



Impacto da morfina na qualidade de vida de pacientes oncológicos

Impact of morphine on the quality of life of oncological patients

Impacto de la morfina en la calidad de vida de los pacientes oncológicos

Juliana Yasmim Mendonça Leão de Oliveira¹, Matheus Henrique Mendes de Oliveira¹, Luma de Oliveira Campanholo¹, Ávila Beatriz Pontes Soeiro¹, Aila Davis Fanstone Pina Vieira¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar o uso de morfina e a qualidade de vida de pacientes oncológicos em âmbito hospitalar. **Métodos:** Esse estudo é epidemiológico, analítico e transversal. A população foi composta por pacientes portadores de neoplasias de qualquer origem, internados em um hospital. A coleta de dados foi realizada aplicando a versão portuguesa do questionário “The World Health Organization instrument to evaluate quality of life (WHOQOL-26)”. Os dados foram analisados por amostra de conveniência e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** A população amostral composta por quarenta pacientes, teve predominância da faixa etária 61 – 70 anos (45%), sendo a maioria do sexo feminino (55%). Os pacientes que não fazem uso de morfina responderam que consideram a qualidade de vida deles muito ruim (60%) e ruim (30%). Em relação a quanto a dor física impede-os de viver, 55% responderam que impede extremamente e 35% que impede bastante. **Conclusão:** O uso da morfina foi significativamente benéfico, em todos os aspectos dimensionais: físico, social, familiar e emocional. Mas a literatura sobre essa temática ainda é escassa.

Palavras-chave: Morfina, Oncologia, Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

Objective: To analyze the use of morphine and the quality of life of cancer patients in hospitals. **Methods:** This study is epidemiological, analytical and cross-sectional. The population was consisted of patients with neoplasms of any origin, hospitalized at a hospital. The data collection was carried out by applying the Portuguese version of the questionnaire “The World Health Organization instrument to evaluate quality of life (WHOQOL-26)”. The data were analyzed using a convenience sample and the study was approved by the Research Ethics Committee. **Results:** The sample population was forty patients, predominantly aged 61 – 70 years (45%), with the majority being female (55%). Patients who do not use morphine answered that they consider their quality of life to be very poor (60%) and poor (30%). Regarding how much physical pain prevents them from living, 55% answered that it prevents it extremely and 35% that it prevents it a lot. **Conclusion:** The use of morphine was significantly beneficial in all dimensional aspects: physical, social, family and emotional. However, the literature on this topic is still scarce.

Keywords: Morphine, Oncology, Palliative Care.

¹ Universidade Evangélica de Goiás (UniEvangélica), Anápolis – GO.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el uso de morfina y la calidad de vida de pacientes oncológicos en hospitales. **Métodos:** Este estudio es epidemiológico, analítico y transversal. La población estuvo constituida por pacientes con neoplasias de cualquier origen, hospitalizados en un hospital. La recolección de datos se llevó a cabo mediante la aplicación de la versión portuguesa del cuestionario “The World Health Organisation instrument to Evaluation Quality of Life (WHOQOL-26)”. Los datos fueron analizados utilizando una muestra de conveniencia y el estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** La población de la muestra con cuarenta pacientes, fue predominantemente de 61 a 70 años (45%), siendo la mayoría mujeres (55%). Los pacientes que no usan morfina respondieron que consideran que su calidad de vida es muy mala (60%) y mala (30%). En cuanto a cuánto les impide vivir el dolor físico, el 55% respondió que lo impide extremadamente y el 35% que lo impide mucho. **Conclusión:** El uso de morfina fue significativamente beneficioso en todos los aspectos dimensionales: físico, social, familiar y emocional. Sin embargo, la literatura sobre este tema aún es escasa.

Palabras clave: Morfina, Oncología, Cuidados Paliativos.

INTRODUÇÃO

As mudanças experimentadas pela humanidade nas últimas décadas exerceram efeitos diretos no âmbito da saúde, contribuindo para que os profissionais se tornassem mais qualificados do ponto de vista técnico. Em contrapartida, do ponto de vista humano, muitos se afastaram dos pacientes, evidenciando a existência de uma imensa lacuna na relação médico-paciente. A correspondente situação contribui com a superficialidade dos atendimentos e fragilidade na comunicação, dificultando a consolidação do cuidado holístico, que considera a integralidade do indivíduo, inclusive na terminalidade ou em casos de doenças crônico-degenerativas (DE MARCO MA, 2003).

