

Recomendações para o tratamento farmacológico da Dor

NÚCLEO DE CUIDADOS PALIATIVOS
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS MÉDICOS DE CLÍNICA GERAL

Em Medicina Geral e Familiar a dor é um problema diário, transversal a qualquer idade, gerador de sofrimento, sendo indispensável um nível de prestação de cuidados de elevada qualidade, seja ela uma dor aguda ou crónica, oncológica ou não oncológica. O conhecimento global que o Médico de Família (MF) vai construindo com o seu doente torna-o um prestador de cuidados privilegiado para um correcto manuseamento de técnicas terapêuticas.

A metodologia utilizada no processo de revisão consistiu numa pesquisa bibliográfica manual em livros de texto, artigos científicos e circulares normativas. As principais referências para as doses dos fármacos foram o site <http://www.palliativedrugs.com> e o livro Oxford Handbook of Palliative Care. As formulações existentes em Portugal foram compiladas do Prontuário Terapêutico Online do INFARMED. O documento foi revisto por especialistas na área e foi obtido o patrocínio científico da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Um documento com os nomes comerciais está disponível na página do Núcleo de Cuidados Paliativos da APMCG. O Núcleo de Cuidados Paliativos da APMCG pretende, com estas recomendações, sistematizar conceitos sobre terapêutica da dor e apresentá-los de forma concisa, a fim de poderem ser manuseados na consulta diária de cada MF.

Palavras Chave: Dor; Tratamento; Farmacológico

AVALIAÇÃO DA DOR

Aspectos a considerar

Figura 1

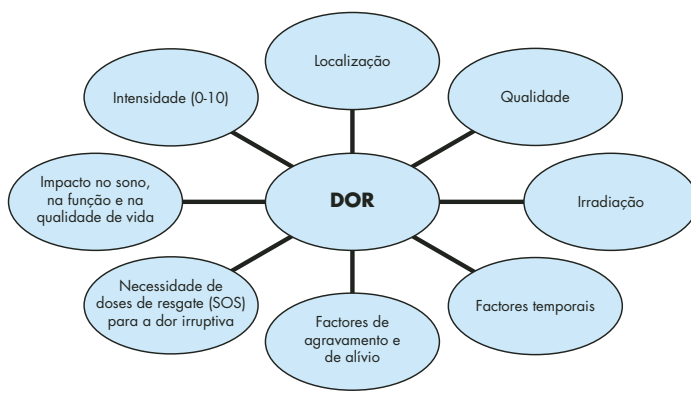


Figura 1. Aspectos a considerar na avaliação da dor

Avaliação da intensidade da dor

Figura 2

Avaliação do tipo de dor

Quadro I

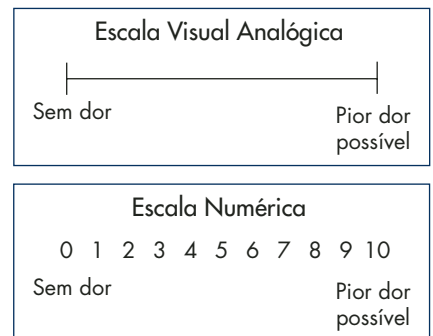


Figura 2. Escalas de avaliação da dor.

PRINCÍPIOS GERAIS DO TRATAMENTO DA DOR

- Evitar a demora
- Tratar a dor de acordo com as necessidades específicas de cada doente
- Prescrever doses extra para a dor irruptiva
- Abordar outros problemas: físicos, psicológicos, espirituais e sociais
- Pelo relógio: horário regular e não apenas doses em SOS
- Pela boca: usar a via oral sempre que possível
- Pela escada: seguir a escada analgésica da OMS
- Escada analgésica da OMS (Figura 3)

REGRAS GERAIS PARA A UTILIZAÇÃO DE OPIÓIDES

- Abordar os receios e mitos (adição, efeitos colaterais, perda de efeito, encurtamento da vida, segurança)
- Começar com doses baixas e titular; os opióides utilizados nas doses apropriadas e titulados, progressivamente, raramente provocam depressão respiratória

