

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DA RESIDÊNCIA MÉDICA EM GERIATRIA

PROTOCOLO DE ROTAÇÃO DE OPIOIDES

CLÊNIO MUNDIM DA FONSECA JÚNIOR

UBERLÂNDIA

2026

CLÊNIO MUNDIM DA FONSECA JÚNIOR

PROTOCOLO DE ROTAÇÃO DE OPIOIDES

Trabalho de conclusão de residência apresentado ao Programa de Residência Médica em Geriatria da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), como requisito básico para conclusão do programa.

Orientador: Prof. Dr. Saadallah Azor Fakhouri Filho

UBERLÂNDIA

2026



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA



ATA

Às 10 horas do dia 28 de janeiro de 2026, de forma presencial no endereço: Av. Pará, 1720 - Umuarama, Uberlândia - MG, 38405-320, sala 121 – bloco 8DJU, reuniu-se em sessão pública, a Banca Examinadora de defesa do Trabalho de Conclusão de Residência Médica (TCRM) intitulado como **“PROTOCOLO DE ROTAÇÃO DE OPIOIDES”** de autoria do(a) residente: **Clênio Mundim da Fonseca Júnior**

A Banca examinadora foi composta por:

- 1) Prof. Dr. Saadallah Azor Fakhouri Filho
- 2) Profa. Dra. Erika Kiyomi Yuyama
- 3) Prof. Ma. Patrícia Oliveira da Cunha Terra

Dando início aos trabalhos, o(a) presidente concedeu a palavra ao(a) residente para exposição de seu trabalho por 25 (vinte e cinco) minutos, mais ou menos 5 (cinco) minutos. A seguir, o(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) residente por, no máximo, 15 minutos cada. Terminada a arguição que se desenvolveu dentro dos termos regulamentares, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final de **pontos**, considerando o(a) residente

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista, conforme determina a RESOLUÇÃO CONFAMED Nº 45, DE 16 DE ABRIL DE 2024.

O Certificado de Conclusão de Residência Médica será expedido após o cumprimento dos demais requisitos, conforme a legislação vigente da CNRM e normas da COREME-UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que, após lida e considerada em conformidade, foi assinada pela Banca Examinadora.

Assinaturas:

1. Patrícia Oliveira da Cunha Terra

2. Saadallah A. Fakhouri

3. Erika Kiyomi Yuyama



Documento assinado digitalmente

PATRICIA OLIVEIRA DA CUNHA TERRA

Data: 10/02/2026 21:08:08-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>



Documento assinado digitalmente

ERIKA KIYOMI YUYAMA

Data: 09/02/2026 20:14:15-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

SerproID



Saadallah Azor Fakhouri Filho

CPF: ***.750.096-**

11/02/2026



Modelo de Ata de defesa do Trabalho de Conclusão da Residência

Aos 28 dias do mês de janeiro de 2026, realizou-se a sessão pública de defesa do Trabalho de Conclusão de Residência Médica apresentado pelo(a) Residente **Clênio Mundim da Fonseca Júnior**, além do(a) orientador(a) **Prof. Dr. Saadallah Azor Fakhouri Filho**, presidente desta banca, constituíram a banca examinadora os seguintes membros **Profa. Dra. Erika Kiyomi Yuyama** e **Prof. Ma. Patrícia Oliveira da Cunha Terra**

Após a finalização da apresentação do TCRM pelo(a) residente(s), a banca examinadora iniciou a sua arguição. Os examinadores reuniram-se e deram o parecer final do trabalho escrito e a apresentação oral e atribuíram as seguintes notas:

Avaliador 1: Profa. Dra Erika Kiyomi Yuyama

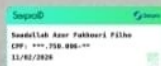
Nota final: 10,0

Avaliador 2: Profa. Ma. Patrícia Oliveira da Cunha Terra

Nota final: 10,0

Obtendo como média de nota atribuída pelos dois avaliadores a nota final 10.
Divulgado o resultado pelo presidente da banca examinadora, os trabalhos foram encerrados e eu Saadallah A. Fakhouri lavro a presente ata que assino juntamente com os demais membros da banca examinadora.

