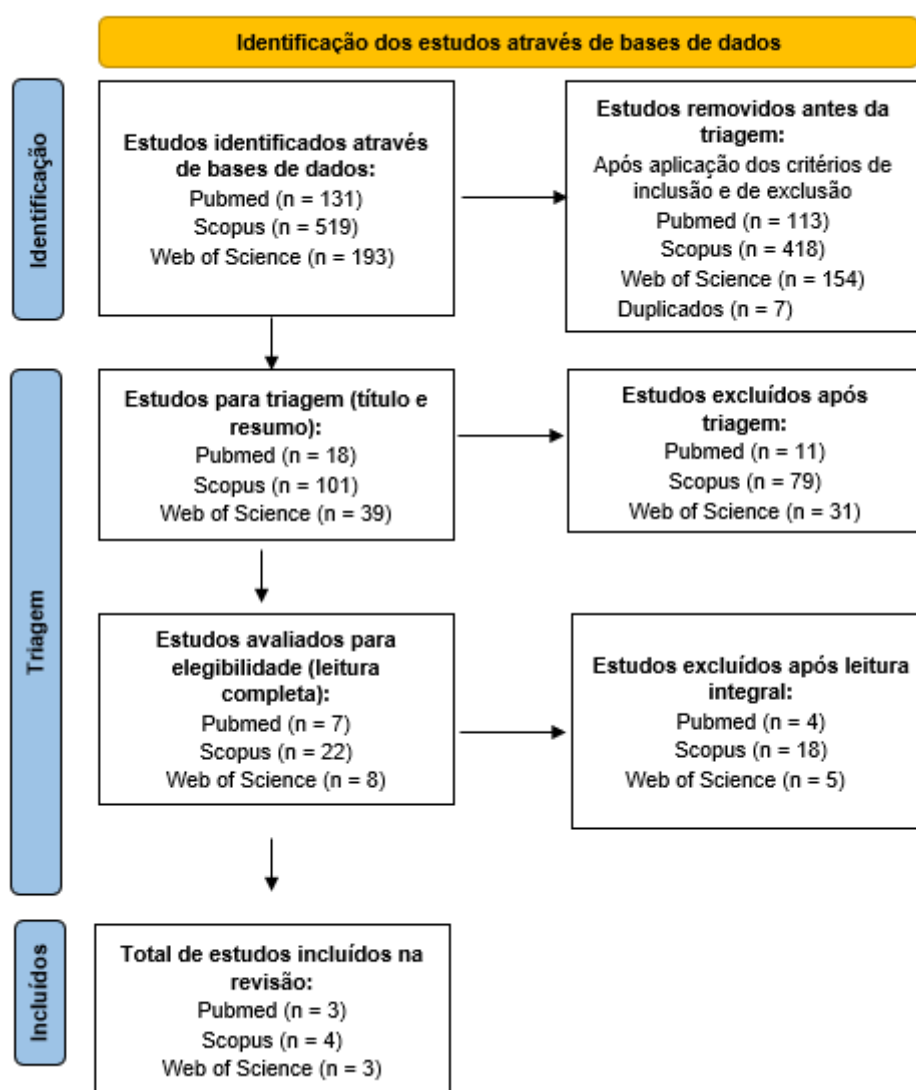


Figura 2 - Fluxograma PRISMA (adaptado)

A partir da análise do fluxograma, verifica-se que os estudos identificados através da pesquisa na base de dados Pubmed totalizaram 131 artigos, número que reduziu para 18 após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, nomeadamente o idioma, o horizonte temporal definido e o acesso ao texto completo. Após leitura dos resumos, foram excluídos 11, permanecendo 7 para análise do texto integral. Após a leitura integral, foram selecionados 3 artigos para inclusão na revisão.

A exclusão dos artigos após a leitura integral deveu-se ao incumprimento dos critérios previamente estabelecidos. Um dos artigos foi excluído por abordar a utilização de buprenorfina, um por não se encontrar no horizonte temporal definido, enquanto os restantes foram excluídos devido à escassez de mitos descritos.

Na base de dados Scopus, foram inicialmente identificados 519 artigos, número que diminuiu para 101 após a aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão e

remoção dos artigos duplicados. Após leitura do resumo, 22 artigos foram selecionados para leitura integral. Destes, 4 artigos foram incluídos na revisão final.

Relativamente aos 18 artigos excluídos após leitura integral, um não cumpria o critério relativo ao intervalo temporal definido, outro abordava a sedação paliativa e os restantes não apresentavam informação pertinente acerca dos mitos em análise.

Na base de dados Web of Science, foram inicialmente identificados 193 artigos. Após aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão e remoção dos artigos duplicados, permaneceram 39 artigos. Posteriormente, após a leitura dos resumos, foram selecionados 8 artigos para leitura integral. Após a análise completa dos artigos, 3 foram incluídos na revisão final. Os artigos excluídos não apresentavam utilidade perante os objetivos estabelecidos para o trabalho.

Os artigos selecionados perfazem um total de 10 artigos, submetidos a posterior extração de dados, realizada de forma manual e de acordo com as orientações do Manual JBI para Síntese de Evidências e da declaração PRISMA 2020, para análise da evidência atual.

Para cada estudo selecionado foram analisados aspetos como ano de publicação, autor(es), título do artigo, jornal/revista, objetivos, tipo de estudo, contexto do estudo, participantes, e principais resultados e conclusões.

Os dados recolhidos foram posteriormente organizados numa tabela de síntese e caracterização dos estudos incluídos (Apêndice B), permitindo uma visualização estruturada e comparativa da evidência científica analisada. Esta sistematização possibilitou identificar semelhanças, diferenças e padrões entre os estudos, contribuindo para uma análise integrada dos resultados obtidos (Aromataris et al., 2024).

No que respeita ao horizonte temporal, verificou-se uma distribuição relativamente equilibrada das publicações ao longo do período analisado: um estudo foi publicado em 2020, dois em 2022, dois em 2023, dois em 2024 e três em 2025.

Relativamente ao país de origem, observa-se uma heterogeneidade significativa, incluindo estudos elaborados em países desenvolvidos e outros em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. Esta característica é importante na análise dos resultados de cada estudo, uma vez que o contexto socioeconómico, os sistemas de saúde e as condições estruturais de cada país influenciam significativamente os fenómenos estudados.

Dos estudos realizados em países desenvolvidos, um foi elaborado nos EUA, um na Arábia Saudita, um na Malásia e outro na Polónia. Ainda foi elaborado um estudo que sintetiza literatura de países de língua inglesa e índice de desenvolvimento humano muito elevado dos quais fazem parte os EUA, o Reino Unido, a Austrália, a Nova Zelândia, o Canadá, a Irlanda, Hong Kong e Singapura: na prática, 89% dos 46 estudos incluídos são provenientes dos EUA, 7% do Reino Unido, 2% da Austrália e 2% da Nova Zelândia. Adicionalmente, um outro artigo,

sem país de origem definido, foi elaborado por autores do Reino Unido, EUA, Nigéria e Ucrânia.

Os estudos elaborados em países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos distribuem-se da seguinte forma: um estudo realizado na Etiópia, um na Síria, outro na Índia, abrangendo dois estados do sul do país, e um que engloba 17 países da América Latina (Argentina, Bolívia, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai e Venezuela).

Quanto à tipologia metodológica, observou-se uma diversidade de abordagens. Quatro estudos adotaram metodologia qualitativa, dois assumiram um desenho transversal e um correspondeu a um estudo de coorte prospectivo. Foram ainda incluídas duas revisões da literatura, uma revisão sistemática com metodologia mista (qualitativa e quantitativa) e uma revisão narrativa, bem como um estudo de caso de natureza mista. Esta diversidade metodológica, embora enriqueça a amplitude da análise, implica cautela na comparação direta entre os resultados dos estudos.

No que diz respeito ao contexto, isto é, ao ambiente onde cada estudo decorreu, verificam-se algumas especificidades. Um dos estudos foi realizado em regime ambulatorio. Outro decorreu num hospital e em locais públicos, com entrevistas presenciais. Um outro teve lugar num hospital militar. Cinco estudos decorreram em serviços de cuidados paliativos. Outro decorreu em contexto de consulta externa de oncologia. Por último, um dos estudos desenvolveu-se no âmbito dos cuidados paliativos, estruturado em três níveis, englobando autoridades sanitárias, instituições de ensino, hospitais especializados, hospitais gerais, hospitais especializados, centro de saúde e comunidade.

Por fim, em relação aos participantes, ou seja, ao número e ao tipo de amostra incluída nos estudos, verificam-se algumas semelhanças. Um dos estudos incluiu 25 idosos residentes na comunidade (não institucionalizados), com mais de 59 anos, com dor crónica e utilização atual ou recente de opioides (nos últimos dois anos), acompanhados em cuidados de saúde primários em regime ambulatorio. Um dos estudos incluídos não contempla participantes, por se tratar de uma revisão narrativa. Noutro estudo, o número de participantes não é contabilizado devido à metodologia adotada; contudo, a grande maioria dos estudos analisados incluem doentes com doença crónica incurável - predominantemente cancro, mas também insuficiência cardíaca, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, demência, doença hepática, metástases cerebrais -, bem como alguns profissionais de saúde e cuidadores.

Os participantes de um outro estudo são exclusivamente enfermeiros, um total de 161, distribuídos pelos seguintes serviços: cirurgia (17%), medicina interna (19%), urgência (15%), cardiologia (15%), cuidados intensivos (14%), hemodiálise (9%) e outros (10%).

Outro estudo inclui 602 participantes, exclusivamente profissionais de saúde e estudantes de saúde, dos quais 438 são estudantes de medicina de todos os anos curriculares, 113 são médicos de várias especialidades e 50 são enfermeiros ou estudantes de enfermagem.

Um outro estudo conta com 31 participantes, dos quais 18 são doentes adultos com cancro avançado, sem utilização prévia de opioides e sem acompanhamento em cuidados paliativos, e os restantes 13 são cuidadores familiares.

Noutro estudo participaram 20 indivíduos, dos quais 10 médicos, 4 enfermeiros, 2 farmacêuticos, 2 gestores de serviço e 2 pessoas com experiência em cuidados informais.

Um outro estudo contou com 38 participantes selecionados para a componente qualitativa e 173 enfermeiros para a componente quantitativa.

Por fim, um estudo inclui 426 profissionais com uma média de 10 anos de experiência em cuidados paliativos, dos quais 210 são médicos especializados em cuidados paliativos, 100 são médicos de outras especialidades, 42 são médicos de medicina geral e familiar, 55 são enfermeiros e 18 são farmacêuticos.

Os resultados devem ser interpretados com cautela, considerando a diversidade de contextos clínicos e culturais, uma vez que as perceções e práticas no uso de opioides são fortemente influenciadas pelo sistema de saúde, pela formação dos profissionais e pelo enquadramento regulamentar de cada país. Ainda devem ser consideradas as amostras e as abordagens metodológicas dos estudos analisados.

5.2. Apresentação de resultados

A análise de cada artigo permitiu identificar resultados que podem ser agrupados por temáticas. Cada temática será apresentada e discutida individualmente, destacando-se os mitos dos profissionais de saúde relativamente ao uso de opioides (receio de dependência, abuso, depressão respiratória, ineficácia da morfina por via oral); mitos dos doentes e familiares ao uso de opioides (efeitos secundários do uso de opioides, estigma da dependência, aproximação do fim de vida, sedação excessiva); comunicação terapêutica e cuidados centrados na pessoa; avaliação e tratamento da dor com opioides; barreiras à disponibilidade e ao acesso a opioides; formação dos profissionais de saúde; dilemas éticos na gestão da dor com opioides.