Nesse contexto, os Cuidados Paliativos surgem a partir da constatação da negligência no cuidado com o paciente portador de câncer em fase avançada, e atualmente constituem uma modalidade de atenção aplicável a qualquer pessoa com doença crônico-degenerativa que vivencia sua terminalidade (RODRIGUES IG e ZAGO MMF, 2009).

Ao ponderar sobre os benefícios resultantes dessas práticas, torna-se claro que quando os profissionais de saúde oferecem assistência aos pacientes em sofrimento, há a possibilidade de promover tanto o aspecto humanitário envolvido, como também a utilização racional dos recursos do sistema de saúde e medicamentos. Como consequência, ocorre a diminuição dos custos associados aos recursos públicos de saúde, bem como dos impactos psicossociais e econômicos decorrentes do sofrimento (DALPAI D, et al., 2017).

Entretanto, as temáticas associadas à morte ainda são abordadas em segundo plano por diversos aspectos do conhecimento médico, conjuntura essa que constitui um desafio a ser superado. Segundo Zaidhaft S (1990), refletir sobre a morte, encarando-a em sua essência, é uma experiência angustiante para o ser humano, despertando memórias distantes de perdas, o luto doloroso e o temor de um futuro misterioso e incerto. Por essa razão, muitos médicos, seja por conviência ou não com os familiares, relutam em informar ao paciente a sua verdadeira condição, seja por meio da omissão do diagnóstico de forma explícita ou pelo uso de terminologia técnica incompreensível, resultando em uma comunicação médico-paciente prejudicial.

O paciente é privado do seu direito à informação, o que gera uma relação frágil, baseada na desconfiança do paciente em relação ao seu cuidador, além de violar princípios éticos. Embora a habilidade de lidar com a morte possa melhorar com o tempo devido às experiências dos estudantes de medicina, observa-se que a abordagem da finitude não recebe a devida atenção em diversas situações do cuidado médico e durante o período de formação acadêmica (MARTA GN, et al., 2009; QUINTANA AM, et al., 2002).

Diante desse contexto de pouca discussão sobre a terminalidade, é propício o surgimento de preconceitos e equívocos, e os pacientes que necessitam de cuidados paliativos, como pacientes oncológicos, se tornam

vítimas que sofrem em um sistema pouco construído em seu benefício. A dor e sofrimento desses pacientes pode ser aliviada através do uso devido e correto de analgésicos opioides, como a morfina. No entanto, a situação brasileira atual, em grande parte, não reflete o avanço da ciência e a direção seguida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e por países nos quais o foco é a qualidade de vida dos pacientes. A dor no paciente com câncer possui diversas causas, dentre elas o tumor e a presença de metástases, a terminalidade da doença, e a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. A prevalência de dor nos pacientes com câncer é estimada entre 25 e 50% para pacientes recém-diagnosticados, entre 33 e 80% para os pacientes que estão em tratamento e em torno de 75 a 100% para aqueles em estado avançado e terminal. Apesar de altas estatísticas em relação à ocorrência de dor em pacientes com câncer, é demonstrado que a dor pode ser completamente aliviada em 80 a 90% dos pacientes, e um nível aceitável de alívio pode ser alcançado na maioria dos restantes (OLIVEIRA AL, et al., 2016; MENDES TR, et al., 2014).

A OMS introduziu a Escada Analgésica em três degraus, recomendando o uso de fármacos em acordo com a intensidade da dor, com o objetivo de padronizar a analgesia farmacológica da dor oncológica. No entanto, contrariando as recomendações, uma parcela significativa de 62% a 90% dos brasileiros diagnosticados com neoplasias ainda vivencia algum nível de dor. Isso reforça a visão de que as abordagens analgésicas utilizadas atualmente não são adequadas o bastante para o manejo eficaz da dor relacionada ao câncer. A busca pelo alívio da dor é crucial, uma vez que contribui para reduzir o estresse do paciente e melhorar sua qualidade de vida, impactando positivamente nas interações com familiares, cuidadores e equipe de saúde (MENDES TR, et al., 2014).