Uberlândia, 28 de jan. de 2026.



Saadallah A. Fakhouri
Orientador

* A ata deverá ser preenchida, assinada de forma digital e encaminhada para a COREME por e-mail.

* As assinaturas deverão ser realizadas utilizando assinatura eletrônica (GovBr, por exemplo).

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO EM RESIDÊNCIA MÉDICA**Orientador:** Saadallah Azor Fakhouri Filho**Residente:** Clênio Mundim da Fonseca Júnior**Supervisor:** Erika Kiyomi Yuyama**Programa de Residência Médica:** Geriatria**Período da residência (início e previsão de término):** 01/03/2024 a 28/02/2026**I. Desempenho do(a) residente quanto ao TCRM apresentado:**

O cálculo da avaliação do aproveitamento dos(as) residentes nas atividades supracitadas será realizado mediante a média ponderal das notas atribuídas. Para efeito de aprovação os residentes deverão obter média final mínima 7,0 (sete).

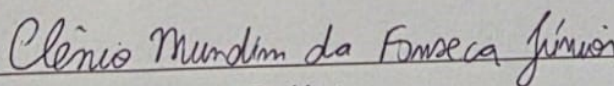
Cálculo:

$$\text{Média} = [(NTCR \times 1) + (NA \times 1) + (ND \times 1)] / 3$$

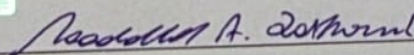
NTCR - Nota do trabalho de conclusão de residência (TCR)**NA** - Nota da apresentação da monografia e da arguição/entrevista)**ND** - Nota de desempenho durante as atividades de Residência, emitida pelo Orientador.**NOTA FINAL:****II. O desempenho do(a) residente permite a sua aprovação no Programa de Residência Médica?**Sim ☒ Não ☐

Em caso negativo, justificar.

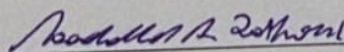
Uberlândia, 28 de janeiro de 2026.



Residente



Orientador



Supervisor

Composição da Banca Avaliadora de TCRM

Eu **Saadallah Azor Fakhouri Filho**, na condição de orientador(a) do Trabalho de Conclusão da Residência Médica, informo os dados dos membros que comporão a banca avaliadora do trabalho intitulado “**PROTOCOLO DE ROTAÇÃO DE OPIOIDES**” desenvolvido pelo(a) residente **Clênio Mundim da Fonseca Júnior**

Membro Titular 1 – Orientador

Nome completo: Saadallah Azor Fakhouri Filho
Instituição de origem: Universidade Federal de Uberlândia
E-mail de contato: saadallah.fakhouri@ufu.br
Telefone celular: (34) 99198-6468

Membro Titular 2 - Coorientador

Nome completo: Erika Kiyomi Yuyama
Instituição de origem: Universidade Federal de Uberlândia
E-mail de contato: erika.yuyama@ufu.br
Telefone celular: (16) 98225-7463

Suplente:

Nome completo: Patrícia Oliveira da Cunha Terra
Instituição de origem: Universidade Federal de Uberlândia
E-mail de contato: patricia.terra@ufu.br
Telefone celular: (16) 99629-4775



Uberlândia, 28 de janeiro de 2026.