QUADRO I

AVALIAÇÃO DO TIPO DE DOR

Tipo de dor	Subtipos	Características	Exemplos	Tratamento
Nociceptiva	Somática	Constante, intermitente, em moinha ou moedeira; bem localizada	Osteoartrose grave, fracturas/metástases ósseas, infiltração dos tecidos moles	AINE + opióide
	Visceral	Constante, que aperta; precariamente localizada; pode ser referida	Metástases intra-abdominais, metástases hepáticas, cancro do pâncreas	AINE + opióide
		Cólicas	Obstrução intestinal, cólica renal	Opióide + anti-colinérgico ou AINE
Neuropática	Disestésica/desaferenciação	Ardor constante hiperalgesia ou alodínias, ocasionalmente radiante	Radiculopatia por compressão discal, neuropatia diabética, nevralgia pós-herpética, neuropatia pós QT ou RT	Opióide + antidepressivo tricíclico e/ou anticonvulsivante
	Lancinante	Dor lancinante episódica; paroxismos tipo choque.	Invasão do plexo braquial ou do nervo trigémio	Opióide+ anticonvulsivante e/ou antidepressivo tricíclico

Adaptado de: Pereira JL. Gestão da dor oncológica. In: Barbosa A, Neto I, editores. Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos / Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2006. p. 61-113.

(atenção se a frequência respiratória for inferior a 10 ciclos por minuto)

- Começar com opióides de libertação normal até ao controlo da dor
- Usar opióides de libertação retardada quando a dor estiver controlada
- Prevenir efeitos colaterais precocemente (náuseas e obstipação)
- Usar um tipo de opióide de cada vez (excepto com os transdérmicos)
- Ponderar o uso de adjuvantes no controlo da dor
- Avaliar regularmente, cada dia, até ao controlo da dor

ENSINO DO DOENTE E FAMÍLIA

Elaborar guias de terapêutica contendo nome dos fármacos, dose, frequência das tomas, indicação e contacto do médico.

Explicar que as náuseas, sonolência e confusão iniciais são transitórios.

Início da prescrição com opióides fracos (2º degrau da escada analgésica da OMS)**TRAMADOL**

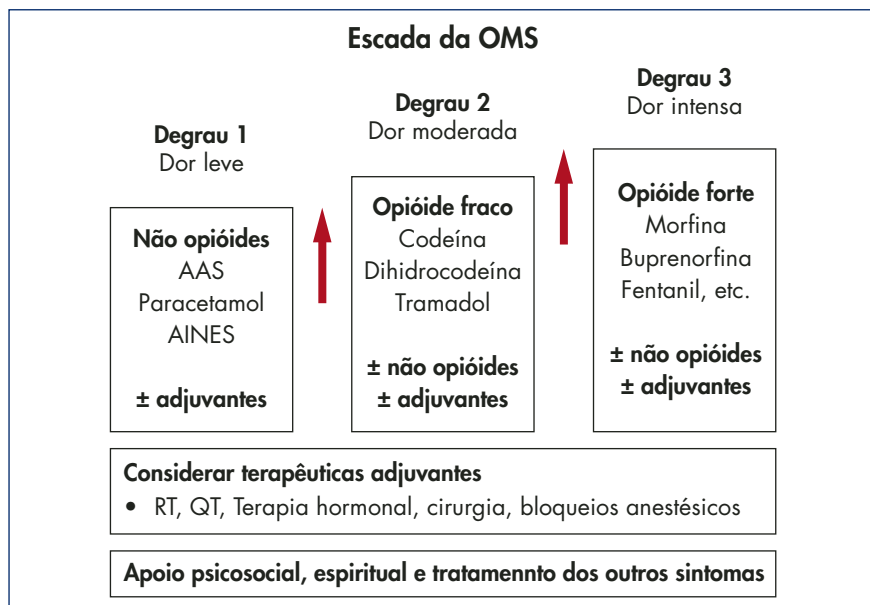
Se o doente estava a fazer anteriormente um analgésico não opióide, poderá começar com:

- Tramadol de libertação normal 25 mg de 6/6h (solução oral 10 gotas ou 2 doses de dispositivo doador)
- Tramadol de libertação prolongada de 50 mg de 12/12 horas.