Mitos dos profissionais de saúde relativamente ao uso de opioides

A maioria dos estudos identificou uma grande prevalência de crenças limitantes relativas ao uso de opioides no alívio da dor, o que condiciona a sua utilização precoce no controlo adequado da dor.

Aregay, A., et al. (2023) identificaram ideias erróneas entre os profissionais de saúde, nomeadamente na associação de opioides à adição, ao agravamento da doença e à proximidade da morte. Uma enfermeira durante a entrevista afirmou que

“os médicos geralmente prescrevem analgésicos leves primeiro e depois passam para outros medicamentos para casos graves ..., mas a morfina é um medicamento raramente prescrito” (Aregay, A., et al., 2023, p. 252). Nos estudos realizados, Wysocka, M., et al. (2024), verificaram que 19,8% de 216 médicos acreditam que o tratamento da dor com opioides pode acelerar o desenvolvimento do cancro e 30,9% concordaram que os opioides podem acelerar o processo de morte 26,7% que os opioides contribuem rapidamente para a dependência e 53,3% expressaram receio de que os doentes utilizassem opioides para fins que não fosse para controlo da dor crónica.

Ainda em relação ao receio de dependência no uso de opioides, Wysocka, M., et al. (2024), refere que os médicos no contexto dos cuidados paliativos costumam dar mais importância ao risco de sedação excessiva, desequilíbrio e comprometimento respiratório, do que ao receio de que os doentes desenvolvam algum tipo de dependência.

Swed, S., et al. (2024) verificaram que nas respostas ao questionário, realizado para avaliar os conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde, a questão com maior percentagem de respostas erradas foi relativamente ao desenvolvimento de adição decorrente do uso prolongado de opioides, sendo que dos 602 participantes, apenas 32 responderam corretamente. Adicionalmente, apenas 218 participantes concordaram que o uso de opioides não acelera nem retarda o processo de morte.

Em relação ao mito de depressão respiratória verificou-se que quase a totalidade dos participantes acreditavam existir uma forte correlação com o uso regular de opioides, o que também é observado no receio em administrar morfina em doentes com dispneia (Swed, et al., 2024).

Os estudos demonstram diferenças nos conhecimentos e percepções dos enfermeiros, conforme o seu país de origem. O escasso conhecimento acerca de adição a opioides, tolerância e efeitos adversos dos opioides contribui para prescrições e administração inapropriados, contribuindo para o controlo ineficaz da dor (Alanizi, et al., 2025).

Uma enfermeira com cancro da mama e dores insuportáveis, que frequentemente administrava morfina aos seus doentes, manifestava fobia a morfina, afirmando: *“Não, não posso. Acho que dá para controlar com tramadol e paracetamol”* (Clark, et al., 2023, p. 10).

No que concerne à via de administração de opioides, apenas 64 de um total de 161 enfermeiros concordaram que a via oral é a recomendada para doentes com dor relacionada com cancro (Alanizi, et al., 2025).

Os enfermeiros demonstraram conhecimento elevado na conceptualização de adição; contudo, um número significativo de indivíduos não soube identificar sinais de abstinência após interrupção abrupta do tratamento com opioides (Alanizi, et al., 2025).

Aregay, A., et al. (2023), refere ainda outro mito encontrado relativo aos profissionais de saúde, as opiniões descritas sobre os efeitos secundários da morfina divergiam em relação aos outros opioides, como o caso da petidina. Um farmacêutico afirmou que *“... quando os pacientes têm dor intensa, os médicos da nossa unidade [um hospital geral] prescrevem petidina porque a morfina é considerada insegura devido aos seus efeitos colaterais”* (Aregay, A., et al., 2023, p. 252). Em contrapartida, um médico diretor da mesma instituição refere que *“... não prescrevemos petidina para o controlo da dor. A petidina não é recomendada, pois causa dependência... a morfina é o único medicamento seguro”* (Aregay, A., et al., 2023, p. 252). Na realidade, a petidina não é utilizada no tratamento da dor crónica por ter semivida curta e metabólitos tóxicos (Aregay, A., et al., 2023).

A grande maioria dos estudos analisados veio comprovar que mitos e receios associados a estes fármacos, podem ser influenciados por fatores culturais, religiosos, educacionais e sociais. Clarke, et al. (2022, p. 16) menciona no seu artigo que um dos seus estudos analisados refere que alguns médicos parecem ter visões estereotipadas sobre doentes afro-americanos, como se constata na seguinte citação de um médico: *“Os afro-americanos parecem ser mais fortes na capacidade de lidar com as situações do que os caucasianos, talvez por causa da experiência de vida... [Os doentes afroamericanos] conseguem lidar com as situações por causa da luta... parece mais difícil para os caucasianos lidarem com as situações”*.

Mitos dos doentes e familiares relativamente ao uso de opioides

Um estudo realizado com idosos nos Estados Unidos, revelou que a grande maioria dos participantes expressou aceitação geral da dor crónica. No entanto, as estratégias de gestão variaram, enquanto alguns descreveram evitar atividades de lazer e laborais que exacerbam a dor, outros descreveram realizá-las independentemente do desconforto sentido. Os opioides foram destacados como uma estratégia potencial no alívio da dor e melhoria da qualidade de vida (Warner, et al., 2025).

Alguns participantes consideraram os opioides eficazes no tratamento da dor crónica. Contudo, expressaram preocupações de que os médicos mais jovens ou aqueles com quem ainda não tinham estabelecido uma relação terapêutica com base na confiança mútua, fossem menos propensos a considerar os opioides como uma intervenção adequada no tratamento multimodal da dor (Warner, et al., 2025).

Num estudo realizado na Polónia observou-se que os profissionais de saúde apresentavam uma atitude globalmente menos favorável ao tratamento com opioides do que os doentes, que valorizavam sobretudo o alívio da dor e a melhoria da qualidade de vida. Apesar desta afirmação em termos comparativos entre profissionais de saúde e doentes, 11,5% de um total de 104 doentes concordaram com a afirmação de que o tratamento com opioides pode acelerar o crescimento do cancro. No total, 64,3% dos doentes concordaram com a afirmação de que os doentes têm medo de utilizar opioides, 32,7% classificaram os opioides como

perigosos e 25% consideraram que só devem ser utilizados em fases terminais da doença. Ainda assim, 69,1% dos indivíduos que receberam cuidados paliativos afirmaram que os opioides melhoraram a sua qualidade de vida, permitindo uma vida normal e ativa apesar da doença (Wysocka, et al., 2024).

Num estudo realizado na Índia, os doentes e os seus familiares relataram atitudes negativas e percepções sobre o tratamento com opioides, acreditando que seriam um indício da proximidade da morte (Clark, et al., 2023).

Voon Ho, J., et al (2020), chegaram à conclusão de que muitos dos seus participantes acreditavam que a morfina simbolizava o estadio final da doença. Um doente refere que *“A morfina, na minha opinião, é... sempre sinónimo de morte. É usada em doentes em fim de vida que não têm mais tratamento, apenas para aliviar a dor... e eles recebem morfina somente nos últimos dias de vida.... É como se a vida estivesse a acabar e o tratamento não fizesse mais efeito.”* (Voon Ho, J., et al, 2020, p. 622). Porém, o mesmo acaba por aceitar o tratamento apesar dessa percepção, *“Então, não há outra escolha a não ser tomar morfina para controlar a dor”* (Voon Ho, J., et al, 2020, p. 622).

A ponderação entre os benefícios e os riscos dos opioides revela uma variação substancial nas respostas dos participantes, destacando as diversidades nas preferências pessoais e experiências que podem influenciar a tomada de decisão. Algumas pessoas referiram evitar os opioides com a intenção de preservar as funções cognitivas *“Porque, pelo menos, tenho a cabeça limpa. Tenho dor de cabeça, dor no pescoço e nas costas, e os meus ouvidos estão a zumbir tanto. Tenho os aparelhos auditivos no volume máximo só para conseguir ouvir-te. Mas, pelo menos, consigo pensar com clareza”* (Warner, et al., 2025, p. 1943). Em contrapartida, algumas pessoas afirmaram que o alívio da dor é mais importante, de tal forma que os potenciais efeitos cognitivos ficam em “segundo plano”: *“Bem qual é a qualidade de vida se não se consegue fazer nada por se estar com dores tão intensas?”* (Warner, et al., 2025, p. 1943).

A forma de reagir perante a dor e os receios relacionados com o vício é cultural. Em estudos observou-se que 90% dos participantes afroamericanos concordaram com a afirmação de que deveriam ser fortes e não depender de analgésicos. Uma mulher afroamericana com cancro afirmou *“Todos esses comprimidos, se você olhar para isso, entrar nesse sistema e ver todas as coisas que eu tomei, você diria que é um milagre que essa mulher não seja viciada”* (Clarke, et al., 2022, p. 15).

Idahor, et al. (2025), também refere que as diferenças culturais influenciam ainda mais as expectativas familiares, alguns familiares consideram a administração de opioides como sinónimo de desistência, enquanto outros interpretam a ausência de alívio agressivo da dor como negligência.

Muitos participantes, doentes e familiares, revelaram receio de dependência, afirmando que esse receio conduziu a baixa adesão à terapêutica instituída ou mesmo à recusa em tomar opioides (Clark, et al., 2023).

Comunicação terapêutica e cuidados centrados na pessoa

Num estudo realizado com idosos, estes afirmaram que as experiências vividas com a dor crónica são diversas e, por isso, os cuidados também o devem ser, valorizando os seus valores, prioridades e objetivos. Quase todos os participantes expressaram um objetivo abrangente de maximizar a função física, social e cognitiva para melhorar a qualidade de vida. Embora possa existir utilidade em terapêuticas não opioides, deve-se reconhecer que muitos dos idosos já experimentaram esses tratamentos. Assim, reintroduzir tratamentos como forma de minimizar o uso de opioides não garante melhoria de resultados, podendo aumentar o sofrimento desnecessário (Warner, et al., 2025).

A maioria dos participantes expressou preocupação com o ser rotulado de “viciado” pelos médicos, pois sentem que não são verdadeiramente escutados e compreendidos quando afirmam que os opioides são benéficos no tratamento da sua dor. Uma das participantes referiu o seguinte *“Preocupa-me que estejam a colocar toda a gente nesta única categoria de que, se se toma um chamado opioide, é-se viciado, e isso preocupa-me porque não sinto que seja viciada, não se consigo passar semanas sem tomar, não se consigo tomar um por semana; não chamo a isso vício”* (Warner, et al., 2025, p. 1944) e uma outra referiu *“Tenho uma médica nova. Por isso, vou ficar nervosa ao perguntar-lhe. Não sei qual é a opinião dela sobre os opioides. E vou explicar-lhe como os uso e, com sorte, ela vai compreender. Mas vou ficar nervosa, isso com certeza”* (Warner, et al., 2025, p. 1943).

Clarke, G., et al. (2022), identifica que algumas dificuldades de comunicação estavam relacionadas com barreiras linguísticas, como relatado em doentes com cancro sino-americanos e hispanofalantes nos EUA. Uma doente latina dos EUA relata que *“...a minha filha é quem fala inglês, é ela que fala com o médico. Mas às vezes sinto que ela não me conta tudo”* (Clarke, G., et al., 2022, p. 15).

Assim é importante a comunicação clara e culturalmente competente, particularmente em doentes de grupos minoritários, contribuindo para a confiança do doente em contextos de comunicação terapêutica e tomada de decisões (Clarke, et al., 2022).

