

FACULDADE DA SAÚDE E ECOLOGIA HUMANA

Medicina

ALINE REIS DOMINGUES

JOHANNPETER BARELLA DA ROCHA

LUNNA YASMIN FELIX GALVÃO DE PAULO

**USO DE OPIÓIDE E BENZODIAZEPÍNICO NO TRATAMENTO DA DOR
E DA ANGÚSTIA EM PACIENTES COM LESÕES DE PELE GRAVES**

Vespasiano

2023

ALINE REIS DOMINGUES
JOHANNPETER BARELLA DA ROCHA
LUNNA YASMIN FELIX GALVÃO DE PAULO

USO DE OPIÓIDE E BENZODIAZEPÍNICO NO TRATAMENTO DA DOR E DA ANGÚSTIA EM PACIENTES COM LESÕES DE PELE GRAVES

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de medicina da Faculdade da Saúde e Ecologia Humana como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em medicina.

Orientador: Dr. João Paulo Ramos Campos

Co-orientadora: Me. Nara Lucia Carvalho da Silva

**Vespasiano
2023**

ALINE REIS DOMINGUES

JOHANNPETER BARELLA DA ROCHA

LUNNA YASMIN FELIX GALVÃO DE PAULO

**USO DE OPIÓIDE E BENZODIAZEPÍNICO NO TRATAMENTO DA DOR E DA
ANGÚSTIA EM PACIENTES COM LESÕES DE PELE GRAVES**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de medicina da Faculdade da Saúde e Ecologia Humana como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em medicina.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Dr. João Paulo Ramos Campos

Co-orientadora: Me. Nara Lucia Carvalho da Silva .

Banca

Prof. Raquel Lunardi Rocha

Vespasiano

2023

Dedicamos este trabalho às pessoas que estiveram ao nosso lado ao longo dessa jornada acadêmica e nossos familiares, em especial aos nossos pais, que sempre acreditaram em nosso potencial e nos apoiaram incondicionalmente em todas as etapas da nossa formação. Seu amor, incentivo e apoio foram fundamentais para que nós pudéssemos realizar nossos estudos e concluir este trabalho.

Por fim, dedicamos também a todos aqueles que acreditaram na importância da educação e no poder transformador que ela possui.

AGRADECIMENTOS

Expressamos nossa profunda gratidão aos nossos orientadores pelo apoio, dedicação e comprometimento durante todo o processo, que foram fundamentais para o nosso crescimento acadêmico e para o sucesso deste projeto.

Aos pacientes, que em certa medida, colaboraram com o propósito desta pesquisa e a possibilidade de compreensão e o desenvolvimento de intervenções mais eficazes na área abordada.

E à instituição de ensino por proporcionar um ambiente propício ao aprendizado e ao crescimento acadêmico. Agradecemos a todos os professores e funcionários que contribuíram na nossa formação ao longo desses anos.

RESUMO

As lesões cutâneas graves fazem parte de um espectro de doenças que geram sintomas para além da dor como angústia, insônia, depressão e ansiedade. Em pacientes jovens, com doenças ou comorbidades prévias, o tratamento deve ir além do uso de imunossuppressores como corticosteróides, imunoglobulinas ou imunomoduladores. Para estes casos, considera-se o uso de opióides e de benzodiazepínicos como uma alternativa ou como adjuvante para controle dos sintomas e melhoria da qualidade de vida. Objetivo: Relatar o uso de opióides e BDZ no controle de sintomas físicos e psíquicos em pacientes com doença de pele grave não oncológica. Para isso foi utilizado o método descritivo de relato de caso, com pesquisa em prontuário clínico, o presente trabalho apresenta dois casos de pacientes internados na enfermaria de um hospital público com doenças de pele graves não oncológicas submetidos ao uso de opióides (morfina) e benzodiazepínicos (midazolam) associados ao tratamento convencional das doenças ameaçadoras da vida, para alívio e controle de sintomas, como dor, sofrimento psíquico, angústia e insônia. Tratam-se de dois casos do sexo feminino com idade de 29 e 35 anos com diagnóstico de Pênfigo Vulgar e Artrite psoríásica, respectivamente, acompanhados pelas equipes de dermatologia com uso de corticóides e antibioticoterapia. As pacientes receberam interconsultas e intervenção clínica e psicológica da equipe de cuidados paliativos com a introdução de opióides e benzodiazepínicos adjuvante ao tratamento em curso. Observou-se melhora dos quadros de: angústia, insônia e dor; bem como tolerância ao tratamento da doença e evolução com alta melhorada para ambos os casos. Conclui-se que o suporte psicológico associado a opióides e benzodiazepínicos, para controle de sintomas físicos e psíquicos, visando melhoria na qualidade de vida são boas opções ao tratamento de doenças de pele grave não oncológicas de difícil manejo clínico.

Palavras-Chave/Descritores: cuidado paliativo, medicina paliativa, agitação psicomotora, insônia, benzodiazepínicos, opióides, sedação paliativa consciente, controle da dor no paciente adulto crítico, Pênfigo

ABSTRACT

Severe skin lesions are part of a spectrum of diseases that generate symptoms beyond pain such as anguish, insomnia, depression and anxiety. In young patients with previous diseases or comorbidities, treatment should go beyond the use of immunosuppressants such as corticosteroids, immunoglobulins or immunomodulators. For these cases, the use of opioids and benzodiazepines is considered as an alternative or as an adjuvant to control symptoms and improve quality of life. Objective: To report the use of opioids and BDZ to control physical and psychological symptoms in patients with severe non-oncological skin disease. For this purpose, it was used the descriptive method of case report, with research in clinical records, the present work presents two cases of patients hospitalized in the ward of a public hospital with serious non-oncological skin diseases submitted to the use of opioids (morphine) and benzodiazepines (midazolam) associated with conventional disease treatment. These are two female cases aged 29 and 35 years old with a diagnosis of Pemphigus Vulgaris and Psoriatic Arthritis, respectively, followed up by dermatology teams with the use of corticoids and antibiotic therapy. The patients received consultations and clinical and psychological intervention from the palliative care team with the introduction of opioids and benzodiazepines as an adjuvant to the ongoing treatment. There was an improvement in: anguish, insomnia and pain; as well as tolerance to the treatment of the disease and evolution with improved discharge for both cases. It is concluded that psychological support associated with opioids and benzodiazepines are good options for the treatment of severe non-oncological skin diseases that are difficult to clinically manage.

Keyword/DECS: palliative care, palliative medicine, agitation psychomotor, insomnia, benzodiazepines, opioids, conscious palliative sedation, pain control in the critically ill adult patient, Pemphigus

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Escada analgésica.....	28
Quadro 2 – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton.....	29
Quadro 3 - Escala analógica visual.....	30
Quadro 4 - Escala RASS.....	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Sintomas dos pacientes antes e depois da intervenção da equipe de cuidados paliativos, Belo Horizonte, Brasil 2021 e 2022.....	31
---	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BDZ - Benzodiazepínicos

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

OMS - Organização Mundial da Saúde

A.C. - Antes de Cristo

EUA - Estados Unidos da América

SNC - Sistema Nervoso Central

CFM – Conselho Federal de Medicina

BH – Belo Horizonte

MG – Minas Gerais

HEM/FHEMIG/MG - Hospital Eduardo de Menezes / Fundação Hospitalar de Minas Gerais

PPS - Palliative Performance Scale

CTI – Centro de terapia intensiva

TOT – Tubo Orotraqueal

RCP – Reanimação Cardiopulmonar

AINE – Antiinflamatório não esteroides

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 BENZODIAZEPÍNICOS.....	14
2.2 OPIÓIDES	20
3 OBJETIVOS	23
3.1 OBJETIVO GERAL	23
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
4 METODOLOGIA	24
4.1 TIPO DE ESTUDO	24
4.2 LOCAL DO ESTUDO	24
4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	24
4.4 BUSCA DE REFERÊNCIA E VASE DE DADOS DE CONSULTA	24
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	25
5 RESULTADO – DESCRIÇÃO DOS CASOS	26
6 DISCUSSÃO	31
7 CONCLUSÃO	32
8 ANEXOS	33
8.1 LISTA DE QUADROS	33
8.1.1 Quadro 1 – Escada analgésica.....	33
8.1.2 Quadro 2 – Escala de avaliação de Sintomas de Edmonton	34
8.1.3 Quadro 3 – Escala visual analógica da dor	35
8.1.4 Quadro 4 – Escala de RASS	36
8.2 TABELA 1 – Sintomas dos pacientes antes e depois da intervenção da equipe de cuidados paliativos, Belo horizonte, Brasil 2021 e 2022	37
8. 3 TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	38
9 REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

O registro do surgimento dos Benzodiazepínicos (BDZ), como substâncias capazes de induzir o sono, gerar sedação e aliviar a dor, foram registrados em culturas antigas e, ainda no século XIX e em décadas do século seguinte, novos compostos foram sintetizados e prescritos para tais fins. No decorrer do tempo, assim como nos dias de hoje, não só a busca pelos benefícios a serem alcançados fizeram parte das discussões na classe médica, mas também aspectos como a tolerância, a dependência e a abstinência tiveram importância quanto ao uso desses medicamentos (BENIK, SOARES, SOARES, 1990).