Nota: 50 mg tramadol oral = 10 mg morfina oral

A dose de resgate (SOS) deverá ser prescrita em formulação de libertação normal iniciando com 25 a 50 mg, podendo ser repetida passado uma hora e ajustando conforme o controlo da dor.

A titulação é feita aumentando a dose em 25 a 50% cada 48h, se o

Escada da OMS**Figura 3.** Escada analgésica da OMS.

Adaptado de: Pereira JL. Gestão da dor oncológica. In: Barbosa A, Neto I, editores. Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos / Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2006. p. 61-113.

doente necessita de mais de duas a três doses de resgate por dia.

Prevenir os efeitos colaterais como descrito para os opióides fortes adiante mencionados.

A dose máxima diária recomendada é 400 mg .

CODEÍNA

A **codeína** existe em formulação de cápsulas, xarope (anti-tússico) ou comprimidos associada ao paracetamol e pode ser usada na dose de 30-60 mg de 6/6h ou de 4/4h. A dose máxima diária recomendada é 240 mg/dia. As formulações associadas a anti-histamínicos apresentam maior risco de efeitos colaterais.

Prevenir os efeitos colaterais como descrito para os opióides fortes adiante mencionados.

Prescrição de opióides fortes (3º degrau da escada analgésica da OMS)

INÍCIO COM MORFINA DE LIBERTAÇÃO NORMAL

Para um rápido controlo da dor, recomenda-se a morfina com quatro horas de semi-vida, de acordo com o fluxograma seguinte (Figura 4).

INÍCIO COM MORFINA DE LIBERTAÇÃO RETARDADA

Com os comprimidos de acção retardada o controlo da dor pode fazer-se em 48-72 horas. Útil para doentes com dificuldade na adesão terapêutica a múltiplas tomas.

Se anteriormente o doente estava a fazer um analgésico não opióide, poderá começar com um comprimido de morfina *retard* de 10 mg de 12/12 horas. Prevenir os efeitos colaterais como descrito anteriormente no fluxograma.

Se o doente estava medicado com um opióide fraco, inicia com morfina *retard* de 20-30 mg de 12/12 horas (consultar tabela de doses equi-