Avaliação e tratamento da dor com opioides

Os enfermeiros desempenham uma função central na avaliação e controlo da dor pelo tempo de contacto e proximidade com os doentes, mas para isso necessitam de ter conhecimentos. Estudos demonstram que a gestão inadequada da dor está associada a depressão, ansiedade e perturbações do sono. Além disso, a dor por longos períodos contribui para disfunção cognitiva, diminuição da concentração, confusão mental e delírio (Alanizi, et al., 2025).

Num estudo do qual participaram 161 enfermeiros, 146 dos participantes afirmaram que o principal avaliador da dor deve ser a pessoa que a sente e 123

concordaram que a razão mais provável para o doente solicitar aumento da dose do opioide prescrito deve-se ao aumento da dor. Contudo, apenas 60 indivíduos classificaram como falso a afirmação de que “Os doentes devem ser encorajados a aguentar o máximo de dor possível antes de utilizarem opioides”. Outros 40 participantes foram os únicos a não defender a má conduta na prática clínica de administrar água bidestilada endovenosa para determinar se a dor que o doente diz ter é real (Alanizi, et al., 2025, p. 6).

Idahor, et al. (2025), identifica que apesar de se terem criado ferramentas observacionais para diminuir a lacuna da avaliação incorreta da dor, como a escala de PAINAD (*Pain Assessment in Advanced Dementia*), que se baseiam em indicadores como expressão facial, vocalização e movimentos corporais, chegou-se ao resultado de que estas ferramentas são subutilizadas em muitos contextos de cuidado, acabando por deixar a dor em doentes não comunicativos mal controlada.

Barreiras à disponibilidade e ao acesso a opioides

As barreiras à disponibilidade e ao acesso a opioides diferem consoante o nível de desenvolvimento económico. Num estudo realizado na Etiópia, foram identificadas barreiras relacionadas com restrições legislativas que limitam a prescrição de opioides a um número reduzido de médicos; limitações económicas que dificultam a importação de morfina; desigualdades geográficas no acesso a estes fármacos entre hospitais e zonas rurais; e um abastecimento irregular, decorrente da incapacidade de resposta ao nível da importação e distribuição (Aregay, et al., 2023).

No que respeita ao acesso, um diretor de um centro de saúde referiu que a morfina é um dos fármacos que se encontra disponível exclusivamente em contexto hospitalar (Aregay, et al., 2023).

Quanto à regularidade de abastecimento, os participantes do estudo relataram que os opioides não estão disponíveis de forma consistente. Por exemplo, “...*por uma questão de política, temos de solicitar medicamentos trimestralmente..., mas compramos medicamentos diariamente, porque quando solicitamos um suprimento trimestral (...), eles dão-nos apenas o suficiente para quatro dias ou quatro semanas*”. Esta situação reflete como a escassez de opioides, nomeadamente de morfina, resulta das dificuldades económicas associadas à sua importação (Aregay, et al., 2023, p. 253).

Na América Latina estima-se que mais de 3,5 milhões de pessoas necessitam de cuidados paliativos e de alívio da dor, sendo que apenas cerca de 7,6% recebem cuidados adequados às suas necessidades. Os dados disponíveis evidenciam uma discrepância acentuada no consumo de opioides entre países como os EUA e o Canadá e os restantes países do continente. Em conjunto, estes países são responsáveis por cerca de 82% de todo o consumo continental de opioides (Vahos, et al., 2023).

As dificuldades no acesso a estes fármacos são explicadas pela existência de políticas restritivas e legislação limitante, mas também pelo receio exagerado de adição e pelo conhecimento insuficiente por parte dos profissionais de saúde. Todas as dezassete regiões da América Latina analisadas no estudo identificaram a ausência de campanhas de conscientização e educação da população para uso racional de opioides como uma barreira extremamente relevante. Adicionalmente, mais de metade dos participantes identificou como uma barreira relevante o facto de as políticas públicas privilegiarem a prevenção do tráfico ilícito em detrimento da garantia de acessibilidade a opioides para fins terapêuticos (Vahos, et al., 2023).

Já em países desenvolvidos as leis nacionais e regionais que influenciam a disponibilidade e a aceitabilidade de estratégias de controlo da dor, são projetadas para limitar o desvio e o uso indevido, levando a consequências não intencionais para os cuidados paliativos. Neste caso, os médicos sentem-se limitados pelas exigências de documentação detalhada, pelas restrições ao aumento da dose e pelo receio de fiscalização regulatória. Como exemplo, temos o caso dos EUA, em que a Lei de Substâncias Controladas e as subseqüentes diretrizes para a prescrição de opioides foram desenvolvidas em resposta ao aumento do uso indevido de opioides, mas contribuíram para a relutância dos médicos em fornecer analgesia adequada para doentes em fim de vida (Idahor, et al., 2025).

Formação dos profissionais de saúde

A falta de conhecimento e os mitos associados ao uso de opioides, por parte dos profissionais de saúde, continuam a limitar o controlo eficaz da dor. A melhoria da formação dos profissionais é fundamental na minimização do sofrimento dos doentes e na promoção de cuidados paliativos de qualidade (Aregay, et al., 2023).

Os doentes, por vezes, também questionam os conhecimentos dos profissionais de saúde. Warner, N., et al. (2025, p. 1943), relataram que os doentes manifestam preocupação em relação à incerteza dos médicos no uso de opioides, *“Nem sempre tenho a certeza - confiamos nos médicos, mas, ao mesmo tempo, nas conversas com eles, muitas vezes fica-se com a sensação - tive a sensação de que há um pouco de incerteza no seu próprio conhecimento pessoal sobre estes medicamentos”*.

Após receberem formação acerca de controlo da dor, os médicos mostraram maior confiança na prescrição de opioides: *“... a formação em controlo da dor... esclareceu as preocupações que tínhamos sobre os efeitos colaterais da morfina.”* (Aregay, et al., 2023, p. 253).

Num estudo realizado num hospital da Arábia Saudita, os enfermeiros demonstraram conhecimento de nível baixo a moderado, nomeadamente, em relação às medidas farmacológicas, incluindo a seleção, dose e rotação de opioides (Aregay, et al., 2023).

É importante considerar o aumento da multiculturalidade, pois as diversidades culturais influenciam a forma como o doente interpreta e expressa a dor. Nesse

sentido, é necessário que os profissionais de saúde saibam reconhecer a linguagem não verbal e respeitem os valores individuais (Alanizi, et al., 2025).

Noutro estudo realizado, os profissionais de saúde relataram como principal barreira no acesso aos opioides as lacunas no conhecimento na avaliação da dor e na prescrição de opioides. A falta de profissionais de saúde com formação adequada em cuidados paliativos foi uma barreira assinalada como extrema relevância por 95% dos participantes. Adicionalmente, 94% concordaram que os profissionais de saúde a trabalhar nos cuidados de saúde primários apresentam formação inadequada e insuficiente. Outra barreira identificada como extrema relevância foi a avaliação inadequada da intensidade e características da dor (Vahos, et al., 2023).

É possível concluir que há necessidade urgente de investir na formação de todos profissionais de saúde, independentemente de trabalharem na área de cuidados paliativos ou noutra, pois estes assumem competências importantes na educação para a saúde da população em geral e na promoção da adesão ao tratamento (Vahos, et al., 2023).

Em dois hospitais na Índia, os doentes, que participaram no estudo, relataram que os médicos que não exercem funções em cuidados paliativos partilham a mesma visão que os seus doentes de que os opioides são destinados ao fim de vida ou que causam dependência e/ou depressão respiratória. Na perspetiva dos profissionais de saúde, aqueles que têm algum tipo de formação sobre opioides aceitam melhor o seu uso, ainda assim, revelam maior aceitação ao uso de tramadol do que a morfina (Clark, et al., 2023).

Num estudo realizado na Índia, os profissionais de saúde referiram existir défices de formação relativamente à utilização segura dos opioides, receio de dependência e dos efeitos secundários e insegurança na gestão das doses (Clark, et al., 2023).

Dilemas éticos na gestão da dor com opioides

A gestão da dor em idosos frágeis e em fim de vida envolve muitos desafios éticos complexos, que condicionam a prática clínica. Os profissionais de saúde enfrentam preocupações relacionadas com os potenciais efeitos secundários dos opioides, como sedação excessiva, depressão respiratória e obstipação. Estes receios podem culminar no subtratamento da dor e comprometer a qualidade de vida dos doentes (Idahor, et al., 2025).

O plano terapêutico para controlo da dor deve ser individualizado e sustentado por uma avaliação criteriosa dos benefícios e riscos da terapêutica, existindo sempre um equilíbrio entre a beneficência, a não maleficência e o respeito pela autonomia do doente. Neste contexto, a formação dos profissionais de saúde e a tomada de decisão em equipas multidisciplinares são fundamentais para garantir um equilíbrio entre segurança, dignidade e qualidade de vida (Idahor, et al., 2025).

A persistência de concepções errôneas sobre o uso de opioides representa um obstáculo relevante ao tratamento adequado da dor. Um estudo revelou que uma proporção significativa de enfermeiros acreditava que os doentes idosos não poderiam recorrer a opioides para o alívio da dor (Alanizi, et al., 2025).

Por outro lado, as preocupações com os possíveis efeitos colaterais induzidos por opioides, influenciam frequentemente a decisão médica de não prescrever analgesia eficaz, mesmo perante sofrimento significativo. O princípio da beneficência impõe o dever de aliviar esse sofrimento, o que, no contexto de tratamento da dor, pressupõe administrar analgesia eficaz. Contudo, este princípio deve ser conjugado com o da não maleficência, o que obriga a minimizar os efeitos negativos da intervenção terapêutica. Dado que os idosos frágeis apresentam fisiologicamente menos tolerância aos efeitos adversos dos opioides, cabe ao médico ponderar, de forma individualizada, se o benefício do alívio álgico supera os riscos inerentes à terapêutica (Alanizi, et al., 2025).

5.3. Discussão de resultados

Na discussão de resultados pretendemos comparar os achados dos artigos analisados com a literatura existente, e de que forma os mesmos confirmam, contradizem ou acrescentam informação ao que já se sabia e as implicações desses resultados na prática.

Quando os achados são convergentes com a literatura existente, importa não apenas constatar essa concordância, mas compreender e explicar por que razão ela ocorre. Quando surgem divergências, estas devem ser exploradas, procurando identificar as suas possíveis causas, nomeadamente diferenças metodológicas, características das populações estudadas ou os contextos em que os estudos decorreram. Quando os resultados trazem nova informação, é importante destacar o contributo que representam para o avanço de conhecimento na área.

No âmbito das implicações na prática, analisam-se as consequências para a prática profissional, nomeadamente no que respeita à adoção, adaptação ou revisão de intervenções, bem como para a definição de políticas, protocolos ou orientações institucionais. São igualmente identificadas as lacunas que persistem na literatura e as necessidades de investigação futura.

A análise de resultados permitiu identificar que os mitos associados ao uso de opioides, influenciados por fatores culturais, sociais, educativos e organizacionais, continuam a constituir uma barreira significativa à gestão eficaz da dor crónica em cuidados paliativos. Os dados dos artigos analisados evidenciam que estas crenças não se encontram apenas entre doentes e familiares, mas também entre profissionais de saúde, influenciando a avaliação da dor, a tomada de decisão clínica e a adesão terapêutica, assim como a utilização adequada destes fármacos. Além disso, estes mitos parecem sofrer diferenças conforme o contexto geográfico e o nível de desenvolvimento dos sistemas de saúde.