A vigente pesquisa se justifica na conjuntura atual de saúde do Brasil: de acordo com o DATASUS (2020), ocorrem, em média, mais de um milhão de mortes por ano, destas quase trezentos mil têm como causa o câncer, com uma grande possibilidade de sofrimento intenso. Isso porque, de acordo com a literatura, a taxa de prevalência de dor em pacientes oncológicos gira em torno de 90%. Essa dor precisa ser controlada com o manejo correto manifestado das diretrizes e protocolos e normas expressas e alteradas pelos gestores do SUS, bem como na própria Constituição Federal de 1988. Tal controle é feito principalmente com uso de opioides, como a morfina, que aliviam a dor e o sofrimento, não somente na dimensão física, mas estende-se ainda às dimensões psicológica, social, familiar e espiritual (BRASIL, 1988; ALVES RSF, et al., 2019; CAIN CL, et al., 2018).

Entretanto, o que se observa no país é que o continuísmo de inúmeros achismos e preconceitos enraizados historicamente na sociedade que acaba por atrapalhar, ou até mesmo não realizar, o uso da morfina em pacientes oncológicos com dor, diminuindo a sua qualidade de vida drasticamente. Apesar desse cenário, há alguns anos, os Cuidados Paliativos estão tomando espaço nos livros, publicações, estudos e universidades através de palestras, aulas e abertura de ligas acadêmicas, assim como na própria prática médica diária e na prática de outros profissionais, ao afirmar que a dor deve ser controlada de forma eficaz e levando em consideração a percepção do paciente, já que a dor é subjetiva e não cabe ao profissional decidir se o paciente está mentindo ou exagerando (FREIRE MEM, et al., 2018).

Entretanto, ainda é um engatinhar, pois é muito pouco o que se ensina no país sobre o tema. Lamentavelmente, muitos profissionais desconhecem técnicas do manejo adequado da dor por ainda perdurarem currículos tradicionais nas escolas médicas do país, e por serem mínimas as publicações dirigidas à área de atuação, além da enorme burocracia encontrada pelo Poder Público na prescrição dessa medicação (PINHO A da CC de, 2019 e FIGUEIREDO JF, et al., 2018).

Em relação à morfina especificamente, questiona-se o seu papel e significativa influência na promoção dessa qualidade de vida em pacientes oncológicos, visto que concepções de diversos ângulos são ainda propagadas em meio acadêmico. Faz-se então necessário esse estudo com o propósito de identificar a relação entre o alívio da dor através do uso de opioides e seu impacto dentro do ambiente hospitalar, a fim de elevar a discussão sobre o assunto e promover o pensamento sobre preconceitos e equívocos, e dessa forma ajudar pacientes que porventura necessitem de auxílio em um sistema que deveria beneficiá-los, mas que ainda se encontra distante de uma realidade ideal. Diante da situação exposta, o objetivo deste estudo é analisar o uso de morfina e a qualidade de vida entre pacientes oncológicos em âmbito hospitalar.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, analítico e transversal. A população do estudo foi composta por pacientes portadores de neoplasias de qualquer origem. Destes, surgiram dois grupos: os que recebem tratamento com uso de morfina em sua integralidade, conforme as diretrizes de boa prática de Cuidados Paliativos e os que não recebem. A população foi composta por quarenta pacientes oncológicos da unidade hospitalar, sendo de conveniência, ou seja, foi composta por indivíduos que estavam disponíveis naquele momento.

A amostra de pacientes, por sua vez, incluiu aqueles que concordaram em participar do estudo no período da coleta de dados, com qualquer tipo de neoplasia, indivíduos maiores de 18 anos, internados no setor de Oncologia e com adequado nível de consciência. O estudo apresentou como critérios de exclusão os pacientes que não concordaram com o Termo de Consentimento Esclarecido (TCLE) e que não apresentaram nível de consciência adequado ou que estavam muito debilitados.

Inicialmente a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa, o número do parecer obtido foi: 4.359.994 e CAAE: 37947120.4.0000.5076. No que concerne à coleta de dados dos pacientes, foi aplicada a versão portuguesa do questionário “*The World Health Organization instrument to evaluate quality of life (WHOQOL-26)*”, elaborado pela OMS, que permite mensurar a qualidade de vida do paciente.

O correspondente questionário é composto por 26 questões referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais e meio ambiente. Possui 5 opções que variam conforme o grau de concordância do paciente quanto a assertiva (1 = nada, 2 = muito pouco, 3 = mais ou menos, 4 = bastante, 5 = extremamente).