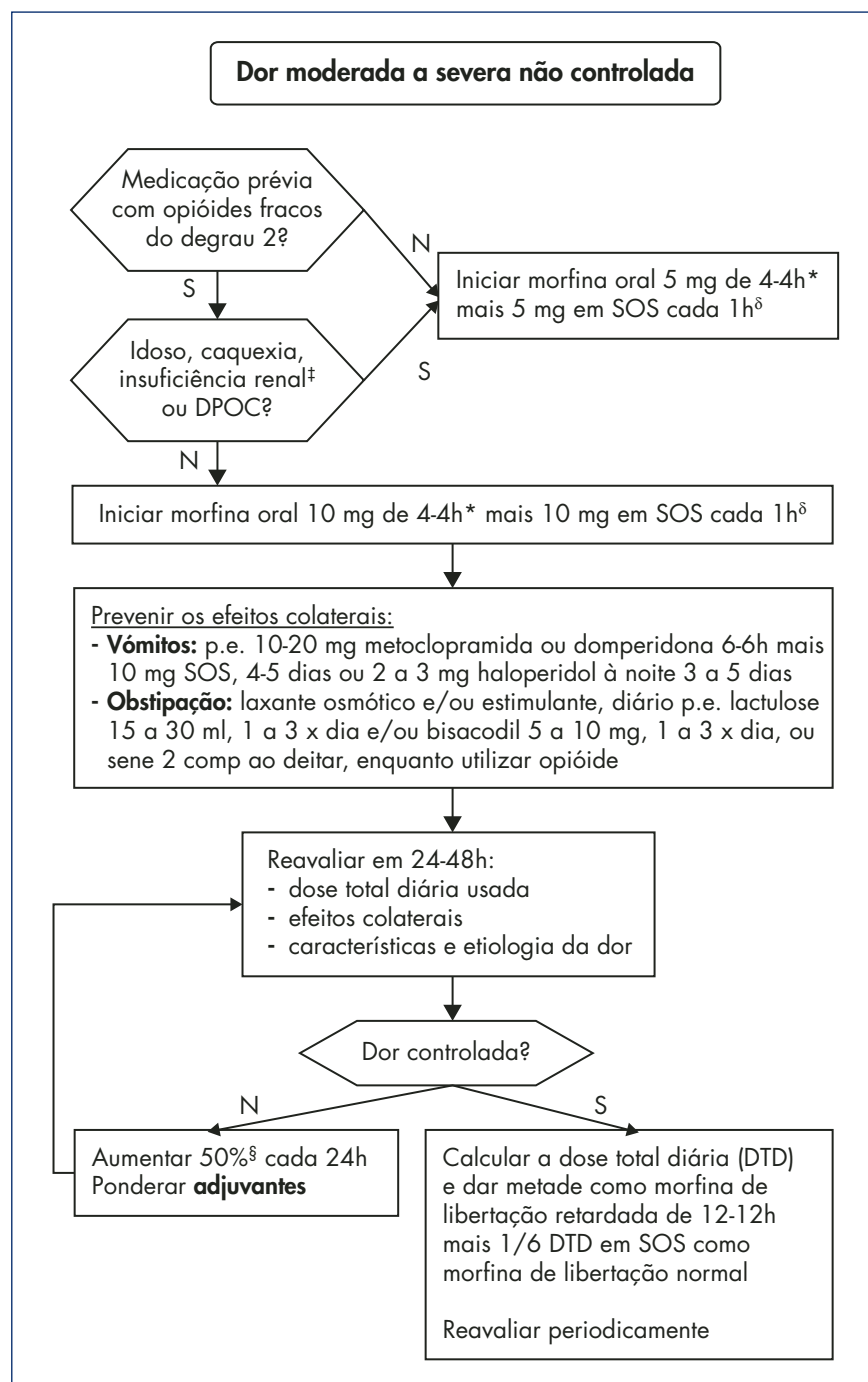


Figura 4. Início do tratamento com morfina de libertação normal.

‡ Em caso de insuficiência renal o intervalo recomendado é 6-6h ou 8-8h. Evitar morfina de libertação retardada.

* Para evitar que o doente acorde a meio da noite, a dose de libertação normal administrada à meia-noite pode ser duplicada.

§ Se dor grave profundamente descontrolada podem justificar-se aumentos de dose de 100%

δ **Dose de resgate:** em caso de dor irruptiva ou antes de realizar movimentos que agravem a dor deve prescrever-se morfina de libertação normal equivalente a 1/6 da dose total diária. Esta dose extra pode ser repetida de hora em hora até ao alívio da dor.

analgésicas).

A titulação é feita aumentando a dose em 25-50% cada 48h, se o doente necessita de mais de duas a três doses de resgate por dia.

A dose de resgate (SOS) a prescrever é calculada conforme descrito anteriormente (um sexto da dose total diária).

Não há dose máxima diária limite para a morfina, dependendo apenas a quantidade total da tolerância individual aos efeitos colaterais.

CONVERSÃO ENTRE OPIÓIDES

Em todas as conversões entre opióides existe incerteza. É recomendada uma redução de 30% na dose equianalgésica prevista. É mais seguro errar por defeito assegurando que

são disponibilizadas doses de resgate para a dor irruptiva (Quadro II).

VIAS DE ADMINISTRAÇÃO DE OPIÓIDES ALTERNATIVAS

A via transdérmica é uma alternativa se o doente não consegue engolir, se tem má adesão à terapêutica, se apresenta efeitos colaterais da morfina significativos, ou mesmo se a recusa.

Pelo seu lento início de acção, os sistemas transdérmicos não estão indicados no rápido controle da dor.

Ao iniciar um transdérmico, manter o opióide em uso prévio durante as primeiras 12 horas após colocar o primeiro sistema. Do mesmo modo, se pretender passar para morfina, deve-se iniciar a mesma 12 ho-

ras após remover o sistema transdérmico.

O fentanil e a buprenorfina são menos obstipantes que a morfina oral pelo que se deverá reduzir a administração de laxantes. São mais seguros em caso de insuficiência renal.