Os resultados analisados sugerem que os mitos mais frequentemente identificados em relação ao uso de opioides são o receio de desenvolvimento de adição, a depressão respiratória e a associação destes fármacos à proximidade da morte. São igualmente identificados mitos relacionados com a percepção de que os opioides aceleram a progressão da doença e de que a morfina por via oral é ineficaz. Estes achados são consistentes com a literatura previamente existente descrita por Gómez Sancho (1999) sobre esta temática, o que reforça a persistência destas ideias erróneas ao longo do tempo. No que respeita ao fármaco mais referenciado, a morfina surge como o opioide mais frequentemente mencionado nos estudos, embora a maioria aborde os mitos de forma genérica, sem os associar a um opioide específico.

Relativamente aos mitos, não podemos concluir quem apresenta mais ideias erróneas, se os profissionais de saúde ou os doentes e familiares. Esta limitação decorre do facto de a maioria dos estudos ter como população de amostra profissionais de saúde, sendo que os estudos com doentes e/ou familiares apresentam amostras de dimensão reduzida, o que inviabiliza a generalização dos resultados. Ainda assim, nos estudos em que ambas as populações foram incluídas, verificou-se uma maior aceitabilidade por parte dos doentes relativamente ao uso de opioides.

Estes resultados têm implicações práticas relevantes para a prática clínica. A persistência de mitos entre profissionais de saúde evidencia a necessidade de investir na formação e atualização contínua nesta área, de forma a promover uma prescrição e gestão adequadas da dor. Paralelamente, a presença de mitos nos doentes e familiares reforça a importância da educação para a saúde e da comunicação terapêutica, enquanto estratégias fundamentais para melhorar a adesão ao tratamento e a qualidade de vida dos doentes.

Além disso, é igualmente pertinente a realização de estudos futuros que investiguem quais os opioides mais estigmatizados, uma vez que esse conhecimento permitiria direccionar a formação de forma mais específica e eficaz, potenciando o impacto das intervenções educativas.

Alguns dados dos estudos analisados sugerem que, apesar da persistência de mitos em torno do uso de opioides, alguns doentes aderiram ao tratamento. Após ponderarem os benefícios e os riscos, que acreditavam existir, optaram por utilizar os opioides como uma estratégia eficaz no alívio da dor e na melhoria da qualidade de vida. Esta ponderação revela a influência que as preferências pessoais e experiências individuais exercem no processo de tomada de decisão.

Contudo, outros achados indicam que os receios associados ao uso de opioides, nomeadamente o risco de adição, conduziram alguns doentes à baixa adesão ao tratamento ou mesmo à sua recusa. No que respeita aos familiares, as percepções divergiram igualmente: enquanto alguns interpretaram a administração de opioides como um sinal de desistência, outros consideraram a ausência de alívio da dor como uma forma de negligência.

A persistência de concepções erróneas traduz-se, consequentemente, no subtratamento da dor e compromisso da qualidade de vida dos doentes. Os estudos reforçam a importância de um plano de cuidados individualizado, estruturado com base num equilíbrio entre a beneficência, a não maleficência e o respeito pela autonomia do doente, princípios que Potter & Perry (2003) identifica como fundamentais na regulamentação da prática profissional e na tomada de decisão clínica.

Neste contexto, a formação dos profissionais de saúde e a tomada de decisão em equipas multidisciplinares são identificadas nos estudos como elementos essenciais no respeito pela dignidade e pela qualidade de vida do doente. Estes achados convergem com a literatura existente, que afirma que é recomendada a colaboração entre todos os elementos da equipa multidisciplinar para o planeamento de intervenções coerentes com os objetivos da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Por fim, nos estudos analisados não foram encontrados dados que sustentem diferenças nos mitos e a adesão ao tratamento com opioides entre doentes com dor crónica não oncológica e doentes com dor crónica oncológica, o que não é consistente com o que foi referido por Azevedo, (2017).

É pertinente a realização de estudos que comparem os mitos presentes em doentes com dor crónica oncológica e não oncológica, dado que a evidência encontrada não permite estabelecer diferenças entre estas populações.

Outro aspeto importante identificado nos estudos analisados é a existência de défices de conhecimento por parte dos profissionais de saúde relativamente à utilização de opioides. Apesar de alguns estudos evidenciarem níveis adequados de conhecimento, a maioria revela dificuldades na avaliação correta da dor, na administração adequada de opioides e na gestão dos seus efeitos secundários. Estes resultados são consistentes com a literatura existente, que defende que a avaliação sistemática da dor constitui um requisito essencial para a implementação de intervenções eficazes e para a otimização das medidas terapêuticas (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

No estudo de Alanizi, A., et al. (2025), revela-se uma contradição significativa nas atitudes dos enfermeiros do estudo, apesar de existir uma coerência no reconhecimento teórico do doente como principal avaliador da dor, essa coerência já não se verifica na prática, nomeadamente na administração de opioides. Esta incoerência traduz o que a literatura define como opiofobia. Por outro lado, a administração de água bidestilada viola princípios deontológicos e éticos, comprometendo o respeito pela dignidade, autonomia e direito ao alívio do sofrimento do doente.

Quando a dor não é adequadamente valorizada ou quando persistem dúvidas relativamente à utilização destes fármacos, existe uma maior probabilidade de atraso no início do tratamento, de utilização de doses insuficientes ou da

manutenção do sofrimento evitável. Neste sentido, os resultados obtidos dos artigos analisados sugerem que o receio na prescrição de opioides e na sua administração continuam presentes em alguns profissionais de saúde. Esta realidade parece estar relacionada não apenas com lacunas na formação, mas também com a persistência de crenças errôneas associadas à segurança destes fármacos.

Os resultados dos estudos descrevem que níveis mais elevados de conhecimento e experiência clínica estão associados a atitudes mais positivas relativamente à adesão terapêutica. Consequentemente, a opiofobia entre profissionais de saúde pode traduzir-se em práticas de subprescrição/subtratamento ou hesitação na implementação de terapêuticas adequadas, comprometendo o controlo sintomático e a qualidade de vida dos doentes. Estes resultados assemelham-se à evidência apresentada na literatura, que defende que a dor inadequadamente controlada afeta múltiplas dimensões da pessoa, incluindo o bem-estar emocional, social e espiritual (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Verificou-se ainda que a falta de formação específica dos profissionais de saúde e as dificuldades no acesso aos opioides sustentam a denominação de “Opiofobia”, condicionando a qualidade dos cuidados prestados e o aumento do risco de subtratamento da dor. Com isto, torna-se fundamental discutir os resultados obtidos à luz da evidência atual, analisando de que forma estas crenças se mantêm presentes na prática clínica e quais as implicações para as competências do enfermeiro na promoção de uma gestão da dor segura, eficaz, individualizada e centrada no doente.

Também foi possível concluir que existe dificuldade em distinguir os conceitos de dependência, tolerância e adição, sendo estes considerados aspetos relevantes identificados na análise de artigos. Apesar destes conceitos apresentarem significados distintos, verificou-se que continuam frequentemente associados de forma incorreta, tanto por profissionais de saúde como por doentes e familiares. Conforme descrito por Azevedo (2017), a dependência física constitui uma adaptação fisiológica expectável ao uso prolongado de opioides, enquanto a tolerância corresponde à necessidade de ajuste da dose para obter o mesmo efeito terapêutico. Já a adição caracteriza-se por um padrão de utilização compulsiva associado à perda de controlo sobre o consumo da substância.

Esta dificuldade é comprovada a partir da análise ao artigo de Alanizi, A., et al (2025), onde se relata existir dificuldade em distinguir adição de dependência física. Se os enfermeiros conhecem a definição de adição, mas não conhecem os sintomas de abstinência, isso indica que provavelmente não estão a conceptualizar a dependência física como uma entidade separada. Esta interpretação é consistente com a literatura que alerta para a frequente confusão entre conceitos. Na prática clínica, esta confusão pode acarretar consequências sérias, tais como a rotulação do doente como “viciado”, levando ao subtratamento da dor, à hesitação na administração de opioides e à incapacidade de educar para a saúde.

Esta realidade poderá ter sido reforçada pelo impacto mundial da denominada “Crise dos Opioides” nos EUA. Esta epidemia foi assim designada por tratar-se de uma emergência de saúde pública, caracterizada por um rápido aumento da adição e das mortes por overdose associadas ao consumo abusivo de analgésicos opioides, tanto por via de prescrição médica como de forma ilícita. Grande parte das situações de overdose estão relacionadas com o seu consumo ilícito, particularmente de fentanil de origem não farmacêutica. A ampla cobertura mediática deste fenómeno contribuiu para uma perceção global mais negativa relativamente ao uso de opioides, levando alguns profissionais de saúde a adotarem práticas de prescrição mais restritivas, e doentes e familiares a demonstrarem resistência à sua utilização, mesmo perante situações de dor intensa e sofrimento significativo (Sun, C., 2024).

Os resultados dos estudos analisados revelam que este contexto reforçou receios já existentes, influenciando atitudes de profissionais de saúde, doentes e familiares. Contudo, a literatura destaca que a utilização de opioides em contexto clínico, quando corretamente indicada, monitorizada e integrada num plano terapêutico estruturado, constitui uma estratégia segura e eficaz para o controlo da dor (Mesquita, et al., 2024).

Relativamente às competências do enfermeiro, apesar de este aspeto não constituir o foco dos estudos analisados, é possível constatar que os profissionais de saúde desempenham um papel central da desmistificação do uso de opioides. A proximidade do enfermeiro com o doente e a sua família permite identificar precocemente dúvidas, receios e crenças erróneas que possam comprometer a adesão terapêutica. Neste contexto, a educação para a saúde assume particular relevância, uma vez que possibilita a transmissão de informação clara, rigorosa e adaptada ao nível de literacia de cada pessoa, promovendo decisões informadas e uma maior confiança na terapêutica instituída (Brito-Lopes, 2025; Direção-Geral da Saúde, 2019).

Foram também identificadas diversas barreiras à utilização adequada de opioides, nomeadamente o défice de conhecimento por parte dos profissionais de saúde e da população em geral, o receio da dependência, a associação dos opioides à morte iminente, a influência da “crise dos opioides” dos EUA, a baixa literacia em saúde, a existência de informações contraditórias e os receios relacionados com os efeitos secundários. Acrescem ainda barreiras relativas ao nível de desenvolvimento de cada país. Estas barreiras contribuem para a manutenção da opiofobia e dificultam a implementação de estratégias eficazes no controlo da dor.

No que diz respeito ao nível de desenvolvimento dos países, os resultados sugerem que as barreiras ao uso de opioides variam consoante o grau de desenvolvimento dos sistemas de saúde. Nos países com sistemas de saúde mais desenvolvidos, os principais obstáculos parecem estar mais associados ao receio de adição, aos efeitos adversos e à influência da denominada “Crise dos Opioides”.

Em contrapartida, nos países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos, destacam-se barreiras de natureza estrutural, nomeadamente as dificuldades no acesso aos opioides, a disponibilidade limitada, a formação insuficiente dos profissionais de saúde e a existência de restrições regulamentares mais rigorosas, que condicionam a prescrição de analgésicos opioides a um número restrito de médicos. Estes resultados são consistentes com a literatura existente, que identifica desigualdades significativas no acesso ao tratamento da dor entre diferentes regiões do mundo (OMS, 2020).

Deste modo, a evidência analisada reforça a necessidade de investir na formação contínua dos profissionais de saúde, na promoção da literacia dos doentes e familiares e no desenvolvimento de estratégias de comunicação eficazes. A desconstrução dos mitos associados ao uso de opioides constitui uma condição essencial para garantir uma gestão adequada da dor, reduzir o sofrimento evitável e promover a qualidade de vida da pessoa em situação paliativa e o envolvimento da sua família.