Os pacientes foram orientados a responderem aos questionários de acordo somente com as duas últimas semanas anteriores à aplicação (MARSHALL; HAYS, 1994). Essa pesquisa durou cerca de 10 minutos, pois foi respondido o questionário sociodemográfico e da qualidade de vida, sendo a entrevista apenas escrita nos questionários impressos.

Os dados foram coletados e analisados por amostra de conveniência, devido à escassez da população de estudos e a dificuldade na aplicação dos questionários. A realidade é que muitos pacientes não têm condições de responder os questionários plenamente e, somado a isso, seus acompanhantes estão muito debilitados emocionalmente, dificultando, também o processo de coleta.

RESULTADOS

A população amostral obtida por conveniência foi de quarenta pacientes que se encaixavam dentro dos critérios estabelecidos na metodologia. Sendo assim, houve a caracterização dos participantes de acordo com os aspectos sociodemográficos. Com relação à idade, houve predominância da faixa etária 61 – 70 anos (45%), sendo a maioria do sexo feminino (55%), casados (40%) e a distribuição do nível de escolaridade foi semelhante, prevalecendo os que não possuem escolaridade (35%), como descrito abaixo (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Caracterização dos pacientes entrevistados.

Variáveis	N (%)
Faixa etária	
31-40	2 (5)
51-60	2 (5)
61-70	18 (45)
71-80	16 (40)
81-90	2 (5)
Sexo	
Feminino	22 (55)
Masculino	18 (45)
Estado Civil	
Solteiro	10 (25)
Casado	16 (40)
Viúvo	8 (20)
União estável	6 (15)
Escolaridade	
Sem escolaridade	14 (35)
Ensino fundamental completo	4 (10)
Ensino fundamental incompleto	10 (25)
Ensino médio completo	2 (5)
Ensino médio incompleto	6 (15)
Ensino superior completo	4 (10)
Ensino superior incompleto	0

Fonte: Oliveira JYML, et al., 2023.

Quanto ao tipo de câncer, esses são muito variados, o que impossibilitou a análise de como um tipo de câncer específico implicaria no uso de morfina. Em relação à avaliação do uso de morfina por pacientes oncológicos, nota-se que dentre os pacientes entrevistados, a maioria fez uso de morfina (60%) no período em que ficou no hospital, assim como descrito abaixo (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Distribuição dos tipos de câncer e o uso da morfina.

Variáveis	N (%)
Tipo de câncer	
Câncer de mama	4 (10)
Câncer de pulmão	8 (20)
Câncer do colo do útero	6 (15)
Câncer de próstata	4 (10)
Adenocarcinoma de cólon transverso	2 (5)
Câncer retal	4 (10)
Câncer de estômago	4 (10)
Câncer de laringe	2 (5)
Câncer de tireoide	4 (10)
Carcinoma ameloblástico de mandíbula	2 (5)
Uso de morfina	
Faz uso de morfina	24 (60)
Não faz uso de morfina	16 (40)

Fonte: Oliveira JYML, et al., 2023.

De acordo com as respostas apresentadas sobre a qualidade de vida dos pacientes oncológicos, para cada pergunta foram dispostas em porcentagem de acordo com o número de escolhas para aquela categoria, como apresentado abaixo (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Efeitos na qualidade de vida.

Perguntas	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
Como você avaliaria sua qualidade de vida?	60%	30%	5%	5%	0%
Perguntas	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	65%	35%	0%	0%	0%
Perguntas	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	0%	0%	10%	35%	55%
O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	0%	0%	0%	30%	70%
O quanto você aproveita a vida?	65%	30%	5%	0%	0%
Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	0%	0%	0%	5%	95%
O quanto você consegue se concentrar?	15%	15%	35%	30%	5%
Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	20%	15%	35%	25%	5%
Quão saudável é o seu ambiente físico (clima barulho, poluição, atrativos)?	45%	30%	25%	0%	0%
Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	45%	40%	25%	0%	0%
Você é capaz de aceitar sua aparência física?	15%	20%	55%	5%	5%
Perguntas	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	20%	15%	60%	5%	0%
Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	20%	15%	55%	5%	5%
Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	95%	5%	0%	0%	0%
Perguntas	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Bom	Muito bom
Quão bem você é capaz de se locomover?	65%	15%	15%	5%	0%

Perguntas	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	70%	20%	5%	5%	0%
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	75%	10%	15%	0%	0%
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	70%	15%	10%	0%	0%
Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	55%	25%	20%	0%	0%
Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	20%	15%	25%	20%	20%
Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	35%	30%	20%	10%	5%
Perguntas	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	25%	20%	20%	15%	20%
Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	40%	35%	15%	5%	5%
Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	40%	30%	20%	10%	0%
Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	25%	30%	25%	10%	10%
Perguntas	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequente	Sempre
Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	0%	5%	5%	20%	70%

Fonte: Oliveira JYML, et al., 2023.

DISCUSSÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), define qualidade de vida (QV) como “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Sendo assim, pode-se considerar o conceito de QV como um juízo subjetivo, isto é, compreende a visão do paciente a respeito da própria saúde ao levar em consideração a implicação que instituem em sua vida em todos os campos: físico, psicológico, social e espiritual (BRASIL, 2013; FIGUEIREDO JF, et al., 2018; FREIRE MEM, et al., 2018; CAMPOS VF, et al., 2019). Assim, é visível em inúmeros estudos a repercussão que a evolução da doença implica na piora da QV. De modo inverso, Figueiredo JF, et al. (2018) reconhece que mesmo com o avanço da enfermidade, o emprego da terapêutica medicamentosa certa faz com que a edificação de uma visão positiva pelo próprio

indivíduo sobre o cenário vivido, o que deixa claro, portanto, a magnitude do campo psicológico na melhora considerável dos pacientes terminais (MENEQUIN S, et al., 2018; MATOS TD de S, et al., 2017). No presente estudo, os pacientes terminais que não fazem uso de morfina responderam à pergunta global referente a sua percepção de qualidade de vida: 60% consideraram muito ruim e 30% ruim.

É indiscutível que o manejo clínico é imprescindível no sentido de sustentar a QV de pacientes terminais. O sintoma mais significativo é a dor. A dor é um sintoma pessoal e único, afinal há diversos agentes decorrentes da história de vida dessas pessoas que têm o poder de moldar seu juízo, não sendo de responsabilidade do profissional julgar as percepções dos pacientes. Consoante Sampaio SGSM, et al. (2022), a prevalência de dor intensa em pacientes terminais era de 93%. Em outro estudo, Faller JW, et al. (2016), diz que mais de 90% referiam dor em situações de terminalidade. Ainda assim, a literatura a respeito da taxa de dor referida gira em torno dos 90 a 95% (SILVA RCF, et al., 2019). Essa intensidade pode aumentar em razão do estágio em que a doença está e na intensidade da dor referida. No estudo, em relação a quanto a dor física impede-os de viver, 55% responderam que impede extremamente e 35% que impede bastante, o que corrobora com a literatura mundial acerca do tema.

Tendo tal fato em vista, apesar da magnitude dessa alta incidência, a prática clínica se patenteia quase que total negligente no que tange o manejo de dor, pois quase não há inquirição frente às causas e às consequências desse sintoma, além de não levar em consideração as circunstâncias psicossociais da vida pessoal dos pacientes, já que a classe dos opióides, tendo como principal representante a morfina, é vista e lidada pelos profissionais de saúde tradicional e preconceituosamente. Dessarte, a estratégia terapêutica consoante ao Twycross para avaliação e controle da dor resume na sigla EEMMA (Evolução, Explicação da causa, Manejo terapêutico, Monitorização do tratamento e Atenção aos detalhes) (BRASIL, 2020; SILVA RCF, et al., 2019; SAMPAIO SGSM, et al., 2019; FALLER JW, et al., 2016)

Outros sintomas, além da dor, frequentemente vistos em pacientes terminais e de extrema relevância são hipersecreção de vias aéreas, tosse, dispneia, náusea, vômito, obstipação, diarreia, ansiedade, depressão, delírium, fadiga, sudorese e prurido. Obviamente, cada um dos sintomas relatados tem um fundamento de controle e carece de ser estimado a todo custo, com o fito de aliviar o mais rápido possível tal sintoma afim de garantir sua qualidade de vida (FALLER JW, et al., 2016). De maneira análoga, no quesito acesso aos serviços de saúde, 40% se dizem muito insatisfeito e 30% insatisfeito dentro dessa instituição. Logo, a estruturação de uma assistência básica de saúde é de extrema imprescindibilidade, visto que pode melhorar consideravelmente não somente o controle de dor, como também o acompanhamento emocional (CAIN CL, et al., 2018; KAHN RI, et al., 2017).