A febre aumenta a absorção dos transdérmicos. A sudação, ao favorecer o descolamento do sistema, pode diminuir a absorção. Em ambas as situações deve ser reforçada a vigilância ou mesmo ponderar mudar a via de administração.

FACTORES DE CONVERSÃO ENTRE OPIÓIDES

Se for necessário alterar o opióide ou a via de administração do mesmo, poderão ser utilizados os seguintes factores de conversão, devendo sempre ser ajustada a dose individualmente (Quadro III).

QUADRO II

EQUIANALGESIA DE DOSES DE OPIÓIDES

Princípio Activo	Via	Doses Equianalgésicas Diárias							
		120	240	300	400	120	180	240	360
Codeína, mg	oral								
Tramadol, mg	oral	75	150	300	400				
Morfina, mg	oral	15	30	60	80	120	180	240	360
Buprenorfina, µg/h	TD				35	52,5	70	105	
Fentanil, µg/h	TD		12,5	25		50	75	100	

Adaptado de: Watson M, Lucas C, Hoy A, Back I. Oxford Handbook of Palliative Care. Oxford University Press; 2005. Palliativedrugs Newsletter, Maio e Novembro/Dezembro 2006

QUADRO III

FACTORES DE CONVERSÃO DE OPIÓIDES

Fármacos De....	Para...	Regra
Codeína oral	Morfina oral	dividir por 10
Tramadol oral	Morfina oral	dividir por 5
Tramadol parentérico	Morfina parentérica	dividir por 10
Tramadol oral	Buprenorfina TD	dividir por 5
Morfina oral	Morfina subcutânea	dividir por 2
Morfina oral	Morfina endovenosa	dividir por 3
Morfina oral	Fentanil TD	dividir por 3 (dose de fentanil inferior)
Dose de resgate de morfina oral em doentes a fazer fentanil TD		dividir dose de fentanil (µg/h) por 2

TD: transdérmico

REDUÇÃO E CESSAÇÃO DA TERAPÊUTICA OPIÓIDE

a) Se surgirem sinais de toxicidade (sedação, mioclonias, alucinações ou delírio) deve ser reforçada a hidratação e:

- **Se dor controlada:** reduzir a dose em 30-50% cada 2 dias ou mudar de via de administração.
- **Se dor não controlada:** mudar para outro opióide reduzindo 30% na dose equianalgésica.

b) Suspensão da morfina ou outro opióide (p.ex. dor controlada após radioterapia).

- passar para 1/4 da dose e manter 2 dias
- reduzir 50% cada 2 dias até atingir a dose equivalente a 10 a 15 mg/dia
- suspender ao fim de 2 dias.

A depressão respiratória relacionada com os opióides raramente ocorre se forem seguidas as regras descritas anteriormente. Em casos de bradipneia sem cianose, sonolên-

cia e miose, deve-se suspender a morfina até a frequência respiratória (FR) ser superior a 10/min e retomar com 2/3 da dose anterior. A administração de naloxona só se justifica em casos de hipoventilação grave (FR inferior a 8/min acompanhada de cianose).

ADJUVANTES

Os adjuvantes podem ser úteis usados com opióides ou isoladamente, conforme descrito no Quadro I.

Anti-inflamatórios não esteróides (AINE's)

Os AINE's são úteis isoladamente (dor ligeira) ou como adjuvantes no tratamento da dor nociceptiva, somática e visceral. Devem ser utilizados os fármacos de semi-vida curta e começando pelas doses mais baixas recomendadas, aumentando-as cada dois a três dias. Atingindo a dose máxima sem sucesso, o tratamento deverá ser suspenso. O diclofenac e o tenoxicam podem ser administrados por via subcutânea (Quadro IV).

Corticóides

No tratamento da **dor por compressão nervosa ou distensão da cápsula hepática** a dose de corticóides varia entre os quatro e oito mg/dia de dexametasona.

Na **hipertensão intracraniana** a dose indicada é de 12 a 16 mg/dia.

A dexametasona é de todos o que tem menor efeito mineralocorticóide. A dose inicial costuma ser alta (ex. 8 mg de dexametasona actuam em 1-3 dias) e depois reduz-se até à dose mínima eficaz.