Assinatura do orientador do TCRM

RESUMO

Este trabalho apresenta um protocolo clínico para a rotação de opioides em pacientes hospitalizados, visando otimizar o manejo da dor e minimizar efeitos adversos. O objetivo principal é estabelecer diretrizes padronizadas e baseadas em evidências para a substituição segura e eficaz de um opioide por outro, considerando o contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). O protocolo foi desenvolvido a partir da revisão da literatura sobre a farmacologia dos opioides disponíveis, como morfina, metadona e tramadol, e fundamenta-se no princípio da tolerância cruzada incompleta. São detalhados os critérios de inclusão e exclusão para pacientes candidatos à rotação, as atribuições da equipe multiprofissional e a avaliação clínica necessária. O documento fornece um algoritmo passo a passo para o processo de rotação, incluindo o cálculo de doses equianalgésicas, com ênfase na conversão não linear para a metadona, a aplicação de redução de dose para segurança e a prescrição de doses de resgate. Adicionalmente, o protocolo estabelece parâmetros rigorosos para o monitoramento pós-rotação, critérios para ajustes de dose, manejo de eventos adversos e descontinuação do tratamento. Conclui-se que a implementação deste protocolo pode aprimorar a qualidade da analgesia, aumentar a segurança do paciente, reduzir a incidência de efeitos colaterais intoleráveis e promover o uso racional de opioides no ambiente hospitalar.

Palavras-chave: Rotação de Opioides. Dor Crônica. Analgésicos Opioides. Protocolo Clínico.

ABSTRACT

This work presents a clinical protocol for opioid rotation in hospitalized patients, aiming to optimize pain management and minimize adverse effects. The main objective is to establish standardized and evidence-based guidelines for the safe and effective substitution of one opioid for another, considering the context of the Brazilian Unified Health System (SUS). The protocol was developed from a literature review on the pharmacology of available opioids, such as morphine, methadone, and tramadol, and is based on the principle of incomplete cross-tolerance. The inclusion and exclusion criteria for patients eligible for rotation, the responsibilities of the multidisciplinary team, and the necessary clinical assessment are detailed. The document provides a step-by-step algorithm for the rotation process, including the calculation of equianalgesic doses, with an emphasis on the non-linear conversion for methadone, the application of dose reduction for safety, and the prescription of rescue doses. Additionally, the protocol establishes rigorous parameters for post-rotation monitoring, criteria for dose adjustments, management of adverse events, and treatment discontinuation. It is concluded that the implementation of this protocol can improve the quality of analgesia, increase patient safety, reduce the incidence of intolerable side effects, and promote the rational use of opioids in the hospital setting.

Keywords: Opioid Rotation. Chronic Pain. Opioid Analgesics. Clinical Protocol.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página :	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

SUMÁRIO

1. SIGLAS E CONCEITOS.....	03
2. OBJETIVOS.....	05
2.1 Objetivo Geral.....	05
2.2 Objetivos Específicos.....	05
3. JUSTIFICATIVAS.....	06
4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO.....	07
4.1 Critérios de Inclusão.....	07
4.2 Critérios de Exclusão.....	08
5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES.....	08
6. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO.....	11
7. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS.....	14
8. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO.....	16
8.1 Fundamentos da Rotação de Opioides.....	16
8.2 Opioides Disponíveis no SUS - Características Farmacológicas.....	17
8.2.1 Morfina (Opioide Forte).....	17
8.2.2 Metadona (Opioide Forte).....	18
8.2.3 Tramadol (Opioide Fraco).....	20
8.2 Algoritmo de Rotação Passo a Passo.....	21
8.4 Medidas Complementares Não-Farmacológicas.....	26
9 CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA.....	28
9.1 Indicações para Novo Ajuste de Dose.....	28
9.2 Indicações para Rotação Adicional.....	29

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página :	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

9.3 Indicações para Descontinuação.....	30
10 CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA.....	32
11 FLUXOS.....	37
11.1 Fluxograma Geral de Rotação de Opioides.....	37
11.2 Fluxograma Específico: Cálculo de Dose de Metadona.....	38
11.3 Fluxograma Pós-Rotação: Monitoramento e Ajustes.....	39
11.4 Fluxograma de Eventos Adversos Intoleráveis.....	40
12 MONITORAMENTO.....	40
12.1 Cronograma de Monitoramento Pós-Rotação.....	40
12.2 Parâmetros a Monitorar.....	42
12.3 Parâmetros de Sucesso e Falha.....	47
12.4 Documentação de Monitoramento.....	48
13 REFERÊNCIAS.....	49
14 DOCUMENTOS RELACIONADOS.....	51
15 HISTÓRICO DE REVISÃO	51