Há discussões quanto aos riscos associados ao uso prolongado de BDZ, que são medicamentos comumente usados para tratar ansiedade e insônia. Há estudos que relacionam o uso de BDZ ao desenvolvimento de delírios e a outros efeitos adversos, como maior tempo em uso de ventilação mecânica e permanência prolongada em unidades de terapia intensiva (UTI). O seu uso abusivo é um problema grave que pode levar à dependência química. Entretanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda uso restrito a um período de dois a quatro meses e que os pacientes recebam informações sobre os riscos associados ao uso crônico (NALOTO, 2016).

Os opióides são alguns dos fármacos mais antigos. A sua descoberta, datada de 5.000 antes de cristo (A.C.) apresenta evidências quanto ao uso pelos Sumérios, descritas em seus ideogramas. Os egípcios também já utilizavam o ópio, descrito em papiros e conhecido como “ópio tebáico”, muito usado para sedação de crianças. (DUARTE, 2005).

O termo opioide se refere a um grupo de substâncias capazes de se ligar aos principais receptores de opioides (μ , κ e δ). Nos últimos anos, essa classe de medicamentos tem se consagrado como uma das principais ferramentas para o manejo da dor, especialmente de origem oncológica, mas segundo a escada analgésica da OMS (quadro 1), utilizando o Edmonton (quadro 2), ou escala analógica visual (quadro 3), após a classificação sobre a intensidade de sintomas descritas pelo próprio paciente, podemos e devemos lançar mão na prescrição de opióides, visando controle imediato de sintomas e redução do sofrimento não apenas físico, mas psíquico, social, conhecido como “dor total” desses pacientes, que se encontram com

alguma doença ameaçadora da vida, não apenas oncológica. A escala analógica visual, seria para pacientes que se encontram sem poder comunicar, por qualquer fator, seja fase final de vida, delirium, quadro neurológico, demência ou dor intensa que o impeça de comunicar (CHERNY, et al., 2021).

Deve-se utilizar algumas regras para prescrição de opióides; usando a via oral de preferência, por ser mais fisiológica e com manutenção por mais tempo de nível sérico, respeitando os intervalos corretos, de acordo com a farmacocinética, utilizando a escada analgésica, individualizando a dose, os detalhes, se antecipando aos efeitos adversos. Por isso a droga utilizada, foi a morfina, pela ação rápida, em doses baixas, intervalos curtos, podendo administrar doses de resgates entre os intervalos, conseguindo dessa forma, a analgesia mais rápida, segura e eficaz, no caso dessas pacientes, por um tempo curto, que foi a duração da sua enfermidade cutânea grave (CARVALHO, ROCHA, 2022)

Os pacientes descritos nesse estudo e outros com quadros semelhantes, vivenciam sofrimentos físicos, como dor, sofrimentos psíquicos, como tristeza, angústias e ansiedade; e sofrimentos espirituais e existenciais, como conflitos com Deus e desesperança, que se não abordados adequadamente, determinam o aumento do sofrimento do paciente e de seus familiares. Neses casos, ambos sofrimentos físicos e psíquicos estão presentes simultaneamente. A sedação paliativa passa a ser uma alternativa terapêutica naqueles pacientes em que o sofrimento se torna intolerável e refratário às medidas instituídas. Nesse caso a droga utilizada como sedação paliativa, para controle de sintomas psíquicos foi o midazolam (CHERNY, RADBRUCH, 2009).

Pacientes com doenças dermatológicas extensas e graves apresentam sintomas emocionais descompensados que podem corroborar, muitas vezes, com o desinteresse e até a não aceitação para continuidade do tratamento. Mesmo àqueles que colaboram com a propedêutica, podem atravessar o período enfrentando sintomas como dor, ansiedade, insônia e angústia, resultando em um ciclo de piora dos sintomas emocionais e físicos. Diante disto, visando colaborar com o campo da pesquisa, elaboramos a partir de estudos de casos da administração de BDZ e opióide para o controle de tais sintomas (CHERNY, et al., 2021).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Benzodiazepínicos

Há relatos, em escritos de culturas antigas, de que em rituais religiosos e procedimentos médicos já se utilizavam substâncias capazes de induzir o sono, causar sedação e alívio para as tensões cotidianas. À medida que aprofundaram os conhecimentos médicos, novos compostos foram sintetizados. No século XIX os sais de brometo foram introduzidos como ansiolíticos, já o ácido barbitúrico teve seus primeiros derivados, barbital e fenobarbital, introduzidos na prática médica no século XX. Na década de 1950 os barbitúricos tiveram sua capacidade de produzir tolerância e causar dependência reconhecidas. O clordiazepóxido foi sintetizado em 1957, originando a era dos BDZ. Em 1963 foi lançado o Diazepam como alternativa do clordiazepóxido, já o lorazepam e o flurazepam foram introduzidos em 1970 (BENIK, SOARES, SOARES, 1990).

A popularidade dos BDZ, entre a classe médica e a população em geral, se deu em função da eficácia como hipnóticos e ansiolíticos, atrelado à sua segurança. Devido a isso, passaram a ser consumidos em todo o mundo. De modo geral, ocorreu um aumento nas prescrições na década de 1960, porém, fora registrado uma queda em meados da década seguinte. Diversos estudos demonstram que grande parte das prescrições são feitas por clínicos gerais e são destinadas a pacientes com distúrbios clínicos. Na psiquiatria sua prescrição é destinada ao tratamento da ansiedade, depressão, além de distúrbios do sono (BENIK, SOARES, SOARES, 1990).

Estima-se que os BDZ estejam entre os fármacos mais prescritos nos países ocidentais. Entre os membros da classe médica, os ansiolíticos benzodiazepínicos alcançaram popularidade nas décadas de 1970 e 1980, já que demonstraram eficácia no controle de sintomas como a ansiedade, insônia, agressividade e até convulsões (AZEVEDO, ARAÚJO, FERREIRA, 2016).

No Brasil, um estudo ecológico avaliou a distribuição e a frequência de consumo dos ansiolíticos BDZ, levando em consideração as características demográficas, epidemiológicas, econômicas e sociais. Fora constatado que as capitais da região Norte possuem a menor média de consumo, em contrapartida, a região sudeste as mais elevadas. Já o fator sexo não demonstra prevalência no tocante aos transtornos mentais, porém, os transtornos considerados menores, como

a ansiedade e a depressão, apresentaram o dobro da prevalência no sexo feminino em relação ao masculino na região Sul (AZEVEDO, ARAÚJO, FERREIRA, 2016).

Um estudo realizado em uma unidade de saúde de uma cidade do interior de São Paulo, apontou que mulheres que usavam BDZ possuíam uma média de idade de 55 (cinquenta e cinco) anos e tinham baixa escolaridade. A prevalência de uso de BZD entre as mulheres cadastradas na unidade de saúde pertencia a famílias com três a quatro pessoas, com moradia própria e não beneficiárias de programas sociais governamentais. A baixa escolaridade foi apontada como um importante fator de risco para o uso de BZD, pois reduz o acesso a informações sobre os danos relacionados ao uso crônico desses medicamentos e pode contribuir para uma pior qualidade de vida, chances de desenvolver Transtornos Mentais Comuns e, conseqüentemente, aumentar a probabilidade de uso psicotr3picos (SILVA, ALMEIDA, SOUZA, 2019).

Seu uso aumentou na 3ltima d3cada em pa3ses desenvolvidos, incluindo os EUA, Austr3lia, Fran3a e Espanha. No Brasil, tamb3m 3 um medicamento popular, com 22% dos participantes de um estudo em Minas Gerais usando-o, por mais de doze meses. BDZ de a3o longa s3o especialmente preocupantes para idosos, pois podem aumentar o risco de efeitos adversos devido ao processo de envelhecimento (NALOTO, 2016).