Após a análise dos resultados, e em resposta à questão de investigação formulada: *“De que forma os mitos associados ao uso de opióides, nomeadamente morfina e fentanil, influenciam a gestão da dor crónica em cuidados paliativos e quais são as competências do enfermeiro para os desconstruir e as intervenções a implementar quando os mitos persistem?”* importa salientar que não foi encontrada informação específica relativa ao fentanil, embora tenham sido identificados alguns mitos direcionados à morfina.

No que concerne ao impacto dos mitos associados ao uso de opioides na gestão da dor crónica em cuidados paliativos, verificamos que estes afetam significativamente a tomada de decisão, tanto dos profissionais de saúde como dos doentes e seus familiares. Esta influência contribui para a perpetuação do sofrimento nas suas múltiplas dimensões, com consequente prejuízo da qualidade de vida e comprometimento da dignidade da pessoa.

Para completar a resposta à questão formulada, no que respeita às intervenções que os enfermeiros podem implementar quando os mitos persistem, não conseguimos obter informação a partir da análise dos estudos, pelo que a resposta será sustentada em documentos complementares. Para estabelecer essas intervenções, os enfermeiros deveriam, previamente, ter formação e estarem atualizados em relação ao tema.

A literatura recomenda a implementação de intervenções de enfermagem centradas na educação para a saúde, na comunicação terapêutica, na avaliação sistemática da dor e o envolvimento da família nos cuidados. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2008) e com as recomendações da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, compete aos enfermeiros promover o esclarecimento de crenças erróneas, promover a literacia em saúde, monitorizar a adesão ao tratamento, vigiar e controlar os efeitos secundários e/ou adversos dos opioides, bem como apoiar o doente no processo de tomada de decisão,

respeitando a sua autonomia. Estas intervenções contribuem para a desmistificação do uso de opioides, para a melhoria da adesão terapêutica e para a promoção de um controlo eficaz e seguro da dor.

6. Conclusões

O acesso a cuidados paliativos constitui um direito humano fundamental e é indispensável na prestação de cuidados especializados, capazes de assegurar uma intervenção eficaz e adequada na promoção da qualidade de vida dos doentes e das suas famílias ao longo de todas as fases da doença. Contudo, uma significativa percentagem da população, cerca de 86%, com necessidades paliativas não recebe cuidados adequados à sua situação clínica e, entre aqueles que têm acesso a estes cuidados, nem sempre são instituídos os tratamentos adequados, nomeadamente no que respeita ao alívio da dor.

O controlo inadequado da dor, decorrente da existência de barreiras no acesso e na utilização de opioides, contribui para um sofrimento frequentemente insuportável e evitável.

A relevância dos cuidados paliativos é amplamente reconhecida no âmbito da enfermagem, existindo teorias que orientam e fundamentam a prática profissional neste contexto.

A Teoria do Fim de Vida Pacífico centra-se no estabelecimento de orientações específicas para a promoção de cuidados mais humanizados e centrados na pessoa, visando a promoção de uma vida pacífica e significativa ao longo do processo de doença. Este objetivo é congruente com os princípios fundamentais dos cuidados paliativos, nomeadamente na abordagem global do sofrimento, no reconhecimento dos valores e prioridades dos doentes, no alívio de sintomas e na promoção de uma vida tão ativa quanto possível até ao fim.

Nesta teoria, um estado pacífico só é alcançável quando a dor está ausente, quando está presente o sentimento de paz, quando é estabelecida uma relação de confiança entre o doente, a sua família e o enfermeiro, e quando são asseguradas a perceção de dignidade e o respeito pelo direito à escolha informada.

A Teoria do Conforto tem como foco a promoção do conforto de forma holística, através de intervenções de enfermagem intencionais e centradas no doente. O conforto pode ser promovido através do alívio da dor, do apoio emocional, da comunicação terapêutica e do envolvimento do doente e da sua família nos planos de cuidados.

A dor é uma experiência pessoal influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais, existindo uma grande variabilidade na forma como é expressa. O seu controlo é um dever de todos profissionais de saúde e um direito dos doentes. O sofrimento induzido pela dor afeta negativamente a qualidade de vida dos doentes, pelo que é importante a sua avaliação e o seu registo regular de forma a otimizar as medidas terapêuticas e a melhorar a qualidade de vida dos doentes.

A dor crónica é reconhecida como um problema de saúde pública, afetando uma percentagem significativa da população adulta a nível mundial. A pessoa com dor

crónica questiona frequentemente se a sua dor é reconhecida pelos que a rodeiam, vivenciando muitas vezes sentimentos de exclusão e inutilidade.

O cuidar da pessoa como um ser global implica compreender o conceito de dor total, sendo fundamental valorizar a sua componente afetivo-emocional. Desta forma, o enfermeiro assume a função de compreender o significado da dor para o doente, promovendo a expressão de sentimentos, medos e angústias.

A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com dor engloba a avaliação, o controlo e o ensino. No processo de avaliação, a pessoa que sente dor é o melhor avaliador da sua própria dor, pelo que deve ser privilegiado o autorrelato sempre que existir capacidade de comunicação e funções cognitivas preservadas.

O doente deve ser envolvido no controlo da dor e ensinado acerca da dor e esclarecido acerca das medidas farmacológicas e não farmacológicas disponíveis, bem como dos mitos que dificultam o seu controlo.

De acordo com as orientações da Organização Mundial de Saúde, a terapêutica analgésica deve seguir alguns princípios fundamentais, designadamente a preferência pela via oral sempre que esta estiver disponível, a administração em intervalos regulares para permitir níveis terapêuticos constantes e a adequação do analgésico à intensidade da dor.

A dor crónica não controlada está associada a efeitos adversos na qualidade de vida, sono, relacionamento e função cognitiva. A dificuldade no acesso a opioides pode conduzir os doentes a procurar outras opções farmacológicas, promovendo o uso excessivo de benzodiazepinas, antidepressivos e anti-inflamatórios não esteroides, que não estão isentos de efeitos adversos.

Os opioides são eficazes e seguros quando são utilizados de forma adequada e num plano de tratamento multimodal, sob supervisão clínica contínua. Embora a literatura existente aponte para que o uso de opioides a longo prazo no tratamento da dor crónica não oncológica possa não ser eficaz, a análise dos resultados dos artigos não permitiu identificar dados que diferenciem o seu uso de na dor crónica oncológica e não oncológica.

As estratégias não farmacológicas são essenciais na gestão da dor crónica, promovendo não só o alívio do sofrimento físico, mas também do sofrimento emocional. As intervenções de suporte emocional incluem o toque terapêutico e a escuta ativa. No contexto de dor crónica, que gera um estado de maior vulnerabilidade, é importante que o doente sinta confiança para expressar as suas preocupações e emoções.

O controlo adequado da dor está relacionado com a existência de mitos por parte dos doentes, familiares e profissionais de saúde. O termo opiofobia refere-se não só ao medo, mas também ao evitamento e condenação das pessoas que usam opioides. Na análise de artigos, não foi encontrada distinção entre os mitos em situações de dor oncológica e não oncológica, embora, em contexto de prática clínica os profissionais de saúde relatem que existem diferenças.

Os mitos predominantes ao uso de opioides, identificados nos achados dos resultados e que vão de encontro ao que está presente na literatura, são que os opioides aceleram o processo de doença e de morte, que os opioides causam comportamentos aditivos e depressão respiratória e que o seu uso é exclusivo de fases de fim de vida. Adicionalmente, foram identificados mitos entre os enfermeiros no que diz respeito à avaliação e monitorização da dor.

Além disso, foi identificada dificuldade em distinguir os conceitos de adição e dependência, o que culmina em subtratamento da dor e estigmatização dos doentes como “viciados”.

Na presença de mitos que comprometem a adesão terapêutica é competência do enfermeiro a promoção da educação para a saúde. A implementação desta intervenção requer que o enfermeiro tenha formação suficiente para educar os outros, o que não se verificou na maioria dos estudos analisados. Além da formação adequada é necessário ter competências de comunicação terapêutica, enquanto instrumento básico e essencial em enfermagem que está presente em todas as intervenções de enfermagem. É através da comunicação terapêutica que o enfermeiro consegue compreender as verdadeiras necessidades do doente, os seus valores, crenças e experiência de vida, e os fatores que têm influência na vivência com dor crônica e na adesão terapêutica.

No que respeita às questões éticas deverá sempre existir um equilíbrio entre a beneficência e a não maleficência, garantindo segurança, dignidade e qualidade de vida. No ano de 2004, a dor crônica foi reconhecida como um problema de saúde pública e a International Pain Society e a Global Health Community declararam que *“a falha no tratamento da dor é vista mundialmente como uma prática errada, uma atitude antiética e uma revogação de um direito humano fundamental”* (Pereira & Lima, n.d., p. 44).

A realização do presente trabalho permitiu identificar a necessidade de investir na formação de todos os profissionais de saúde, independentemente do contexto em que exercem a sua atividade, de forma a promover cuidados adequados que respondam às verdadeiras necessidades das pessoas.

Os opioides não devem ser temidos nem banalizados, e os juízos clínicos devem ser sempre contextualizados em função da realidade de cada país, dado que as circunstâncias são distintas. A realidade dos Estados Unidos da América não é comparável à de países subdesenvolvidos, onde o acesso a opioides é extremamente limitado. Torna-se assim importante estabelecer normas ajustadas a cada contexto, sem nunca privar as pessoas do alívio da sua dor por via de generalizações descontextualizadas.

Considera-se, ainda, pertinente o desenvolvimento de estudos em Portugal que permitam analisar a perspetiva nacional acerca deste tema.

Concluindo, importa reconhecer que, no decorrer do desenvolvimento do presente trabalho, foram sentidas algumas dificuldades de natureza pessoal,

nomeadamente na gestão do tempo entre o período de estágio e a organização e execução do trabalho final. Também se reconhece que uma iniciação mais precoce do processo de elaboração do trabalho e o ensino de como fazer uma revisão narrativa teria sido facilitadora dessa gestão.