Nessa perspectiva, pacientes terminais também devem ter sua dimensão emocional e psicológica levada em consideração na avaliação do sofrimento humano, não somente a dimensão biológica. Na pesquisa, ao responder a respeito de ter sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão, 70% responderam sempre ter esse tipo de pensamento. Levando isso em consideração, é lícito pontuar que o empenho na caçada por equilíbrio emocional é um coeficiente agudamente relevante quando se objetiva bem-estar, felicidade e paz no fim da vida, fato esse corroborado na literatura por intermédio de entrevistas com pacientes nessa situação. Desse modo, intervenções são necessárias para restabelecer o equilíbrio emocional, o que faz com que o indivíduo se sinta mais confortável e positivo com sua doença atual e seu sofrimento decorrente disto, conseguindo, pois, melhorar sua comunicação pessoal com seu mundo social, como família e amigos próximos, além de decrescer consideravelmente a implicação negativa da ansiedade e depressão, podendo até diminuir também sintomas físicos, como a dor, pois sabe-se que esta está relacionada diretamente à dimensão emocional do paciente terminal. Muitos autores alertam ainda que se deve ser respeitado a todo o custo a escolha de caminho espiritual ou religioso da pessoa sem qualquer julgamento que possa interferir no modo de aceitação e estabelecimento do equilíbrio emocional interior (MENEQUIN S, et al., 2018; MATOS TD de S, et al., 2017).

Paralelamente, ao serem questionados a respeito da sua relação com familiares, amigos e colegas, apenas 20% se dizem satisfeito e outros 20% muito satisfeitos, sendo que, o restante não possui uma relação ideal com esses núcleos sociais mencionados, o que impacta negativamente na QV também conforme

explana a literatura. Dessa forma, em relação ao tratamento adequado de pacientes terminais, tanto o paciente quanto a família e os amigos devem ser assistidos a partir do sofrimento causado pela doença, desde o luto antecipatório até à força que pode ser ofertada ao paciente doente pelos familiares e amigos, pois isto melhoraria sua dimensão emocional e poderia impactar até na dimensão física, como a redução de dor, por exemplo (CAIN CL, et al., 2018; KAHN RI, et al., 2017). Com isso, a qualidade de vida e bem-estar, independentemente do tempo restante, é assegurada e resguardada, aumentando, assim, a capacidade de inclusão do indivíduo no meio em que vive e atua (MENEGUIN S, et al., 2018; MATOS TD de S, et al., 2017).

Sem dúvidas, a educação referente ao uso de morfina pode viabilizar melhoras na QV de milhares de pessoas, principalmente tendo em vista que de 234 países no mundo apenas 136 oferecem serviços integrais a enfermos (ALVES RSF, et al., 2019; SILVA RCF, et al., 2017).

Em suma, a equipe de saúde deve trabalhar conjuntamente a fim de criar um planejamento multidisciplinar para que todas as condutas referentes às dimensões do ser humano sejam tomadas a favor dos pacientes e de sua QV, diminuição do sofrimento e, a depender do caso, aceitação natural da morte (MENEGUIN S, et al., 2018; MATOS TD de S, et al., 2017).

CONCLUSÃO

Considerando a presente pesquisa, tanto os resultados obtidos, quanto a busca na literatura, demonstraram que o uso da morfina em pacientes oncológicos, de qualquer origem, foi significativamente benéfico, em todos os aspectos dimensionais: físico, espiritual, social, familiar e emocional. Apesar disso, comprovou-se que ainda existe um preconceito enraizado na formação médica e na população leiga sobre a morfina, principalmente no que tange a discussão sobre dependência e tolerância. Tendo isso em vista, dada a importância do tema abordado para a saúde pública do Brasil, percebe-se também que não há estudos suficientes que corroborem com a relevância dessa temática. Sendo assim, faz-se necessário uma maior discussão nas universidades do país, em prol da difusão do conhecimento relacionado ao uso da morfina em pacientes oncológicos, bem como do benefício deste medicamento.