Se não forem eficazes em cinco dias ponderar a sua suspensão.

O quadro seguinte apresenta as doses equipotentes dos corticóides (Quadro V).

QUADRO IV

EXEMPLOS DE ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTERÓIDES

Princípio Activo	Posologia	Dose Máxima
Ibuprofeno	400 mg a 800mg 8/8h	2.400 mg/dia
Naproxeno	500 mg 12/12h a 8/8h	1.500 mg/dia
Diclofenac	50 mg 12/12h a 8/8h 75 mg 12/12h	150 mg/dia
Celecoxib	100-200mg 12/12h ou 24/24h	400 mg/dia
Tenoxicam	20mg 24/24h	20mg/dia

QUADRO V

CORTICOSTERÓIDES

Corticóide	Apresentações	Dose (mg)
Deflazacort	Comp. 6 e 30 mg e solução oral 22,75 mg/ml (1 gota = 1mg)	6
Prednisolona	Comp. 5 e 20 mg	5
Metilprednisolona	Comp. 4 e 16 mg	4
Dexametasona	Comp. 0,5 mg * Sol. injectável 4 mg/ml (por via oral ou SC)**	0,75
Betametasona	Comp. 0,5 mg e sol. oral 0,5 mg/ml (30 gotas=1ml=0,5mg)	0,75

Doses equipotentes de corticosteróides.

* Temporariamente fora de comercialização à data de elaboração das recomendações

** Disponível apenas em farmácias hospitalares

QUADRO VI

ANTI-CONVULSIVANTES E ANTI-DEPRESSIVOS TRICÍCLICOS

Princípio Activo	Dose	Apresentações
Carbamazepina	Iniciar 100 mg de 12-12 h, aumentar 200 mg cada semana Dose de manutenção: 400-600 mg 12-12h Reduzir em idosos ou insuficientes renais Monitorizar leucograma e função hepática	Comp. 200 e 400 mg Xarope 100 mg/5ml
Valproato de sódio	100 mg de 12-12 horas, aumentar 200 mg/dia cada 3 dias. Dose máxima: 1.000 mg/ dia	Comp 150, 200, 250, 300, 500 mg Xarope 40 mg/ml e 200 mg/ml
Gabapentina	Iniciar 300 mg/dia ao deitar; 2º dia 300 mg 12-12h; 3º dia 300 mg 8-8h. Aumentar 300 mg cada 2 a 3 dias até à dose de 600-1.200 mg 8-8h. Reduzir em idosos ou insuf. renal	Cápsulas 100 mg, 300 mg, 400 mg, 600 mg, 800 mg
Pregabalina	Iniciar 75mg 12/12h. Aumentar após 3 dias para 150 mg 12/12h. Aumentar após 7 dias para 300 mg 12/12h. Dose máxima: 300 mg 12-12h. Reduzir em idosos ou insuf. renal	Cápsulas 25, 50, 75, 150, 200, 300 mg
Amitriptilina	Iniciar 10mg (idosos) a 25mg ao deitar. Titular cada 5 dias. Dose máxima 50 a 75 mg/dia, em toma única ao deitar.	Comp. 10, 25 e 50 mg
Nortriptilina	Iniciar 25mg ao deitar. Titular cada 5 dias. Dose máxima: 100 mg/dia (idosos 50mg) de 8-8h.	Comp 25 mg

Antidepressivos e anticonvulsivantes

Devem ser titulados até obter o efeito ou atingir a dose máxima tolerada. Um teste adequado duraria três a seis

semanas com pelo menos uma a duas semanas na dose máxima tolerada.

Classicamente os antidepressivos tricíclicos são usados como primeira linha na dor disestésica e os an-

ticonvulsivantes na dor lancinante, podendo ser trocados ou adicionados (Quadro VI).

Relaxantes musculares

Os relaxantes musculares podem ser úteis na dor associada a espasmos musculares (Quadro VII).