7. Referências bibliográficas

- Alanizi, A. W., Shaqiqi, W., Cabaldo, L. C., Awaji, R. M., Alotaibi, R. A., & Alanazi, A. M. (2025). *Nurses' knowledge and attitudes toward pain assessment and management: A cross-sectional study*. *Nursing Research and Practice*, 2025(1). <https://doi.org/10.1155/nrp/6646998>
- Almeida, T. (2024, 25 de agosto). *Os enfermeiros e ... o uso terapêutico da comunicação*. Açoriano Ocidental. Ordem dos Enfermeiros – Açores.
- Aregay, A., O'Connor, M., Stow, J., Ayers, N., & Lee, S. (2023). *Perceptions of barriers to using opioid analgesics: A mixed methods study*. *Palliative Medicine Reports*, 4(1), 249-256 <https://doi.org/10.1089/pmr.2023.0021>
- Aromataris, Edoardo., Lockwood, Craig., Porritt, Kylie., Pilla, Bianca., & Jordan, Zoe. (2024). *JBI manual for evidence synthesis*. <https://synthesismanual.jbi.global>
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (n.d.). *Cuidados Paliativos*. <https://apcp.com.pt/cuidados-paliativos>
- Azevedo, A. (2017). *Uso de opioides na dor crónica não oncológica: Resistência e mitos*. [Master's thesis, Universidade da Beira Interior]. Repositório Institucional da Universidade da Beira Interior
- Brás, S. (2021). *Toque Terapêutico: Uma das intervenções de enfermagem confortadoras ao doente crítico e família*. [Master's thesis, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa.
- Brito-Lopes, T. (2025). *Planeamento antecipado de cuidados com a pessoa em situação paliativa*. [Master's thesis, Instituto Politécnico de Beja]. Repositório Institucional do Instituto Politécnico de Beja.
- Clark, J., Salins, N., Daniel, S., Currow, D. C., Jones, L., Pearson, M., Bunton, R., Mankel, J., Braithwaite, C., Gilchrist, M. M., & Johnson, M. J. (2023). *Views and experiences of opioid access amongst palliative care providers and public representatives in a low-resource setting: A qualitative interview study*. *PLOS Global Public Health*, 3(9), e0002401. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002401>
- Clarke, G., Chapman, E., Crooks, J., Koffman, J., Ahmed, S., & Bennett, M. I. (2022). *Does ethnicity affect pain management for people with advanced disease? A mixed methods cross-national systematic review of 'very high' human development index English-speaking countries*. *BMC Palliative Care*, 21. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00923-6>

- Cordeiro, H., Carvalho, M., Pinto, A., Barbosa, A., & Dias, I., (2022). *Dor no doente oncológico: abordagem e tratamento*. https://apmgf.pt/cento_d_documentos/folheto-dor-no-doente-oncologico-abordagem-e-tratamento/
- Direção-Geral da Educação. (2014). *Programa de apoio à promoção e educação para a saúde*. <https://www.dge.mec.pt/programa-de-apoio-promocao-e-educacao-para-saude>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Manual de boas práticas literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. (Circular Normativa nº09/GGCG, de 14/06/2003). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Duarte, N., Martins, J. P., García-Pedraza, J. Á., & Santos, M. (2025). *Ten-year analgesic utilization patterns and economic implications in Portugal*. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 91(3), 866–881. <https://doi.org/10.1111/bcp.16333>
- Fair and Just Persecution. (2025). *Correcting the record: Fentanyl myths & misinformation*. <https://fairandjustprosecution.org/wp-content/uploads/2025/10/Final-Correcting-the-Record-Fentanyl-Myths-and-Misinformation.pdf>
- Gómez Sancho, M., Conno, F., Martín, M., Bejarano, P., Rico, M., Plancarte, R., Abalo, J., Quesada, L., Lemonica, L., Cordero, R., Castillo, G., Márquez, B., Yanneo, E., Reichert, R., & Lima, L. (1999). *Medicina paliativa en la cultura latina*. Arán Ediciones
- Green, B. N., Johnson, C. D., & Adams, A. (2006). *Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade*. *Journal of Chiropractic Medicine*, 5(3), 101–117. [https://doi.org/10.1016/S0899-3467\(07\)60142-6](https://doi.org/10.1016/S0899-3467(07)60142-6)
- Guan, T., Otis-Green, S., Sharma, A., Kuiken, A., Chan, B. M., Fineberg, I. C., & Song, L. (2026). *Family meetings in palliative care: A systematic review*. *Patient Education and Counseling*, 146, 109499. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2026.109499>
- Idahor, C. O., Okeleke, S. I., Aghahowa, O. M., Ogonna, N., Ogunfuwa, O., Okehie, C. O., Ozurumba, U. T., Okparanta, G. C., & Okonkwo, J. A. (2025). *Ethical dilemmas in pain management for frail and end-of-life elderly patients: balancing relief, autonomy, and clinical uncertainty*. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.96596>

- International Association for the Study of Pain (2020). *Terminology*. IASP. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology>
- Kolcaba, K. (1994). *A theory of holistic comfort for nursing*. Journal of Advanced Nursing, 19(6), 1178-1184. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x>
- Leandro, T. A., Nunes, M. M., Teixeira, I. X., Lopes, M. V. O., Araújo, T. L., Lima, F. E. T., & Silva, V. M. (2020). *Development of middle-range theories in nursing*. Revista Brasileira de Enfermagem, 73(1), e20170893. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0893>
- Assembleia da República. (2012). *Lei nº 52/2012, de 5 de setembro (Lei de Bases dos Cuidados Paliativos)*. Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/52-2012-174841>
- Martins, P. (2014). *Escuta ativa nos cuidados de enfermagem: uma intervenção confortadora*. [Master's thesis, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/18342>
- Mesquita, G., Pedro, A., Moutinho, R., Sampaio, R., & Antunes, F. (2024). *Recomendações da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) na utilização dos medicamentos opioides fortes na dor crónica não-oncológica*. Revista DOR, 30(1), eM23000029. <https://doi.org/10.24875/DOR.M23000029>
- Organização Mundial da Saúde. (2020). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: guia orientador de boa prática*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (1996). *Cancer pain relief: with a guide to opioid availability* (2nd ed.). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37896>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2022). *A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas*. Revista Panamericana de Salud Pública, 46, 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.112>
- Pedro, A., & Silva, M. (2017). *Manual de rotação de opioides* (3.^a ed.). Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/manual_rotacao_opioides_3_edicao_mai2017.pdf

- Pereira, R., & Lima, M. (n.d.). *Caracterizar o perfil da dor*. Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde. <https://splspportugal.com/wp-content/uploads/2023/11/1-1-Caracterizar-o-Perfil-da-Dor.pdf>
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2003). *Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos* (5.^a ed.). Lusociência
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento n.º 188/2015: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa*. Diário da República, 2.^a série, n.º 78. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/188-2015-67050991>
- Rodrigues, M. & Prates, B. (2011). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: programa de intervenção para a adesão ao regime terapêutico*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/Programa_Adesao_Regime_Medicamentoso_Casa_de_Saude_da_Idanha.pdf
- Ruland, C.M., & Moore, S. M. (1998). *Theory construction based on standards of care: A proposed theory of the peaceful end of life*. *Nursing Outlook*, 46(6), 169-175.
- Santos, R. (2023). *Cuidados Paliativos: Mitos e Verdades*. Voz de Mira.
- Sapeta, P. (2007). *Dor total vs sofrimento: a interface com os cuidados paliativos*. *Dor*, 15(1) 16–21.
- Sukhera, J. (2022). *Narrative reviews: flexible, rigorous, and practical*. *Journal of Graduate Medical Education*, 14(4), 414–417. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-22-00480.1>
- Sun, C. (2024). *What is the opioid epidemic? A public health explainer*. Northwestern University Feinberg School of Medicine - Institute for Public Health and Medicine. <https://www.feinberg.northwestern.edu/sites/ipham/news/What-is-the-Opioid-Epidemic-A-public-health-explainer.html>
- Swed, S., Bohsas, H., Alibrahim, H., Albakri, K., Rais, M. A., Almoshantaf, M. B., Hafez, W., Abouainain, Y., Sawaf, B., Alshareef, L., Othman, Z. A. A., Elbialy, I., Manad, H., Faheem, Y., John, S., Alshareef, J., Sheet, L., & Rakab, A. (2024). *Knowledge and attitude of healthcare providers regarding palliative care and related factors: an online cross-sectional study*. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.54477>
- Vahos, J., Rojas-Cortes, R., Daza, D., Osorio-Florez, L. C., Macias Saint-Gerons, D., Pastrana, T., Munoz, S., Fitzgerald, J., Porras, A., Luciani, S., & Castro, J. L. (2023). *Barriers of access to*

opioid medicines within the context of palliative care in Latin America: the perception of health professionals. Journal of Palliative Medicine, 26(2), 199–209. <https://doi.org/10.1089/jpm.2022.0122>

Vicente, A. (2023). *Implementação de intervenções não farmacológicas no âmbito do controlo da dor à pessoa em situação paliativa: vivência dos enfermeiros*. [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Institucional da Escola Superior de Coimbra.

Voon Ho, J. F. V., Yaakup, H., Low, G. S. H., Wong, S. L., Tho, L. M., & Tan, S. B. (2020). *Morphine use for cancer pain: A strong analgesic used only at the end of life? A qualitative study on attitudes and perceptions of morphine in patients with advanced cancer and their caregivers. Palliative Medicine*, 34(5), 619–629. <https://doi.org/10.1177/0269216320904905>

Warner, N. S., Finnie, D. M., Smith, J. L., Verdoorn, B. P., Tung, E. E., Warner, D. O., Mielke, M. M., & Griffin, J. M. (2025). *A qualitative study of the effects of opioids on chronic pain, function, and cognition in community-dwelling older adults. Journal of Applied Gerontology*, 44(12), 1939–1949. <https://doi.org/10.1177/07334648251326347>

Wysocka, M., Kieszowska-Grudny, A., Klimkiewicz, J., Jarosz, J., Hordowicz, M., Silczuk, A., Pasierski, T., & Klimkiewicz, A. (2024). *Between “opioidophobia” and the opioid crisis: a cross-sectional comparison of opinions on opioid analgesic treatment between palliative care patients with cancer and physicians in Poland. Oncology in Clinical Practice*, 20(5), 319–326. <https://doi.org/10.5603/ocp.96515>

Apêndices

Apêndice A – Quadro de equações de busca

Tabela 1 - Equações de busca

Base de dados	Equações de Busca
Pubmed	(nurse*[tiab] OR nursing[tiab] OR "Nurses" [MeSH]) AND (opioid*[tiab] OR morphine[tiab] OR fentanyl[tiab] OR "Analgesics, Opioid"[MeSH]) AND ("palliative care"[tiab] OR "Palliative Care"[MeSH]) AND (pain[tiab] OR "chronic pain"[tiab] OR "Pain"[MeSH]) AND (attitude*[tiab] OR perception*[tiab] OR belief*[tiab] OR barrier*[tiab] OR knowledge*[tiab] OR practice*[tiab]) NOT (pediatric*[tiab] OR child*[tiab] OR infant*[tiab] OR adolescent*[tiab] OR "Child"[MeSH] OR "Infant"[MeSH] OR "Adolescent"[MeSH])
Scopus	TITLE-ABS-KEY (myth* OR misconception* OR belief* OR misunderstanding*) AND (morphine OR fentanyl OR opioid*) AND (pain OR "chronic pain") AND ("palliative care" OR palliative) AND (nurse* OR nursing) AND NOT TITLE-ABS-KEY (pediatric* OR child* OR infant* OR adolescent*)
Web of Science	(nurse* OR nursing) AND (opioid* OR morphine OR fentanyl) AND ("palliative care" OR palliative) AND (pain OR "chronic pain") AND (attitude* OR perception* OR belief* OR barrier* OR knowledge*) NOT (pediatric* OR child* OR infant* OR adolescent*)