Durante o tratamento da ins3nia e/ou ansiedade, estudos mostraram o uso indevido quanto ao tempo, chegando a v3rios meses ou anos. Este, sem a devida supervis3o m3dica, tem crescido nos 3ltimos anos, levando 3 preocup3o na 3rea da sa3de p3blica, visto que h3 efeitos adversos que n3o devem ser ignorados, como a diminu3o da cogni3o, redu3o da coordena3o, toler3ncia assim como a depend3ncia, entre outros. Mesmos 3queles que necessitam de uso prolongado, recebem prescri3o m3dica, por3m, carecem de informa3oes quanto aos riscos (SOUZA, OPALEYE, NOTO, 2013).

A rela3o dos BDZ com s3tios de liga3o, presentes no Sistema Nervoso Central (SNC), sugerem a exist3ncia de receptores para essas drogas, e algumas evid3ncias indicam a exist3ncia de mais de um tipo de receptor para os BDZ, de modo que uma das regi3es de maior concentra3o de receptores encontram-se em por3oes do sistema l3mbico (hipocampo e bulbo olfator3o), levando a sua rela3o com a a3o ansiol3tica. A concentra3o em 3reas dos n3cleos tal3micos, relacionadas com a consci3ncia, tem a3o hipn3tico-sedativa, enquanto receptores na camada do c3rtex

cerebral estão relacionados à ação anti-convulsivante (BENIK, SOARES, SOARES, 1990).

Os mecanismos envolvidos na tolerância podem ser abordados de diferentes maneiras e que suas ações sedativas ansiolíticas e anticonvulsivantes sejam mediadas por alterações em diversos sistemas. Dessa forma, a tolerância se desenvolve de forma diferente aos diversos efeitos. Ademais, no tocante à sua dependência e à abstinência, houveram, na década de 1970, relatos clínicos sendo expostos, com frequência, em publicações médicas. Embora se considere a utilização segura por até quatro meses, a dependência pode surgir antes do fim deste período. Os sintomas da abstinência, como tremores, espasmos musculares, cefaleia, insônia, distúrbios gastrointestinais, fotofobia, ataques de pânico, ansiedade, entre outros, podem surgir após quatro a seis semanas de utilização da droga (BENIK, SOARES, SOARES, 1990).

O envelhecimento da população brasileira traz desafios para a saúde, pois os idosos apresentam maior número de doenças crônicas e menor capacidade financeira e social. O uso de medicamentos é comum entre os idosos, devido à prevalência de doenças crônicas e ao marketing farmacêutico. No entanto, a prescrição de múltiplos fármacos pode aumentar o risco de eventos adversos nesta população mais vulnerável. Os BDZ, comumente usado por idosos com insônia e ansiedade, são considerados inapropriados para essa faixa etária e seu uso crônico pode trazer consequências graves, como dependência e tolerância (ALVIM, 2021).

Há estudos que relacionam o uso de BDZ ao desenvolvimento de delirium em pacientes de diferentes faixas etárias e condições de saúde. Apesar de existirem ensaios clínicos randomizados que demonstram essa relação, muitos deles apresentam descobertas inclusivas ou foram interrompidos devido a efeitos adversos graves, como sedação intensa. Alguns estudos apontam que a exposição a BDZ é o único fator de risco para o desenvolvimento de delirium no dia seguinte à exposição em comparação com o estado mental normal. Os efeitos adversos do uso de BDZ incluem maior duração e desenvolvimento de delirium, maior duração da ventilação mecânica, permanência mais longa na UTI. Alguns estudos focam no uso desses medicamentos para o manejo do delirium hiperativo em cuidados paliativos, mas a literatura é limitada e baseia-se principalmente em ensaios clínicos randomizados com delirium terminal e delirium tremens (GONÇALVES, PELLISSARI, PAIVA, 2020).

O uso abusivo de BDZ, uma classe de psicofármacos usados para tratar transtornos de ansiedade, é um problema grave que pode levar à dependência química. Embora sua eficácia tenha levado ao uso generalizado em muitos países ocidentais, a OMS recomenda que seu uso seja restrito a um período de dois a quatro meses. O uso prolongado pode levar à dependência química, síndrome de abstinência e tolerância, bem como a efeitos colaterais indesejáveis, incluindo depressão do SNC. O abuso de BDZ é especialmente comum entre as mulheres e pode ser causado por fatores como exclusão social, falta de informação sobre a droga e maior exposição à prescrição médica. Além de suas propriedades químicas, os medicamentos utilizados para aliviar o sofrimento também têm uma dimensão simbólica, participando do modo como cada indivíduo apreende sua relação consigo mesmo e com os outros (SILVEIRA, ALMEIDA, CARRILHO, 2019).

Um estudo com informantes-chave no município de São Paulo entrevistou 19 (dezenove) pessoas, incluindo sete médicos de diferentes especialidades, duas psicólogas, quatro farmacêuticos, um fiscal da Vigilância Sanitária e cinco usuários com histórico crônico de BZDs. Entre os usuários entrevistados, a maioria utilizava a medicação para distúrbios do sono ou transtornos de ansiedade e alguns apresentaram progressão do uso, substituição entre os BDZs e dependência. A falta de orientação médica sobre os riscos da terapia com os BDZs foi observada pelos entrevistados, assim como a indicação inicial do medicamento por amigos, vizinhos e/ou familiares. Os BDZs são populares devido ao seu preço baixo (ORLANDI, NOTO, 2005).

O uso de medicações para tranquilizar pacientes agitados visa obter uma redução significativa dos sintomas de agitação e agressividade sem a indução da sedação excessiva ou prolongada. Os antipsicóticos convencionais, como haloperidol e clorpromazina, BDZ, como Diazepam, lorazepam e midazolam, e antipsicóticos de nova geração, como olanzapina, aripiprazol e ziprasidona, são os medicamentos mais utilizados. No entanto, cada classe de medicamentos tem seus próprios efeitos colaterais, e o médico deve avaliar o risco-benefício de cada opção antes de prescrever. Os BDZ são medicamentos sedativos e ansiolíticos, mas devem ser evitados em pacientes com função respiratória prejudicada ou com suspeita de traumatismo crânio-encefálico (MANTOVANI, 2010).

A ansiedade antecipatória, assim como sintomas físicos, esquivia e baixa autoestima, são sintomas que afetam indivíduos que apresentam fobia social, com medo intenso e duradouro de agir inadequadamente em situações sociais. O tratamento médico consiste em medicamentos, como betabloqueadores, antidepressivos e BDZ, combinados com psicoterapia cognitivo-comportamental. O tratamento pode ajudar as pessoas a se sentirem mais seguras em situações sociais e melhorar sua qualidade de vida (NARDI, 1999).

O uso de BDZ tem aumentado significativamente e estima-se que o consumo possa dobrar a cada cinco anos. Em Belo Horizonte (MG), por exemplo, o uso de agentes ansiolíticos-hipnóticos em idosos atingiu uma grande porcentagem e pode ser resultado de um período turbulento na história da humanidade, além de hábitos de prescrição inadequados e propaganda da indústria farmacêutica. Embora relativamente seguros, esses medicamentos têm efeitos colaterais relacionados à depressão do SNC, como diminuição da atividade psicomotora, prejuízo na memória, tolerância e dependência, além da interação perigosa com outras drogas depressoras, como o álcool. A orientação médica é fundamental para minimizar os efeitos colaterais e prevenir a dependência, incluindo a prescrição cuidadosa, monitoramento cuidadoso e incentivo o uso racional. A falta de conhecimento suficiente em psicofarmacologia pode levar à prescrição acrítica e desbalanceada. A qualidade da orientação médica sobre os efeitos colaterais relevantes dos BDZ precisa ser avaliada (AUCHEWSKI, 2004).

A definição de sedação paliativa compreende a utilização de medicamentos que determinam a redução do nível de consciência, com o objetivo de aliviar adequadamente um ou mais sintomas refratários, intensos e intoleráveis em pacientes com doença avançada em fase terminal, com expectativa de dias a poucas semanas de vida, como o sofrimento psíquico extremo (CASTILHO, SANTOS, 2021).

Usamos doses baixas do sedativo, no intuito de reduzir o sofrimento do paciente, sem acelerar nenhum processo de morte, tendo respaldo legal e no Conselho Federal de Medicina (CFM), que no manual de ética, reforça que se trata de ortotanásia; sem acelerar nenhum processo de morte, permitindo que a doença siga seu curso natural, corroborando com dados da literatura, em que a sedação paliativa, não diminui o tempo de vida. Indicada também quando não existe tempo hábil para

controle dos sintomas e na tentativa de se proporcionar uma morte mais digna (BOZZARO, SCHILDMANN, 2018).