QUADRO VII**RELAXANTES MUSCULARES**

Princípio Activo	Dose	Apresentações
Baclofeno	5-10 mg de 8/8h Dose máxima 100 mg/dia	Comp. 10 e 25 mg
Clonazepam	Início 1 mg à noite, 4 noites. Titular até à dose de manutenção de 2-4 mg 12-12 h	Comp. 0,5 e 2 mg e sol. oral 2,5 mg/ml
Tizanidina	Início 2 mg à noite. Aumentar 2 mg cada 3 dias. Dose máxima 36 mg/dia dividido em 3 tomas (ou 2 tomas se comp. LP)	Comp. 2 mg LN Comp. 6 mg LP
Ciclobenzaprina	Início 10 mg 8-8 h. Dose máxima 60 mg/dia.	Comp. 10 mg
Diazepam	Iniciar 5mg ao deitar Dose máxima 30mg/dia dividida em 3 tomas	Comp. 5 mg e 10 mg

FÁRMACOS USADOS NO TRATAMENTO DA DOR

Quadro VIII e Quadro IX.

BIBLIOGRAFIA

Direcção Geral da Saúde. Circular Normativa nº9/DGCG, de 14/6/2003: A dor como 5º sinal vital. Lisboa: DGS; 2003.

QUADRO VIII**FÁRMACOS USADOS NO TRATAMENTO DA DOR (1.º E 2.º DEGRAU DA ESCADA DA OMS)**

Princípio activo	Dose	Apresentações	Observações
Paracetamol	1 g 8/8 h ou 6/6 h Dose máxima: 4 g/dia	Comp. 500 mg e 1 g Comp. efervescentes 1g Xarope 200mg/ 5 ml Supositórios 125, 250, 500, 1000 mg Ampolas ev	Ampolas EV de uso hospitalar
Codeína	30-60 mg 6/6 h a 4/4 h Dose máxima: 240 mg/dia	Cápsulas 30 mg Xarope 30 mg/15ml	
Paracetamol + Codeína	8/8 h ou 6/6 h. Dose máxima: 8 comp ou 4 sup./dia (240 mg codeína + 4 g paracetamol)	Comp. 30 mg codeína + 500 mg paracetamol Sup. 60 mg codeína +1 g paracetamol	Primeira linha no tratamento da dor crónica por osteoartrose. Prevenir obstipação e náuseas.
Metamizol	0.5-1gr 6/6 ou 4/4 h Dose máxima 4 g/dia	Cáps 575 mg . Sup 500 e 1000 mg Ampolas 2000 mg/5 ml	Útil na dor em cólica.
Tramadol	25-100 mg 8/8 h ou 6/6 h Dose máxima 400 mg/dia 12/12 h 24/24 h	50, 100 mg cáps. LN 50 mg comp. orodispersíveis Gotas orais 100 mg/ml (20 gotas=50 mg) Sistema doseador (1 bomb=12,5 mg) Sup. 100 mg Ampolas 100 mg/2ml 50, 100, 150, 200 mg cáps, LP 150, 200, 300,400 mg cáps. LP	Útil na dor neuropática e nociceptiva. 50 mg de tramadol oral =10 mg morfina oral. 100 mg de tramadol SC = 10 mg morfina SC Menos obstipante que a codeína e morfina. Sem efeito na pressão dos ductos biliares e pancreáticos. Precaução nos casos de: epilepsia, insuficiência renal e hepática Insuf. renal: 50 a 100 mg LN cada 12h.
Paracetamol + Tramadol	Dose máxima 2 comp de 6/6h.	325 mg paracetamol + 37,5 mg tramadol	

QUADRO IX

FÁRMACOS USADOS NO TRATAMENTO DA DOR (3.º DEGRAU DA ESCADA DA OMS)