Apêndice B – Caracterização dos estudos incluídos

Tabela 2 - Caracterização dos estudos incluídos

N.º	Ano de Publicação	Autor (es)	Título do Artigo	Jornal/Revista	Objetivos	Tipo de Estudo	Contexto	Participantes	Resultados	Conclusões
1	2025	Warner, N., et al.	A Qualitative Study of the Effects of Opioids on Chronic Pain, Function, and Cognition in Community-Dwelling Older Adults	Journal of Applied Gerontology	Analisar quais são as percepções, crenças e experiências dos idosos em relação a viver com dor crônica, o uso de opioides e o seu impacto no controlo da dor, na cognição e nas atividades de vida diária	Estudo Qualitativo descritivo	Idosos a residir no Minnesota, EUA. Acompanhados em cuidados de saúde primários em regime ambulatorio.	25 idosos não institucionalizados, sendo que a maioria tem dor crônica há mais de 10 anos e utiliza opioides há cerca de 2 anos.	Através da análise foi explorada a aceitabilidade e adaptabilidade à vivência com a dor crônica; a importância dos cuidados centrados na pessoa, nos quais se considera importante o uso de opioides; a ponderação dos riscos e benefícios entre a analgesia e o risco de potencial compromisso cognitivo; estigma da dependência e a hesitação dos profissionais de saúde em prescrever opioides para o alívio da dor. Embora a maioria dos participantes tenha expresso aceitação geral da dor crônica, alguns descreveram evitar atividades de lazer que exacerbam a dor, enquanto outros descrevem realizá-las independentemente da dor. Os opioides foram considerados uma estratégia eficaz no alívio da dor e melhoria da qualidade de vida. Quase todos os participantes expressaram um objetivo abrangente de maximizar a função social, física e cognitiva e, embora possa existir utilidade em intervenções não opioides, deve-se considerar que muitas vezes essas opções já foram experimentadas. Assim, reintroduzir terapêuticas com o intuito de minimizar o uso de opioides pode aumentar a carga de cuidados sem garantir melhores resultados. Alguns participantes consideraram os opioides eficazes no tratamento da dor crônica, contudo, muitos expressão preocupações com o estigma da dependência por parte dos médicos, com consequente tratamento ineficaz da dor e desvalorização da dignidade da pessoa.	É necessário escutar os utentes, cuidar de forma holística e investir na formação de profissionais de saúde, nomeadamente dos médicos, responsáveis pela prescrição de medicação necessário ao controlo adequado da dor.
2	2023	Aregay, A., et al.	Perceptions of Barriers to Using Opioid Analgesics: A	Palliative Medicine Reports	Identificar as barreiras à disponibilidade e ao acesso a	Estudo de caso com metodologia mista	Cuidados Paliativos numa região da Etiópia	38 participantes recrutados em instituições de ensino, serviços de	A utilização adequada dos opióides é frequentemente comprometida por diversas barreiras. Identificaram ideias erróneas entre os participantes sobre o uso de morfina e de outros	As barreiras à utilização dos opióides resultam da interação de fatores individuais, culturais,

			Mixed Methods Study		opioides em serviços de saúde rurais e regionais da Etiópia		integrados em três níveis, o contexto (autoridades sanitárias, instituições educacionais e hospital especializado), e os caso 1 e 2 que correspondem a duas zonas da região (hospital geral, hospital primário, centro de saúde, posto de saúde, comunidade).	saúde e na comunidade em toda a região para a entrevista qualitativa, distribuídos por três grupos: o contexto (n =12), o Caso 1 (n=12) e o Caso 2 (n=14), incluindo enfermeiros. E um total de 173 enfermeiros para a componente quantitativa.	opióides, nomeadamente associaram estes fármacos à dependência, à proximidade da morte e ao agravamento da doença. O medo da adição foi referido tanto pelos profissionais de saúde como pelos doentes, levando à recusa ou demora na adesão terapêutica. Os profissionais de saúde reconheceram igualmente défices nos seus conhecimentos sobre avaliação da dor e na prescrição e monitorização de opióides. Além disso, verificaram que os profissionais de saúde também associavam morfina ao fim de vida, o que condicionava a sua utilização precoce para o controlo adequado de dor. Neste estudo, ainda foram identificadas barreiras relacionadas com restrições legislativas, limitações económicas e desigualdades no acesso a estes fármacos entre hospitais e zonas rurais, constatando-se ainda que apenas alguns médicos é que são autorizados a prescrever este tipo de terapêutica, além das dificuldades económicas na importação da morfina.	educacionais e organizacionais. Os opioides, particularmente a morfina, não estavam disponíveis nem acessíveis de forma consistente para os doentes que necessitavam. A falta de conhecimento sobre os opióides, o medo de dependência e os mitos associados ao uso de morfina continuam a limitar o controlo eficaz da dor. A melhoria da formação dos profissionais de saúde, a educação para a saúde aos doentes e seus familiares e a implementação de políticas que facilitem o acesso aos opióides, nomeadamente as políticas de prescrição, são considerados fundamentais para reduzir o sofrimento e promover cuidados paliativos de qualidade.
3	2024	Swed, S., et al.	Knowledge and Attitude of Healthcare Providers Regarding Palliative Care and Related Factors: An Online Cross-Sectional Study	The Cureus Journal of Medical Science	Avaliar os conhecimentos dos profissionais de saúde sobre cuidados paliativos na Síria	Estudo transversal online	Hospital na Síria e locais públicos com entrevistas presenciais	602 participantes dos quais 438 estudantes de medicina de todos os anos, 113 médicos de várias especialidades e 50 enfermeiros/estudantes de enfermagem.	Através do estudo surgiram dois temas: o conhecimento dos profissionais acerca de cuidados paliativos, nomeadamente a filosofia, a dor, a dispneia, os problemas psiquiátricos, os problemas gastrointestinais e a comunicação; as atitudes dos profissionais de saúde em relação à dor no fim de vida, a avaliação da dor, a dependência. O objetivo do tratamento da dor foi a questão de conhecimentos com a maior percentagem de respostas corretas, enquanto a questão de conhecimentos que perguntava se o uso prolongado de opioides levaria a dependência teve a percentagem mais baixa. Apenas 14 participantes foram considerados	Os conhecimentos dos profissionais de saúde sérios sobre cuidados paliativos são escassos e insuficientes. A lacuna nos conhecimentos dever ser rapidamente melhorada, consequentemente os doentes receberão melhores cuidados e melhor qualidade de vida.

									conhecedores nas perguntas sobre medicina paliativa. 87,5% dos participantes concordaram com a afirmação de que "Os analgésicos devem ser administrados conforme necessário a doentes terminais". No entanto, 34,1% discordaram de que o relato do próprio doente sobre a dor seja um indicador mais preciso do que a avaliação feita por um médico ou um enfermeiro. Apenas 162 participantes concordaram totalmente que "o alívio total da dor é um objetivo razoável, mesmo quando a dor não é causada por uma doença como o cancro".	
4	2025	Alanizi, A., et al.	Nurses' Knowledge and Attitudes Toward Pain Assessment and Management: A Cross-Sectional Study	Nursing Research and Practice	Avaliar o conhecimento dos enfermeiros na avaliação e gestão da dor	Estudo transversal online	Hospital militar na Arábia Saudita	161 enfermeiros distribuídos por diferentes serviços: cirurgia (17%), medicina interna (19%), urgência (15%), cardiologia (15%), cuidados intensivos (14%), hemodiálise (9%) e outros (10%).	Através do estudo foram avaliados os conhecimentos dos enfermeiros relativamente à avaliação da dor, intervenções farmacológicas no alívio da dor, mitos sobre o uso de opioides (dependência, tolerância, depressão respiratória, morfina via oral) e implicações éticas no uso de placebo. O conhecimento dos enfermeiros não é satisfatório, principalmente no que concerne ao tratamento farmacológico da dor, incluindo a escolha, dose e rotação de opioides. As questões que obtiveram uma percentagem maior de respostas corretas afirmavam que o principal avaliador da dor deve ser a pessoa que tem dor e que a razão mais provável para o doente solicitar aumento da dose de opioide é devido a exacerbação da dor. Em contrapartida, 101 dos participantes concordou que os doentes devem ser encorajados a aguentar o máximo de dor possível antes de utilizarem opioides; 97 não reconheceram que a via de administração recomendada para doentes com dor relacionada com cancro é a via oral; 109 concordou que doentes idosos não devem tomar opioides para alívio da dor; 121 concordaram que é útil administrar água bidestilada (placebo) para determinar se a dor é real; apenas 78 dos participantes concordaram que a depressão respiratória raramente ocorre em doentes cujo tratamento com opioides já é feito há meses. Os enfermeiros apresentam ideias erradas acerca	É necessário implementar estratégias educacionais para promover o conhecimento dos enfermeiros sobre a avaliação e gestão da dor.

									da avaliação da dor, sendo que mais de metade não reconhece que o doente pode dormir mesmo sem dor. Todas estas afirmações relacionam-se com o medo de dependência, adição, tolerância e efeitos adversos, o que contribui para o tratamento deficitário da dor.	
5	2024	Wysocka, M., et al.	Between “opioidophobia” and the opioid crisis: a cross-sectional comparison of opinions on opioid analgesic treatment between palliative care patients with cancer and physicians in Poland	Oncology in Clinical Practice	Comparar opiniões sobre tratamento com opióides entre doentes oncológicos em cuidados paliativos e médicos polacos.	Estudo de coorte (prospetivo)	Cuidados paliativos oncológicos na Polónia	104 doentes e 216 médicos	Constatou-se diferenças significativas entre a opinião dos médicos e dos doentes relativamente ao tratamento com opióides. Os doentes apresentaram uma atitude globalmente mais favorável em relação à utilização destes fármacos, valorizando sobretudo o alívio da dor e a melhoria da qualidade de vida. Enquanto os médicos revelaram maior preocupação relativamente à dependência, abuso e eventuais efeitos secundários. Os resultados sugerem que a crise de opióides teve impacto nas atitudes dos profissionais de saúde, contribuindo para um maior cuidado na sua prescrição. Apesar da reconhecida eficácia dos opióides no controlo adequado da dor, persistem medos que podem levar ao subtratamento da dor. Ainda verificaram que muitos dos medos demonstrados pelos profissionais não correspondiam às experiências que foram relatadas pelos doentes.	A opiofobia continua a constituir uma barreira importante ao controlo eficaz da dor, contudo, os doentes reconhecem os benefícios dos opióides. Já os profissionais de saúde permanecem influenciados por preocupações relacionadas com dependência e abuso. Torna-se necessário promover estratégias de formação, nomeadamente de educação e sensibilização, baseadas na evidência científica para reduzir preconceitos e garantir uma utilização equilibrada e segura destes fármacos.
6	2022	Vahos, J., et al.	Barriers of Access to Opioid Medicines within the Context of Palliative Care in Latin America: The Perception of Health Professionals	Journal of Palliative Medicine	Analisar a perceção dos profissionais de saúde às barreiras ao acesso e disponibilidade de opioides na América Latina	Estudo Qualitativo (entrevista estruturada)	Cuidados Paliativos de 17 países da América Latina (Argentina, Bolívia, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá,	426 profissionais de saúde, que têm em média 10 anos de experiência em cuidados paliativos, dos quais 210 médicos especializados em cuidados paliativos, 100 médicos de outras especialidades, 42 médicos de medicina geral e familiar, 55	As barreiras no acesso e disponibilidade de opioides relacionam-se com os doentes, os profissionais de saúde e com o sistema de saúde. A indisponibilidade é explicada por políticas, leis restritivas, mas também por medo exagerado de adição e conhecimento insuficiente dos profissionais de saúde. As barreiras percecionadas pelos profissionais de saúde relativas aos doentes estão relacionadas com aspetos culturais e sociais, nomeadamente a crença do desenvolvimento de adição e também das dificuldades económicas, fatores que levam à recusa do tratamento da dor com opioides. As barreiras percecionadas relativamente aos profissionais de saúde também incluem o medo de adição e a lacuna nos conhecimentos para	É necessário implementar estratégias multidisciplinares para conscientizar e educar doentes, familiares e, particularmente, profissionais de saúde sobre a prescrição adequada e o uso racional de analgésicos opioides.

							Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai e Venezuela).	enfermeiros e 18 farmacêuticos.	adequada avaliação da dor e prescrição correta de opioides. As barreiras relacionadas com o sistema de saúde são a falta de campanhas de conscientização e educação da população para o uso racional de opioides, bem como limitações geográficas. Além disso, as políticas públicas estão focadas em prevenir o tráfico ilegal, enquanto a acessibilidade é negligenciada.	
7	2025	Idahor, C. O., et al.	Ethical Dilemmas in Pain Management for Frail and End-of-Life Elderly Patients: Balancing Relief, Autonomy, and Clinical Uncertainty	Cureus	Analisar os dilemas éticos associados à gestão da dor em idosos frágeis e em fim de vida, particularmente relacionados com o uso de opioides, autonomia do doente e tomada de decisão clínica.	Revisão narrativa	Cuidados paliativos e cuidados de fim de vida em idosos.	Não aplicável diretamente, por se tratar de uma revisão narrativa	A gestão da dor em idosos frágeis e em fim de vida envolve múltiplos desafios éticos complexos, no entanto, existe o dever de aliviar o sofrimento. Os profissionais de saúde enfrentam muitas preocupações relacionadas com os potenciais efeitos secundários dos opióides, como sedação excessiva, delírio, obstipação e depressão respiratória. Estes medos podem levar ao subtratamento da dor e comprometer a qualidade de vida dos doentes. Também foram identificadas barreiras relacionadas com a autonomia do doente, consentimento informado e a participação da sua família nas decisões terapêuticas. Algumas vezes, os familiares demonstravam medo relativo ao uso de opióides, considerando a sua administração como sinal de desistência terapêutica. Este estudo refere ainda que determinadas políticas de controlo dos opióides podem criar medo entre os profissionais de saúde e dificultar a prescrição adequada para doentes em cuidados paliativos.	A gestão da dor em idosos frágeis exige um equilíbrio permanente entre beneficência, não maleficência e respeito pela autonomia do doente. O controlo adequado da dor deve ser individualizado e sustentado por uma avaliação rigorosa dos benefícios e riscos da terapêutica. A comunicação terapêutica entre os profissionais de saúde, doentes e famílias é considerada essencial para uma tomada de decisão ética e centrada no doente. Assim, a educação dos profissionais de saúde e a tomada de decisão multidisciplinar são fundamentais para equilibrar segurança, dignidade e qualidade de vida.
8	2022	Clarke, G., et al.	Does ethnicity affect pain management for people with advanced disease? A	BMC Palliative Care	Analisar a influência da etnia na gestão da dor em pessoas com doença avançada em países de	Revisão sistemática com metodologi a mista	Cuidados paliativos e gestão da dor em doença avançada	Doentes com doença avançada, profissionais de saúde e cuidadores provenientes de	Esta revisão identificou diferenças importantes na forma como diferentes grupos étnicos experienciam a dor em contexto de doença avançada. Os medos relacionados com o uso de opióides encontram-se presentes em diversos grupos, verificaram que as razões subjacentes a	Os fatores culturais e étnicos desempenham um papel relevante na percepção da dor e na aceitação do uso de opióides. O medo da

			mixed methods cross-national systematic review of 'very high' Human Development Index English-speaking countries		língua inglesa com elevado índice de desenvolvimento humano.			diferentes grupos étnicos	estes medos variavam de acordo com fatores culturais, sociais e religiosos. O medo da dependência e dos efeitos secundários foi frequentemente referido pelos participantes. Também se observou que alguns grupos étnicos valorizavam mais a manutenção da autonomia e das capacidades cognitivas, demonstrando medo de que os analgésicos opióides comprometessem essas capacidades. Tal como foram identificadas dificuldades de comunicação entre profissionais de saúde e doentes e a existência de crenças e estereótipos culturais que podem influenciar a avaliação da dor, o acesso ao uso de opióides e a cuidados paliativos adequados. Apesar da evidência quantitativa limitada, os dados qualitativos sugerem a existência de desigualdades na experiência da dor e no acesso aos cuidados adequados.	dependência, dos efeitos secundários e da perda de autonomia, pode influenciar a adesão terapêutica e contribuir para o subtratamento da dor. Os profissionais de saúde devem desenvolver competências culturais e comunicacionais que permitam adaptar os cuidados às necessidades e valores de cada pessoa, promovendo uma abordagem mais equitativa e centrada no doente, reduzindo assim as desigualdades no acesso ao controlo da dor e aos cuidados paliativos.
9	2023	Clark, J., et al.	Views and experiences of opioid access amongst palliative care providers and public representatives in a low-resource setting: A qualitative interview study	PLOS Global Public Health	Explorar as opiniões, atitudes e experiências de profissionais de saúde de cuidados paliativos e representantes da comunidade em relação aos opioides e ao seu acesso em contextos de baixos recursos (dois estados do sul da Índia).	Estudo Qualitativo	Dois serviços de cuidados paliativos na Índia	20 participantes dos quais 10 médicos, 4 enfermeiros, 2 farmacêuticos, 2 gestores de serviço e 2 pessoas com experiência em cuidados informais	Em relação às perceções dos participantes sobre o uso de opióides, particularmente da morfina, no controlo da dor moderada a intensa, estes reconheceram que tem um papel fundamental, porém identificaram algumas barreiras que dificultam o acesso a estes medicamentos. Uma das principais barreiras foi os processos burocráticos, relativos a fatores estruturais, legais e culturais, associados à prescrição e distribuição dos opióides, a escassez de locais autorizados para a sua disponibilização e as limitações dos sistemas de saúde em contextos de baixos recursos. Os profissionais de saúde ainda referiram défices de formação relativamente à utilização segura dos opióides, medo de dependência e dos efeitos secundários e insegurança na gestão das doses. Quanto aos doentes e seus cuidadores, estes mencionaram ideias erróneas associadas ao uso de morfina, nomeadamente à associação do seu uso à aproximação da morte, ao agravamento da doença e ao desenvolvimento de dependência. A falta de informação adequada contribui para a recusa ou resistência à utilização destes	O acesso aos opióides em contexto de baixos recursos continua a ser condicionado por fatores legislativos, organizacionais, económicos e socioculturais. A persistência de mitos e medos relacionados ao uso de morfina, tanto entre profissionais de saúde, como entre doentes e cuidadores, constitui outra barreira significativa no controlo eficaz da dor. Assim, defendem a melhoria da formação de profissionais de saúde, simplificação dos processos de prescrição e estratégias de educação da população para garantir um acesso mais equitativo aos

									fármacos. Os participantes salientaram ainda a importância dos enfermeiros e outros profissionais de saúde na educação dos doentes e suas famílias, promovendo a compreensão dos benefícios dos opióides e contribuindo para uma melhor adesão terapêutica.	opióides e com isto reduzir o sofrimento evitável dos doentes em cuidados paliativos.
10	2020	Voon Ho, J., et al.	Morphine use for cancer pain: A strong analgesic used only at the end of life? A qualitative study on attitudes and perceptions of morphine in patients with advanced cancer and their caregivers	Palliative Medicine Reports	Explorar atitudes e percepções de doentes oncológicos e seus cuidadores relativamente ao uso de morfina no controlo da dor e identificar barreiras à sua aceitação	Estudo Qualitativo	Consulta externa de oncologia de um Hospital na Malásia	31 participantes dos quais 18 doentes e 13 familiares	Muitos dos participantes associavam a morfina às fases finais de vida e à progressão da doença. A prescrição da morfina era muitas vezes interpretada como sinal de agravamento do estado clínico ou de proximidade da morte. Tanto os doentes como os cuidadores manifestaram preocupações relacionadas com o desenvolvimento de dependência, tolerância e efeitos secundários, como sonolência, confusão, sedação excessiva e depressão respiratória. Estas crenças influenciavam negativamente a adesão terapêutica e, em alguns casos, levavam à sua recusa. Este estudo revelou igualmente que as opiniões e atitudes dos cuidadores exerciam uma influência significativa nas decisões dos doentes em relação ao uso de morfina. Contudo, os participantes que receberam explicações claras e adequadas por parte dos profissionais de saúde demonstraram mais confiança na adesão terapêutica e menos resistência ao seu uso. A informação fornecida pelos profissionais de saúde mostrou-se determinante para reduzir medos e esclarecer ideias erradas sobre o uso de opióides.	Ainda persistem ideias erróneas e atitudes negativas relativamente ao uso de morfina e ao controlo eficaz da dor. A associação da morfina ao fim de vida, o medo da dependência e dos efeitos secundários continuam a construir barreiras importantes na adesão terapêutica. Assim, destacaram a importância da comunicação terapêutica e da educação para a saúde na desconstrução destes mitos, defendendo que os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, desempenham um papel fundamental na promoção da adesão terapêutica e na utilização segura e eficaz da morfina para o controlo adequado da dor.

Anexos

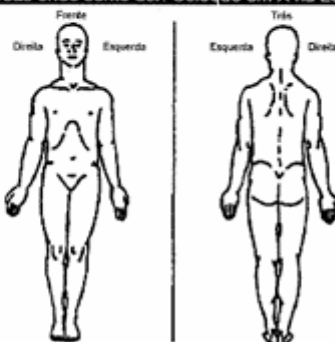
Anexo A – Inventário Resumido da Dor

Inventário Resumido da Dor (Formulário Abreviado)

1 Ao longo da vida, a maior parte de nós teve dor de vez em quando (tais como dores de cabeça de pequena importância, entorses e dores de dentes). Durante a última semana teve alguma dor diferente destas dores comuns?

___ Sim ___ Não

2 Nas figuras marque as áreas onde sente dor. Coloque um X na zona que lhe dói mais.



3 Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu máximo durante a última semana.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

4 Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu mínimo durante a última semana.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

5 Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor em média.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

6 Por favor classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que indica a intensidade da sua dor neste preciso momento.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

Versão portuguesa do Brief Pain Inventory (Short Form). Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização do autor Charles Cleeland, PhD.

7 Que tratamentos ou medicamentos está a fazer para a sua dor?

8 Na última semana, até que ponto é que os tratamentos e os medicamentos aliviaram a sua dor? Por favor, assinale com um círculo a percentagem que melhor demonstra o **alívio** que sentiu.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Nenhum Alívio completo
alívio

9 Assinale com um círculo o número que descreve em que medida é que, durante a última semana, a sua dor interferiu com a sua/seu:

A **Actividade geral**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu completamente
interferiu

B **Disposição**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu completamente
interferiu

C **Capacidade para andar a pé**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu completamente
interferiu

D **Trabalho normal (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa)**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu completamente
interferiu

E **Relações com outras pessoas**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu completamente
interferiu

F **Sono**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu completamente
interferiu

G **Prazer de viver**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu completamente
interferiu

Versão portuguesa do *Brief Pain Inventory (Short Form)*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização do autor Charles Cleeland, PhD.

Figura 3 - Inventário Resumido da Dor

Anexo B – Escala de Percepção Global de Mudança

Escala de Percepção Global de Mudança (PGIC versão Portuguesa)

Código: _____

Data: _____

Queixa Principal: _____

Desde o início do tratamento nesta instituição, como é que descreve a mudança (se houve) nas LIMITAÇÕES DE ACTIVIDADES, SINTOMAS, EMOÇÕES E QUALIDADE DE VIDA no seu global, em relação à sua dor (selecione UMA opção):

Sem alterações (ou a condição piorou)

☐ 1

Quase na mesma, sem qualquer alteração visível

☐ 2

Ligeiramente melhor, mas, sem mudanças consideráveis

☐ 3

Com algumas melhorias, mas a mudança não representou qualquer diferença real

☐ 4

Moderadamente melhor, com mudança ligeira, mas significativa

☐ 5

Melhor, e com melhorias que fizeram uma diferença real e útil Muito melhor, e com uma melhoria considerável que fez toda a diferença

☐ 6

☐ 7

Adaptado e Validado por: Domingues, L. & Cruz, E. (2011)

Figura 4 - Escala de Percepção Global de Mudança (Versão Portuguesa)