Na maioria das vezes, o sofrimento psíquico está acompanhado de sintomas físicos. Desse ser necessária uma abordagem multidisciplinar e da equipe de cuidados paliativos para a tomada de decisão em relação ao início da sedação paliativa, o que deverá ser revisado regularmente pela equipe, criando maior vínculo com o paciente e seus familiares, permitindo a abordagem de questões relacionadas à ansiedade, depressão e ao próprio sofrimento existencial, e a sedação paliativa intermitente é uma medida inicial interessante nesses casos, utilizada nos dois casos à noite, com excelente resposta. Opióides não devem ser utilizados como sedação, por serem analgésicos e não drogas sedativas, podendo causar intoxicação e efeitos colaterais graves e conseqüentemente, abreviar a vida do paciente. Devemos restringir os opióides, então para controle de dor, dispnéia e tosse (TWYXCROSS, 2019).

A droga mais utilizada é o midazolam, como sedação paliativa, devido menor risco de efeitos colaterais, meia vida curta e maior conhecimento dos profissionais da equipe multidisciplinar no seu manuseio, podendo ocorrer em domicílio ou ambiente hospitalar. Posteriormente, usamos a escala de RASS (quadro 4) para avaliação do conforto do paciente, associado a informação do controle dos sintomas pela comunicação com a família, redução da frequência cardíaca e respiratória, além de mudança da fisionomia, com fácies relaxada e com conforto, ou através do próprio relato do paciente, quando possível. Devemos manter as medicações em uso, como opióides, buscopam, antieméticos, suporte multidisciplinar a família e paciente (GURSCHICK, MAYER, HANSON, 2015).

2.2 Opióides

Extraído da planta *Papoula Papaver Somniferum*, o ópio que é de origem grega recebeu várias nomenclaturas desde sua descoberta, tais como: “planta da alegria”, “mecônio”, “rosh”, “água de fel”, “Dia-kodium” e etc. Seus efeitos variam desde euforia, alterações do humor até efeitos recompensadores (RANGEL, TELLES, 2012).

O processo de obtenção do ópio não sofreu grandes variações no decorrer dos séculos. Em resumo, o processo é iniciado duas semanas após a queda das folhas, quando as cápsulas que contêm as sementes endurecem. Ao anoitecer, a cápsula é escarificada com incisões rasas permitindo fluir o látex. Deixa-se então que ele se adense, graças à evaporação, na própria superfície da cápsula, do que resulta uma goma marrom que é removida, na manhã seguinte, com um instrumento de ferro com a forma de uma pá de pedreiro pequena. Essa goma é então transformada em pó (DUARTE, 2005).

Sabe-se hoje que um quarto do peso do pó de ópio é constituído por pelo menos 25 alcalóides que foram classificados em dois grupos distintos, por razões de ordem química e farmacológica. O grupo mais importante é representado pelos derivados do fenantreno, que exercem suas ações, primariamente, sobre o SNC. A morfina, protótipo desse grupo, representa 10% dos alcalóides do ópio. A codeína (metil-morfina) foi isolada por Robiquet, em 1832, e a tebaína (dimetil-morfina) foi isolada por Pelletier e Thibouméry, em 1835. A codeína e a tebaína representam, respectivamente, 0,5% e 0,2% dos alcalóides do ópio. Os derivados da benzil-isoquinolina, segundo grupo dos alcalóides do ópio, exercem, basicamente, ação espasmolítica, e têm como principal representante a papaverina que representa 1% dos alcalóides do ópio. Depois que foi estabelecida a estrutura química dos derivados naturais do ópio, vários derivados semi-sintéticos foram obtidos por modificações relativamente simples na molécula da morfina e da tebaína. Destacam-se a diidromorfinona (Dilaudid®), a acetil-morfina (dionina), a 6-metil-diidromorfinona (Metopon®), a l-14-hidroximorfinona (oximorfam ou numorfam) e a diacetilmorfina (heroína) (DUARTE, 2005).

Atualmente, por meio do ópio, o opióide mais usado é a morfina. Classificada como um dos analgésicos mais fortes, no terceiro degrau da escada analgésica da OMS, foi descoberta na Alemanha por Freidrich Sertuner. Usada para casos de dores intensas e dores crônicas. Seu mecanismo de ação se dá pela ação direta no receptor mu, associado a reação analgésica, inibindo a liberação de neurotransmissores como

a acetilcolina e a noradrenalina. Alguns dos efeitos colaterais deste medicamento, tais como: náuseas, sedação e confusão mental, podem ser potencializados caso haja interações medicamentosas, por este motivo, é importante que seja acompanhado por um médico (DUARTE, 2005).

O termo opióide foi proposto por Acheson para agrupar drogas com ações semelhantes às da morfina, porém com estrutura química diferente. Contudo, o conceito de opióide evoluiu e passou a incluir todas as substâncias naturais, semi-sintéticas ou sintéticas que reagem com os receptores opióides, interagindo de forma agonista ou antagonista. Todos os efeitos dos opióides, inclusive os adversos, são conseqüentes a complexas interações entre essas drogas e receptores específicos, identificados ao longo do sistema ascendente de transmissão da dor e do sistema descendente inibitório (DUARTE, 2005).

A possibilidade de administrar opióides por outras vias além da oral, da subcutânea e da muscular possibilitou a ampliação terapêutica através de sua administração por via espinhal, transdérmica, submucosas (nasal e sublingual) e a intra-articular (DUARTE, 2005).

A administração de opióides por via espinhal, quer no espaço subaracnóideo quer no espaço peridural, teve suporte nos trabalhos experimentais em ratos, nos quais ficou demonstrado intensa analgesia pela injeção de opióides no espaço subaracnóideo, através de um cateter permanentemente inserido, e também na identificação de receptores de opióides na substância gelatinosa da medula espinhal, principalmente nas lâminas 1, 2 e 5 de Rexed. Os primeiros trabalhos relatando resultados favoráveis em pacientes humanos, portadores de dores crônicas, foram publicados em 1979 por Wang e col. e por Behar e col., utilizando, respectivamente, a via subaracnóidea e a via peridural. Rapidamente o emprego dessas vias ganhou aceitação não só para o controle da dor crônica como também para o da dor aguda pós-operatória (DUARTE, 2005).

A morfina é um potente agonista de receptores μ , conhecida clinicamente há quase 200 anos, apresenta baixa biodisponibilidade (35%), devido ao metabolismo de primeira passagem hepática, que abrange cerca de 90% da morfina absorvida por via oral. Apresenta excreção por via renal, devendo-se estar atento para ajuste e redução de doses em pacientes com insuficiência renal, não sendo os casos das pacientes descritas nesse estudo (RADBRUCH, et al., 2020).

Pode ser administrada por via oral, endovenosa, intramuscular, subcutânea, intraespinhal e retal. Não existe dose teto para a morfina quando utilizada para dor oncológica ou em pacientes em cuidados paliativos, atentar para efeitos colaterais (constipação, xerostomia, sonolência, retenção urinária, delirium, etc.) e intoxicação (rebaixamento do sensório, mioclonias, bradicardia, hipotensão, pupilas mióticas, etc.). Desse modo, o uso deve ser titulado gradativamente para o melhor controle da dor com os menores efeitos adversos possíveis. Pelo risco da dose para causar rebaixamento do sensório, estar muito próxima da dose tóxica, os opióides são proscritos como sedação paliativa (RADBRUCH, et al., 2020).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Relatar o uso de opióides e BDZ no controle de sintomas físicos e psíquicos em pacientes com doença de pele grave não oncológica.

3.2 Objetivos específicos

Descrever a dose mínima necessária de opióides e BDZ para redução de sintomas físicos e psíquicos associados ao tratamento específico para doenças de pele grave não oncológicas.

Monitorar a resposta subjetiva do paciente com doenças de pele grave não oncológicas acerca dos sintomas físicos e psíquicos associados ao uso de opióides e BDZ.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipos de estudos

Estudo tipo relato de caso a partir de investigação de prontuário clínico de paciente com doença de pele grave internadas em hospital público especializado em doenças infectocontagiosas.

4.2 Local do estudo

Prontuário Clínico da Enfermaria do Hospital Eduardo de Menezes/Fundação Hospitalar de Minas Gerais (HEM/FHEMIG/MG)

4.3 População de estudo

Prontuário clínico de duas pacientes do sexo feminino, com idade de 29 e 35 anos que estiveram internadas na enfermaria do HEM/FHEMIG/MG com doenças de pele graves que receberam interconsulta da equipe de cuidados paliativos.