Princípio activo	Dose	Apresentações	Observações
Morfina, cloridrato	10 mg/ml 40 mg/2 ml	Solução injectável (uso exclusivo hospitalar)	Por via EV usar diluída e administrar lentamente. Reduzir para 1/2 da dose oral por via SC e para 1/3 por via EV.
Morfina, sulfato	10, 20 mg, 4/4 h 10, 30, 60, 100 mg de 12/12 h	Comp. LN (podem ser fraccionados e/ou moídos) Comp. LP (não fraccionar nem moer) Cáps. LP (podem ser abertas e administradas por sonda naso-gástrica)*	Prescrever sempre laxantes. Prescrever anti-emético, pelo menos 5 dias. Mesmas doses por via rectal. Evitar conduzir pelo menos 5 dias devido à sonolência. Aumentar 25% a 50% cada dia até controlo. Sem dose máxima (limitada pelos efeitos colaterais). Insuf. Renal e hepática grave: 6-6h ou 8-8h. Iniciar com doses baixas ou equianalgésicas e titular.
Buprenorfina TD	35, 52 e 70 µg/h Mudança do sistema de 96/96 h Dose máxima recomendada 140 µg/h.	Sistema transdérmico	Iniciar com 35 µg/h ou menos (os pensos podem ser cortados). Podem ser usados com outros opióides. Menos obstipante. Sem depressão respiratória nas doses recomendadas. Insuf. renal: Sem necessidade de ajuste. Insuf. hepática: ajuste se insuf. hepática grave com alterações da coagulação.
Buprenorfina SL	Início 0,1- 0,2 mg 8/8 h (sem adesivos) Dose máxima recomendada 3 mg/dia	0,2 mg comprimido sublingual, 0,4 mg comprimido sublingual,	Dose de resgate: iniciar com 0,1-0,2 SOS cada hora e titular até à dose eficaz; Se mais de 3 SOS/dia aumentar a dose do penso TD. Não ingerir os comprimidos.
Fentanil TD	25, 50, 75 e 100 µg/h, de 72/72 h	Sistema transdérmico em penso e em depósito (genérico).	Os pensos podem ser cortados. As formulações genéricas com depósito não podem ser cortadas. Podem ser usados com outros opióides para doses de resgate. Insuf. Renal: reduzir 50% a 75%
Fentanil TM	200 µg SOS . Friccionar durante 15 minutos na mucosa oral.	Sistema transmucoso oral que só existe a nível hospitalar	Dose de resgate: iniciar com 200 µg cada 15 a 20 minutos e titular até à dose eficaz. Se mais de 3 SOS/dia aumentar a dose do penso TD. Útil na dor irruptiva.

LP: Libertação prolongada; LN: Libertação normal; SL: sublingual; TD: Transdérmico; TM: Transmucoso

(*) Temporariamente fora de comercialização à data de elaboração das recomendações.

Gonçalves F. Controlo de sintomas no cancro avançado. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2002.

Melo G. Guia de orientação geral de abordagem da dor crónica em cuidados paliativos. Disponível em: URL : http://br.groups.yahoo.com/group/MGF_XXI/files/Documents%20MGF/ [acedido em 10/04/2006].

Neto IG. Protocolo de tratamento da dor crónica oncológica da Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz. Lisboa: Hospital da Luz; 2007.

Pereira JL. Gestão da dor oncológica. In: Barbosa A, Neto I, editores. Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos / Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Uni-

versidade de Lisboa; 2006. p. 61-113.

Infarmed. Prontuário Terapêutico. Disponível em: URL: <http://www.infarmed.pt/prontuario/index.php> [acedido em 14/03/2007].

Twycross R. Cuidados paliativos. Lisboa: Climepsi; 2003.

Twycross R, Wilcock A, Charlesworth S, Dickman A. Palliative drugs. Disponí-

vel em: URL: <http://www.palliative-drugs.com> [acedido em 13/03/2007].

Watson M, Lucas C, Hoy A, Back I. Oxford Handbook of Palliative Care. Oxford: Oxford University Press; 2005.

Agradecimentos

O Núcleo de Cuidados Paliativos da APMCG agradece a colaboração da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos.

Colaboraram na elaboração e revisão das recomendações:

Dr.^a Edna Gonçalves

Dr. Gonçalo Melo

Dr.^a Isabel Costa

Dr.^a Isabel Galriça Neto

Endereço para correspondência

José Eduardo Oliveira

Assistente de Medicina Geral e Familiar

Serviço de Cuidados Paliativos

Centro Regional de Oncologia do Porto,

E.P.E.

Instituto Português de Oncologia

Francisco Gentil

Rua Dr. António Bernardino de Almeida

4200-072 Porto

Telef.: 225 084 119

Fax: 225 026 489