REFERÊNCIAS

1. ALVES RSF, et al. Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado Essencial no Fim da Vida. *Psicol. Ciência e Profissão*, 2019; 39: 1-15.
2. BRASIL. Resolução nº 466/2012 / de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acessado em: 18 de novembro de 2022.
3. BRASIL. ABC do câncer, 2011. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/livro_abc_6ed_0.pdf. Acessado em: 18 de novembro de 2022.
4. BRASIL. Câncer: O que é câncer?, 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/o-que-e-cancer>. Acessado em: 18 de novembro de 2022.
5. BRASIL. Informativo Vigilância do Câncer, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/informativo-vigilancia-do-cancer-n7-2020.pdf>. Acessado em: 18 de novembro de 2022.
6. BRASIL. Manual de Cuidados Paliativos, 2020. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>. Acessado em: 20 de novembro de 2022.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2021.
8. CAIN CL, et al. Culture and Palliative Care: Preferences, Communication, Meaning, and Mutual Decision Making. *J Pain Symptom Manage*, 2012; 55(5): 1408-1419.
9. CAMPOS VF, et al. Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. *Rev Bioética*, 2019; 27(4): 711-718.
10. DALPAI D, et al. Pain and palliative care: the knowledge of medical students and the graduation gaps. *Revista Dor*, 2017; 4(18): 307-310.

11. DE MARCO MA. A face humana da Medicina. 1ªed. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2003.
12. FALLER JW, et al. Escala multidimensional de evaluación del dolor y síntomas en ancianos en cuidados paliativos. *Cogitare enferm*, 2016; 21(2): 1-10.
13. FIGUEIREDO JF, et al. Qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 2012; 8.
14. FONSECA A e GEOVANINI F. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2013; 1(37): 120-125.
15. FREIRE MEM, et al. Qualidade De Vida Relacionada À Saúde De Pacientes Com Câncer Em Cuidados Paliativos. *Texto Context - Enferm.*, 2018; 27(2): 1-13.
16. KATZUNG BG e TREVOR AJ. Farmacologia básica e clínica. 13ª.ed. Porto Alegre, AMGH LTDA, 2017.
17. KHAN RI. Palliative care in Pakistan. *Indian J Med Ethics*, 2017; 2(1): 37-42.
18. LIMA AD, et. al. Avaliação da dor em pacientes oncológicos internados em um hospital escola do nordeste do Brasil. *Rev. Dor*, 2013; 4(14).
19. LIMA-COSTA MF e BARRETO SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiologia e serviços de saúde*, 2003; 4(12): 189-201.
20. MARTA GN, et al. O estudante de Medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2009; 3(33): 405-416.
21. MATOS TD de S, et al. Calidad de vida y coping religioso-espiritual en pacientes bajo cuidados paliativos oncológicos. *Rev Lat Am Enfermagem*, 2017; 25.
22. MENDES TR, et al. Ocorrência da dor nos pacientes oncológicos em cuidado paliativo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2014; 4(27): 356-361.
23. MENEGUIN S, et al. Perception of cancer patients in palliative care about quality of life. *Rev Bras Enferm*, 2018; 71(4): 1998-2004.
24. OLIVEIRA A, et al. Chronic cancer pain management by the nursing team. *Revista Dor*, 2016; 3(17): 219-222.
25. PAICE JÁ e FERRELL B. The management of cancer pain. *CA Cancer J Clin.*, 2011; 3(61): 157-182.
26. PINHO A, et al. Sobre a forma de ocupar-se de cuidar de pessoas sob cuidados paliativos. *Cad Bras Ter Ocup.*, 2019; 27(1): 118-126.
27. PORTELA FR e MODENA CM. Pacientes com Câncer Avançado: o Acesso aos Opioides e demais Medicamentos para Controle da Dor. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2018; 2(64): 195-201.
28. QUINTANA AM, et al. O preparo para lidar com a morte na formação do profissional de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2002; 3(26).
29. RODRIGUES IG e ZAGO MMF. Cuidados paliativos: realidade ou utopia?. *Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde*, 2009; (8): 136-141.
30. SAMPAIO SGSM, et al. Medicamentos e Controle de dor: Experiência de um Centro de Referência em Cuidados Paliativos no Brasil. *Rev Bras Cancerol*, 2019; 65(2).
31. SILVA RCF e HORTALE VA. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cadernos de saúde pública*, 2006; 10(22): 2055-2066.
32. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer pain relief. WHO: Geneva; 1986.
33. ZAIHAFI S. Morte e Formação Médica. 1ªed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1990.