O critério de inclusão foram pacientes que receberam interconsulta com a equipe de cuidados paliativos no período entre janeiro e agosto de 2022, sendo estas, solicitadas pela equipe de dermatologia para apoio no controle de sintomas físicos e psíquicos.

4.4 Busca de referência e base de dados consultadas

Foram consultadas as bases de dados do MEDLINE e BIREME utilizando as Palavras-Chave/Descritores cuidado paliativo, medicina paliativa, agitação, insônia, benzodiazepínicos, opióides, midazolam, morfina, sedação, sedação paliativa, controle da dor no paciente adulto crítico, Pênfigo, Síndrome de Hipersensibilidade a medicamentos (DRESS) nos idiomas português e inglês nos últimos cinco anos.

Após seleção dos artigos pertinente ao assunto foram selecionados 40 (quarenta) destes, entre eles artigos científicos, manuais e livros.

4.5 Aspectos Éticos

Foram respeitados os aspectos éticos de acordo com a, Resolução CNS Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da FASEH e da FHEMIG e encontra-se em fase de análise. O número é CAAE XXX em XX/XX/XXXX.

5 RESULTADO – DESCRIÇÃO DOS CASOS

As pacientes apresentavam dor intensa, insônia e sofrimento psíquico importante, recebendo Morfina para dor severa e Midazolam para o tratamento das duas últimas condições com boa resposta, motivo pelo qual nos incentivou a descrever tais casos a fim de disseminar e compartilhar a experiência.

CASO 1

O primeiro, N.D.H., caso trata-se de uma mulher de 29 anos, natural de Belo Horizonte (BH), moradora de Brumadinho, trabalhava como secretária em uma escola local, mãe de uma filha de 9 anos de idade, diagnosticada em março de 2021 com Pênfigo Vulgar, acompanhada pela Dermatologia do HEM, internação em 30/03/2022. Durante a internação fez uso de Dexametasona (dose equivalente a 75mg de prednisona por dia), Micofenolato 1,5 grama em 11 de abril de 2022 e Clavulin (30 de março a 06 de abril de 2022). Além disso, realizou pulsoterapia com Metilprednisolona em dose de 1 grama durante 03 dias, de 04 a 06 de abril de 2022, e com Ciclofosfamida 1 grama em 08/04/2022. História prévia de pulsoterapia com ciclofosfamida mensal por 6 meses (primeira dose em 09/03/2022 e segunda dose em 08/04/2022). Uso prévio de azatioprina 100mg/dia por 6 meses, além de dapsona pelo mesmo período do tempo. Laqueadura tubária em 08/2021. Uso de Ceftriaxona (21 a 28 de março de 2022); Cefalotina(29 a 30 de março de 2022); Ciprofloxacino(29 a 30 de março de 2022); Oxacilina (10 a 20 de março de 2022) devido infecção de feridas cutâneas, associada a leucocitose persistente, provavelmente secundária ao uso crônico do corticoide. Relato de alergia a metoclopramida, G1P1A0.

Exames de relevância clínica, apresentava um anatomo-patológico de uma biópsia de pele de 31 de maio de 2021; “epiderme com extensa áreas de clivagem acantolítica, predominantemente suprabasal, formando vesícula, bolha, com conteúdo escassamente preservado”. A derme contém moderado infiltrado inflamatório linfoplasmohistiocitário com alguns neutrófilos e eosinófilos associados, de distribuição perivascular/intersticial”. Conclusão: compatível com Pênfigo Vulgar. Revisão da lâmina em 06 de janeiro de 2022; “ confirmando dermatite crônica com clivagem acantolítica, compatível com pênfigo imunomediado. O padrão de clivagem é predominantemente suprabasal por vezes intraepidérmico. NOTA: Achados

favorecem Pênfigo Vulgar, Pênfigo Folíaceo ou Pênfigo Misto, não havendo elementos histológicos de Lupus Eritematoso Sistêmico ou psoríase”. Revisão Laboratorial de 13 de abril de 2022: Creatinina 0,5; uréia 44; TGO 18; TGP15; sódio 137; Proteína C Reativa 346; potássio 3,8; Hemoglobina 9,8; Leucócitos 7100; plaquetas 436.000. Resumindo, diagnóstico claro, objetivo e específico que se tratava de uma doença cutânea grave, extensa, o Pênfigo, com exames laboratoriais, pouco alterados. Paciente apresentava dor, angústia e ansiedade, mantendo parâmetros clínicos estáveis.

Paciente internada no HEM de 30 de março a 23 de abril de 2022, com extensas lesões cutâneas, necessidade de curativos diários, com ataduras em quase todo corpo; tronco, abdome e membros, exceto extremidades. Solicitado interconsulta com equipe multidisciplinar de Cuidados Paliativos do HEM, com admissão em 13/04/2023, para controle de dor. Ao ser admitida pelo médico e enfermeira, a mesma se encontrava na enfermaria, em decúbito ventral, com ataduras cobrindo todo o seu corpo, exceto a região cefálica, mãos e pés. Chorava bastante, acompanhada da mãe, queixando muita dor, insônia e angústia diante da situação, com PPS (Palliative Performance Scale) em torno de 20%. Aplicada escala ESAS/ EDMONTON, para classificação de sintomas físicos, psíquicos, muito utilizada na prática, por uma equipe de cuidados paliativos, onde se indentificou; Dor 7/10 (em uso de metadona e cetoprofeno), hiporexia 8/10, xerostomia 10/10, insônia 5/10 e angústia, tristeza e depressão 10/10, sintomas classificados pela própria paciente, que se encontrava chorosa, em posição ventral pela dor e lesões extensa no dorso, acompanhada da mãe. Ambas estavam cientes do diagnóstico da doença, mas não do seu prognóstico.

Ao ser abordada pelo médico e enfermeira da equipe, a mesma revelava, uma angústia e sofrimento psíquico intensos, devido a dor, lentidão da melhora, limitação funcional, que lhe causava insônia, estava há 10 dias sem dormir. Realizado acolhimento, enfermeira da equipe trabalhou com a paciente, explicamos nosso plano de cuidado, objetivando a melhora dos sintomas e da qualidade de vida, a mesma se mostrou agradecida e a resistência inicial a morfina, logo foi deixada de lado, após explicações sobre as dúvidas dos benefícios em dose baixa, sem risco de vício ou estigmatização do opióide.

Na conduta, indicamos a paciente como Cuidados Paliativos Complementar A, por se tratar de paciente jovem com doença ameaçadora da vida, mas com proposta

de melhora clínica e estabilização das lesões cutâneas, com indicação de Centro de terapia intensiva (CTI), tubo orotraqueal (TOT), reanimação cardiopulmonar (RCP), diálise, por se mostrar proporcional no momento. Otimizada então dose intermitente de morfina cerca de 2mg de 4/4h endovenoso, mais 2mg de resgate, para os intervalos do opióide fixo, durante picos de dor, além de dipirona fixa como droga adjuvante. Orientado fazer dose de resgate de morfina antes do banho e troca de curativo de 2mg, de acordo com os protocolos que consideram 1/6 a 1/0 da dose de resgate diária do opióide. Suspenso metadona, por ser um opióide de ação errática, com meia vida de horas a dias, apesar da sua ação na dor neuropática, não teríamos controle para ajuste de dose da paciente, não devendo ser utilizado como bolus. Retirado o anti-inflamatório não esteroides (AINE) pelo risco de nefrotoxicidade e interação com drogas imunossupressoras e nefrotóxicas, além de já estarem em uso de corticoterapia que apresentaria a mesma função, sem os efeitos adversos renais. Prescrito também midazolam na bomba de infusão contínua a 2mg/h, como sedação intermitente paliativa, devido a insônia e angústia, conforme indicação da literatura, no período noturno de 20h às 7h. (CARVALHO, Ricardo Tavares, et al, 2022). No dia seguinte a paciente referiu melhora significativa da dor, da angústia e que havia dormido bem, sem sofrimento. No terceiro dia, a paciente já tinha mostrado melhora da funcionalidade, com aumento de PPS para 80%, conseguindo deambular, com dor bem controlada e tolerando troca de curativos, pois era feito bolus de 2mg de morfina e dipirona prévios ao procedimento, conforme orientação da equipe. Com a regressão das lesões a paciente teve alta hospitalar em duas semanas. Para xerostomia, foi orientado uso de KY gel na orofaringe, picolés. Impressionante a melhora clínica dos sintomas físicos como a dor e xerostomia, além do intenso sofrimento psíquico, em poucos dias, demonstrando que o tratamento curativo, deve ser acompanhado por uma equipe de cuidados paliativos no início, como um protocolo institucional, a fim de que se tenha melhora da qualidade de vida e alívio do tratamento, concomitante ao tratamento da doença de base que ameaça a vida do paciente.

CASO 2

Segundo caso, C.S.R., trata-se de uma mulher de 35 anos com história patológica pregressa de Artrite Psoriásica diagnosticada no ano da admissão, sendo

o último episódio em 2013, e Psoríase desde os 12 anos, em acompanhamento com Dermatologia do HEM. Internada no HEM em 09/08/2022, devido progressão da doença em sentido crânio caudal, com acometimento de face, membros superiores inferiores, tronco, região genital, com hipóteses diagnósticas de psoríase eritrodérmica ou farmacodermia. A paciente informa uso frequente de corticóides intra-articulares, Diprosan intra-muscular e múltiplos antiinflamatórios. Além disso, relata uso recente de Acitretina, suspenso em Julho por agravo de lesões, Isoniazida desde 20 de julho de 2022, devido PPD em torno de 7mm, para tratamento de tuberculose latente no imunossuprimido (ILTb). Programação para uso de Adalimumabe por reumatologista. Uso prévio de metotexate. História prévia de hipotireoidismo, uso de levotiroxina 25mcg por dia, negava alergias medicamentosas.

Ao ser admitida pela equipe de cuidados paliativos, em 11 de agosto de 2022, a mesma se encontrava com lesões eritemato-descamativas em progressão acometendo face, tronco, região genital e membros, como descrito acima, com PPS 20% a admissão, acompanhada do marido. Havia as hipóteses diagnósticas de Psoríase eritrodérmica ou farmacodermia, este último causado por antiinflamatórios ou pela isoniazida. Queixava muita dor, sensação de pele “pegando fogo”, com insônia há 3 dias e angústia intensa, além de muita ansiedade. Aplicada escala de ESAS/EDMONTON, onde a mesma classificou dor 9/10; insônia 9/10; angústia 9/10. Abordada pelo médico e pela psicóloga da equipe de cuidados paliativos, onde foram acolhidas, todas as queixas da paciente, explicando sobre os objetivos de cuidados, para controle dos sintomas e redução do sofrimento da mesma.

Indicado Cuidados Paliativos Complementar A, por se tratar de paciente jovem com doença ameaçadora da vida, mas com proposta de melhora clínica e estabilização das lesões cutâneas, com indicação de CTI, TOT, RCP, diálise, por se mostrar proporcional no momento. Novamente trocado metadona por morfina 2mg endovenosa de 4/4h, mais a dose de resgate entre os intervalos, além do midazolam 1mg/h, como sedação intermitente, noturna (Duração de 20h às 7h) para angústia e insônia, conforme protocolo de indicação de sedação paliativa ZAPOROWSKA-STACHOWIAK, I. et al., 2021). Paciente em dois dias apresentou melhora significativa da dor, angústia e funcionalidade. Mantendo sempre de forma adjuvante, o tratamento específico para a doença de base com a clínica assistente, nesse caso sem dipirona fixa como adjuvante, devido suspeita de farmacodermia (necrólise epidérmica tóxica),

considerando o paracetamol, como essa droga. A paciente em um dia evoluiu com uma melhora considerável da queixa álgica, da insônia, visivelmente mais confortável, sem angústia, sono preservado. Bolus de resgate de morfina de 2mg endovenosa, antes dos curativos e banhos de aspersão. Apresentou estabilização e melhora das lesões, confirmando farmacodermia secundária a AINE, estabilização da dor, humor, melhora da qualidade de vida, alta em 17 de agosto de 2022, reforçando a necessidade de criação de protocolos e publicação de casos, para mostrar a importância do controle de sintomas físicos e psíquicos juntos com o tratamento curativo diante de doenças cutâneas graves, com ameaça a vida do paciente. A ação precoce, permitiu uma melhora na qualidade de vida da paciente, sem nenhuma interferência ao tratamento curativo ou suporte intensivo, que ambas não necessitaram, mas tiveram seu objetivo de cuidados, individualizados e traçados.

6 DISCUSSÃO

Os dois casos apresentados destacam a importância dos Cuidados Paliativos no manejo de sintomas em pacientes com condições graves e debilitantes. No caso 1, uma mulher jovem diagnosticada com Pênfigo Vulgar foi assistida pela equipe de Cuidados Paliativos para o controle da dor, insônia e angústia associadas à sua condição. O uso de morfina e midazolam mostrou-se eficaz no alívio dos sintomas, resultando em melhora significativa da funcionalidade e qualidade de vida da paciente.

No caso 2, uma mulher com história de Artrite Psoriásica e Psoríase apresentou lesões eritemato-descamativas em progressão, causando dor intensa, insônia e angústia. Novamente, o uso de morfina e Midazolam demonstrou ser efetivo no controle dos sintomas, resultando em melhora da dor, angústia e funcionalidade da paciente.

A discussão sobre BDZ, destaca sua história, popularidade e uso indevido. Os BDZ são amplamente prescritos como hipnóticos, ansiolíticos e no tratamento de distúrbios do sono e ansiedade. No entanto, seu uso prolongado e indevido pode levar a efeitos adversos, dependência e tolerância (BENIK, SOARES, SOARES, 1990).

É importante ressaltar que o uso de BDZ deve ser cuidadosamente avaliado, especialmente em populações vulneráveis, como idosos. O envelhecimento da população brasileira e o maior número de doenças crônicas entre os idosos aumentam a probabilidade de uso inadequado de medicamentos, incluindo BDZ. Esses medicamentos são considerados inapropriados para idosos devido aos riscos de eventos adversos, como dependência e tolerância (ALVIM, 2021).

Além disso, estudos relacionam o uso de BDZ ao desenvolvimento de delirium em pacientes de diferentes faixas etárias e condições de saúde. A exposição a BDZ pode aumentar a duração e o desenvolvimento de delirium, além de prolongar a ventilação mecânica e a permanência na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (GONÇALVES; PELLISSARI, PAIVA, 2020).

7 CONCLUSÃO

Portanto, os casos apresentados destacam a importância dos cuidados paliativos no manejo de sintomas em pacientes com condições graves, em pacientes com doenças dermatológicas graves, onde sintomas como angústia, tristeza, ansiedade, insônia, dor, sofrimento psíquico, costumam ser negligenciados, pela falta de experiência e conhecimento, devendo-se manter o tratamento dos mesmos, para manter a qualidade de vida e redução da aflição sentida pelo paciente, diante de uma doença ameaçadora da vida, concomitante com o terapêutica para a doença de base instituída, sem nenhum prejuízo ou interferência para essa última.

E o objetivo do trabalho, seria ajudar na elaboração de protocolos e divulgação do tratamento dos sintomas físicos e psíquicos desses pacientes, com doenças dermatológicas graves, onde não se observa nenhum estudo, ou descrição de acompanhamento e relação com os sintomas físicos e psíquicos que estes pacientes possuem, com cuidados paliativos, controle de dor ou sedação paliativa, onde se observaram desfechos favoráveis, boa tolerabilidade às medicações, mantendo o tratamento específico para doença de base, com melhora dos sintomas pro paciente, acompanhado de acolhimento familiar, reduzindo tempo de internação, complicações, com aumento de qualidade de vida.

8 ANEXOS

Anexo 1

Quadro 1 – Escada analgésica

(Menor dose de opióide forte do que dose alta de opióide fraco)

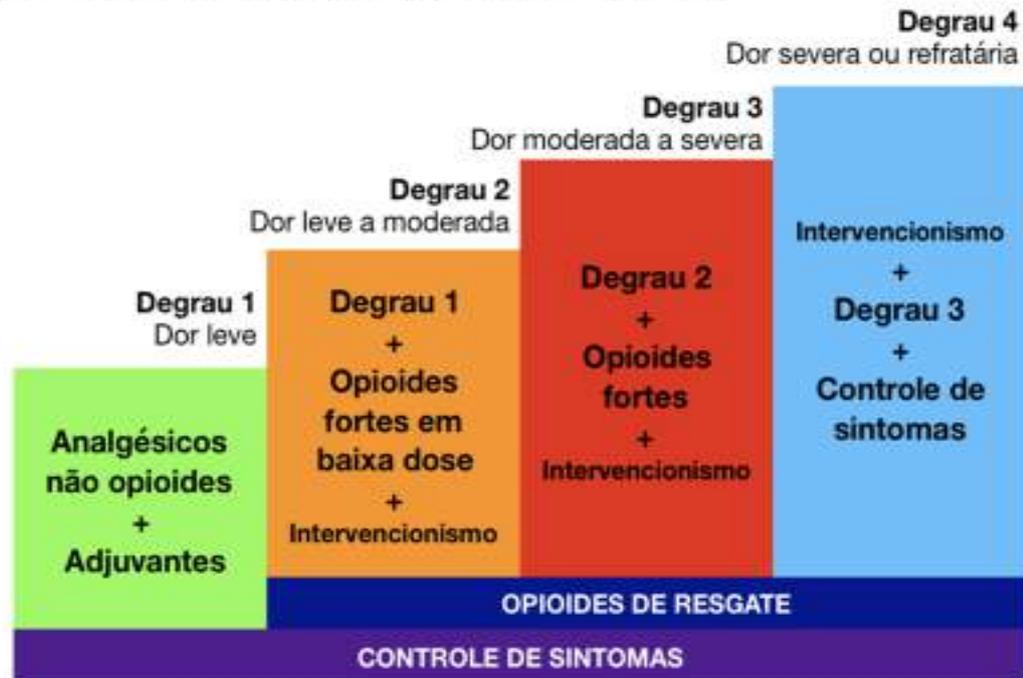


Imagem 2- Escada Analgésica da ANCP. Adaptado de: Castilho RK. Manual de Cuidados Paliativos, 3ª edição. Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP. São Paulo, maio de 2021.

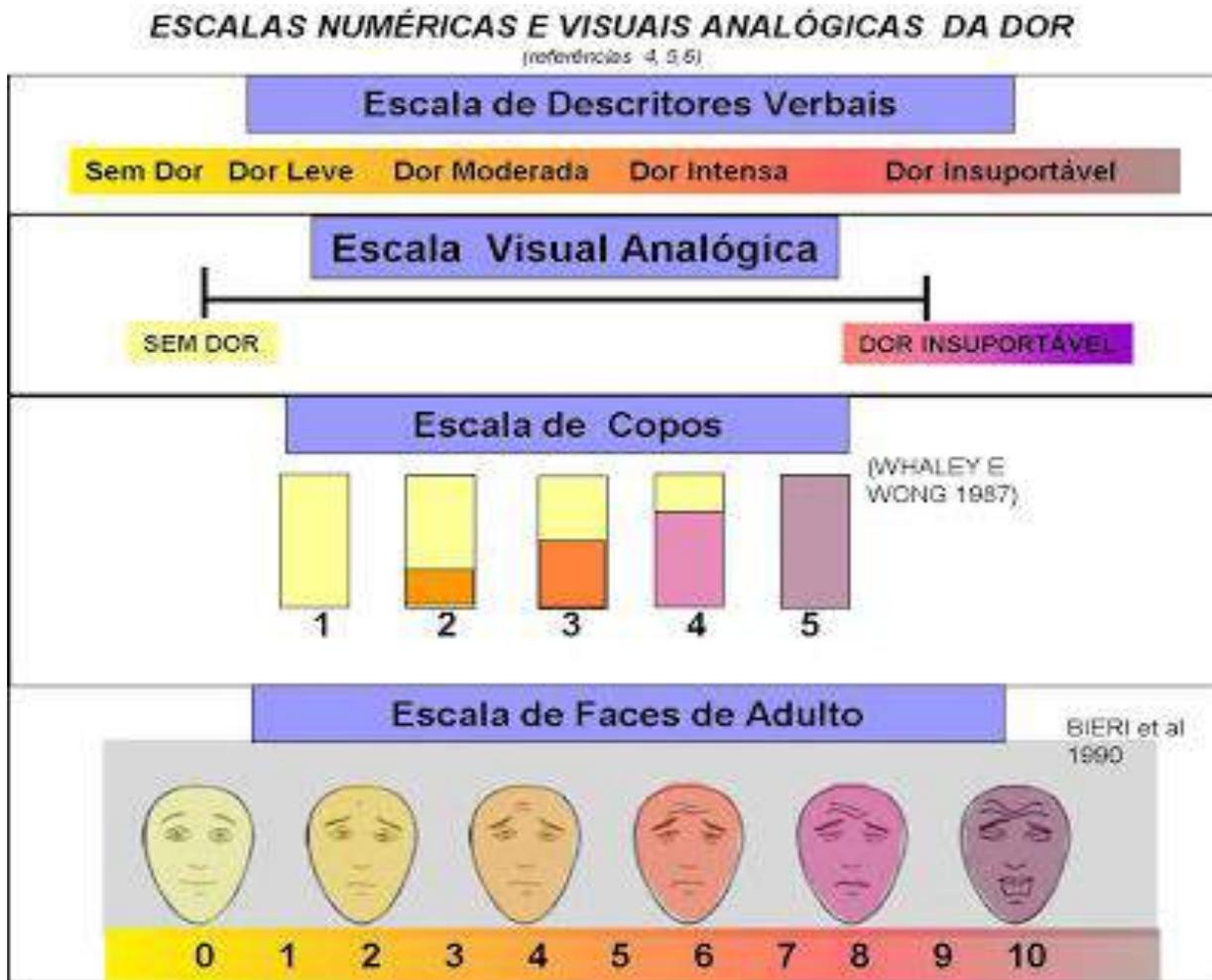
Quadro 2 – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-r)		
Por favor, circule o número que melhor descreve como você está se sentindo agora		
Sem Dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Dor Possível
Sem Cansaço Cansaço = falta de energia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Cansaço Possível
Sem Sonolência Sonolência = sentir-se com sono	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Sonolência Possível
Sem náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior náusea possível
Com apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Apetite Possível
Sem Falta de Ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Ar Possível
Sem Depressão Depressão = sentir-se triste	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Depressão Possível
Sem Ansiedade Ansiedade = sentir-se nervoso	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Ansiedade Possível
Com Bem-Estar Bem-Estar/Mal-Estar = como você se sente em geral	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Mal-estar Possível
Sem _____ Outro problema (por exemplo, prisão de ventre)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior _____ possível

Chart 3 – ESAS-r Brazilian Portuguese version. Porto Alegre, RS, Brazil, 2011.

Fonte: Castilho RK, Santos da Silva VC, Pinto CS. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP** – 3 edição 2021

Quadro 3 – Escala visual analógica da dor



Fonte: Castilho RK, Santos da Silva VC, Pinto CS. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP – 3 edição 2021**

Quadro 4 – Escala de RASS

Escore	Termos	Descrição
+4	Combativo	Francamente combativo, violento, levando a perigo imediato da equipe de saúde
+3	Muito agitado	Agressivo, pode puxar tubos e cateteres
+2	Agitado	Movimentos não intencionais frequentes, briga com o respirador (se estiver em ventilação mecânica)
+1	Inquieto	Ansioso, inquieto, mas não agressivo
0	Alerta e calmo	
-1	Torporoso	Não completamente alerta, mas mantém olhos abertos e contato visual ao estímulo verbal por mais de 10 segundos
-2	Sedado leve	Acorda rapidamente e mantém contato visual ao estímulo verbal por menos de 10 segundos
-3	Sedado moderado	Movimento ou abertura dos olhos, mas sem contato visual com o examinador
-4	Sedado profundamente	Sem resposta ao estímulo verbal, mas tem movimentos ou abertura ocular ao estímulo tátil/físico
-5	Coma	Sem resposta aos estímulos verbais ou ao exame físico

Fonte: Carvalho RT, Rocha JÁ, Franck EM. **MANUAL DA RESIDÊNCIA DE CUIDADOS PALIATIVOS** Abordagem multidisciplinar, 2022

Anexo 2

TABELA 1 - Sintomas dos pacientes antes e depois da intervenção da equipe de cuidados paliativos, Belo Horizonte, Brasil 2021 e 2022.

Escala de Edmonton	Caso 1		Caso 2	
	Início do acompanhamento	Após 5 dias de acompanhamento	Início do acompanhamento	Após 5 dias de acompanhamento
Dor (0 -10)	7	2	9	1
Hiporexia (0 -10)	8	1	0	0
Xerostomia (0 -10)	10	0	0	0
Insônia (0 -10)	5	2	9	0
Angústia (0 -10)	10	0	10	1
PPS (0 -100)	10	60	20	80

ANEXO 3

Termo de confidencialidade

Prezado _____

Diretor (gerente, secretário,..) do Hospital Eduardo de Menezes.

Nós, João Paulo Ramos Campos, Aline Reis Domingues, Johannpeter Barella da Rocha e Lunna Yasmin Felix Galvão de Paulo, que estamos realizando a pesquisa intitulada “Uso de opioide e benzodiazepínico no tratamento da dor e da angústia em pacientes com lesões de pele graves’, nos comprometemos a preservar a privacidade dos sujeitos da pesquisa, cujos dados serão coletados em prontuários do Hospital Eduardo de Menezes da Unidade de Internação – Doenças Infecto Contagiosas e Parasitárias.

Esclarecemos que tal autorização é uma pré-condição bioética para execução de qualquer estudo envolvendo seres humanos, sob qualquer forma ou dimensão, em consonância com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e dessa forma nos comprometemos a preservar a privacidade dos sujeitos da pesquisa, cujos dados serão utilizados. Concordamos, igualmente, que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. Comprometemos, igualmente, a fazer divulgação dessas informações coletadas somente de forma anônima.

Informamos que não haverá custos para a instituição e, na medida do possível, não iremos interferir na operacionalização e/ou nas atividades cotidianas da mesma.

Atenciosamente,

João Paulo Ramos Campo

Aline Reis Domingues

Johannpeter Barella da Rocha

Lunna Yasmin Felix Galvão de Paulo

Contatos CEP/FASEH
Rua São Paulo, 958 – Jardim Alterosa Vespasiano – MG – 33200-000
Fone: (055) 31 2138-2900

9 REFERÊNCIAS

1. ALVIM, Mariana Macedo et al. **Study on medication prescription in the elderly population: benzodiazepine use and potential drug interactions**. Cadernos Saúde Coletiva, v. 29, p. 209-217, 2021.
2. AUCHEWSKI, L. et al. **Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos**. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 26, n. 1, p. 24–31, mar. 2004.
3. AZEVEDO, Ângelo José Pimentel de; ARAÚJO, Aurigena Antunes de; FERREIRA, Maria Ângela Fernandes. **Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do SNGPC e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, p. 83-90, 2016.
4. BELTRAN-CAMPOS, V. et al. **Effects of morphine on brain plasticity**. Neurología (English Edition), v. 30, n. 3, p. 176-180, 2015.
5. BENIK, Márcio Antonini; SOARES, Márcia B.; SOARES, Cláudio de Novaes. **Benzodiazepínicos padrões de uso, tolerância e dependência**. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, v. 48, p. 131-137, 1990.
6. BOZZARO, C.; SCHILDMANN, J. “Suffering” in Palliative Sedation: Conceptual Analysis and Implications for Decision Making in Clinical Practice. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 56, n. 2, p. 288–294, ago. 2018.
7. BUSSE, J. W. et al. Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. **CMAJ**, v. 189, n. 18, p. E659–E666, 8 maio 2017.
8. CASTILHO RK, Santos da Silva VC, Pinto CS. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP** – 3 edição 2021.
9. CHERNY N, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC (editors). **Oxford Textbook of Palliative Medicine**. 6. ed. Oxford University Press, USA; 2021.

10. CHERNY, N. I.; RADBRUCH, L. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. **Palliative Medicine**, v. 23, n. 7, p. 581–593, out. 2009.
11. DE PROTOCOLOS, S.; ÁREAS, T. **Cuidados Paliativos -Sedação Paliativa Cuidados Paliativos -Sedação Paliativa Cuidados Paliativos -Sedação Paliativa**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<https://protocolos.hcrp.usp.br/exportar-pdf.php?idVersao=884>>. Acesso em: 13 marc de 2023.
12. DUARTE, D. F. **Uma breve história do ópio e dos opióides**. Revista Brasileira de Anestesiologia, v. 55, n. 1, fev. 2005.
13. DUARTE, Danilo Freire. **Uma breve história do ópio e dos opióides**. Revista Brasileira de Anestesiologia, v. 55, p. 135-146, 2005.
14. GONÇALVES, O. H. P.; PELLISSARI, G. M.; PAIVA, H. S. **Benzodiazepinics and the treatment of delirium: a literature review**. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 66, n. 7, p. 998–1001, jul. 2020.
15. GURSCHICK, L.; MAYER, D. K.; HANSON, L. C. Palliative Sedation. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine®**, v. 32, n. 6, p. 660–671, 7 maio 2014.
16. KURITA, G. P.; PIMENTA, C. A. DE M.; NOBRE, M. R. C. **Opióides e a cognição de doentes com dor crônica: revisão sistemática**. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 54, n. 6, p. 529–536, dez. 2008.
17. LACERDA, G. et al. **Análise clínica e terapêutica dos pacientes oncológicos atendidos no programa de dor e cuidados paliativos do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho no ano de 2003**. v. 56, n. 6, 1 dez. 2006.
18. MALTONI, M.; SCARPI, E.; NANNI, O. Palliative sedation for intolerable suffering. **Current Opinion in Oncology**, v. 26, n. 4, p. 389–394, jul. 2014.
19. MALTONI, M.; SCARPI, E.; NANNI, O. Palliative sedation in end-of-life care. **Current Opinion in Oncology**, v. 25, n. 4, p. 360–367, jul. 2013.
20. MANTOVANI, C. et al. **Manejo de paciente agitado ou agressivo**. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 32, n. suppl 2, p. S96–S103, 2010.

21. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado 2ª edição.** [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>>. Acesso em: 13 out. de 2023
22. MARIANA; RACHEL DUARTE MORITZ. **Evaluation of the symptoms and treatment prescribed to hospitalized patients.** *Revista Da Associacao Medica Brasileira*, v. 62, n. 4, p. 307–314, 1 jul. 2016.
23. MENDES, T. R. et al. **Ocorrência da dor nos pacientes oncológicos em cuidado paliativo.** *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 27, n. 4, p. 356–361, ago. 2014.
24. MICCINESI, G.; CARACENI, A.; MALTONI, M. Palliative sedation: ethical aspects. *Minerva Anestesiologica*, v. 83, n. 12, p. 1317–1323, 1 dez. 2017.
25. NALOTO, D. C. C. et al. **Prescrição de benzodiazepínicos para adultos e idosos de um ambulatório de saúde mental.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 4, p. 1267–1276, abr. 2016.
26. NARDI, A. E. **O tratamento farmacológico da fobia social.** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 21, n. 4, p. 249–257, 1999.
27. OLIVEIRA, A. S.; TORRES, H. DE P. **O papel dos bloqueios anestésicos no tratamento da dor de origem cancerosa.** *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 53, n. 5, p. 654–662, set. 2003.
28. ORLANDI, P.; NOTO, A. R. **Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 13, n. spe, p. 896–902, 2005.
29. PORTENOY, R. K. Cancer pain management. *Seminars in Oncology*, v. 20, n. 2 Suppl 1, p. 19–35, 1 abr. 2021.
30. RADBRUCH, L. et al. Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 60, n. 4, p. 754–764, maio 2020.

31. RANGEL, Odilea; TELLES, Carlos. **Tratamento da dor oncológica em cuidados paliativos**. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (TÍTULO NÃO-CORRENTE), v. 11, n. 2, 2012.
32. **RCG0461-2020: CUIDADOS PALIATIVOS NA EMERGÊNCIA**. Disponível em: <<https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=2996150>>. Acesso em: 13 out. 2023.
33. SILVA, P. A. DA; ALMEIDA, L. Y. DE; SOUZA, J. DE. **The use of benzodiazepines by women cared for at a Family Health Unit**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 53, 2019.
34. SILVEIRA, L. C.; ALMEIDA, A. N.; CARRILHO, C. **Os benzodiazepínicos na ordem dos discursos: de objeto da ciência a objeto gadget do capitalismo**. Saúde e Sociedade, v. 28, p. 107–120, 2019.
35. SILVEIRA, Lia Carneiro; ALMEIDA, Arisa Nara; CARRILHO, Camila. **Os benzodiazepínicos na ordem dos discursos: de objeto da ciência a objeto gadget do capitalismo**. Saúde e Sociedade, v. 28, p. 107-120, 2019.
36. SIX, S. et al. Comfort in palliative sedation (Compas): a transdisciplinary mixed method study protocol for linking objective assessments to subjective experiences. **BMC Palliative Care**, v. 17, n. 1, 18 abr. 2018.
37. SOUZA, A. R. L. DE; OPALEYE, E. S.; NOTO, A. R. **Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, n. 4, p. 1131–1140, abr. 2013.
38. TWYLCROSS, R. Reflections on palliative sedation. **Palliative Care: Research and Treatment**, v. 12, p. 117822421882351, jan. 2019.
39. TWYLCROSS, R. Reflections on palliative sedation. **Palliative Care: Research and Treatment**, v. 12, p. 117822421882351, jan. 2019.
40. ZAPOROWSKA-STACHOWIAK, I. et al. Midazolam and hydroxymidazolam plasma concentrations can be monitored with selected biochemical and physiological

parameters of palliative care patients. **Biomedicine & Pharmacotherapy**, v. 137, p. 111304, maio 2021.