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página :	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

1 SIGLAS E CONCEITOS

Sigla Significado

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
EVA	Escala Visual Analógica
SUS	Sistema Único de Saúde
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
Mg	Miligrama
VO	Via Oral
IV	Via Intravenosa
IM	Via Intramuscular
SC	Via Subcutânea
TCI	Tolerância Cruzada Incompleta
EAI	Eventos Adversos Intoleráveis
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
SCTIE/MS	Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde
PA	Pressão Arterial
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória
SpO₂	Saturação de Oxigênio

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 11/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

TGO Transaminase Glutâmica Oxalacética

TGP Transaminase Glutâmica Pirúvica

RAD Redução Automática de Dose

DRC Doença Renal Crônica

CONCEITOS FUNDAMENTAIS

Rotação de Opioides: Estratégia clínica que consiste na substituição de um opioide por outro e/ou mudança da via de administração, com objetivo de melhorar o controle da dor, reduzir efeitos adversos intoleráveis ou adaptar-se às mudanças clínicas do paciente. A prática baseia-se no conceito de tolerância cruzada incompleta.

Tolerância Cruzada Incompleta (TCI): Conceito que explica por que receptores opioides que se tornaram dessensibilizados por um opioide específico podem permanecer parcialmente responsivos a outro opioide da mesma classe. Essa resposta diferencial permite que a rotação seja terapeuticamente eficaz.

Tolerância aos Opioides: Adaptação fisiológica caracterizada pela redução progressiva da resposta analgésica e adversa a um opioide, apesar de manutenção ou aumento das doses.

Equivalência Analgésica: Relação de dose entre diferentes opioides que produzem efeito analgésico equivalente. Varia conforme fatores do paciente e do medicamento.

Dose de Resgate (ou Dose de Escape): Dose adicional de opioide de rápida ação, utilizada para controlar dor irruptiva ou inadequadamente controlada. Geralmente equivale a 5-15% da dose diária total.

Redução Automática de Dose (RAD): Redução de 25-50% da dose diária equivalente ao fazer rotação de opioides, para mitigar o risco de sobredosagem decorrente da tolerância cruzada incompleta.

Hiperalgesia Induzida por Opioides (HIO): Resposta paradoxal caracterizada por aumentada sensibilidade à dor apesar de doses crescentes de opioides. Diferencia-se de tolerância e requer redução gradual de dose.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 12/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

Via de Administração: Caminho pelo qual o medicamento entra no corpo (oral, intravenosa, intramuscular, subcutânea, transdérmica, entre outras).

Medicamentos Disponíveis no SUS para Rotação:

- **Morfina oral (liberação imediata):** Apresentações de 10 mg, 30 mg, 60 mg e 100 mg. Principal opioide forte no SUS para dor crônica.
- **Metadona oral:** Apresentações de 5 mg e 10 mg. Opiode forte com farmacocinética única, exigindo monitoramento especial.
- **Codeína oral:** Apresentações de 30 mg e 60 mg. Opiode fraco, usualmente combinado com paracetamol ou ibuprofeno.
- **Tramadol oral:** Apresentações de 50mg e 100mg. Opiode fraco, boa opção para dor neuropática.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Estabelecer diretrizes padronizadas e baseadas em evidências para a rotação segura e eficaz de opioides em pacientes hospitalizados que apresentam inadequado controle da dor, efeitos adversos intoleráveis ou alterações clínicas que justifiquem mudança terapêutica.

2.2 Objetivos específicos

1. Padronizar o processo de identificação de pacientes candidatos a rotação de opioides.
2. Estabelecer protocolos de cálculo de equivalência analgésica entre opioides.
3. Orientar a prescrição segura de novo opioide com aplicação de redução automática de dose.
4. Garantir monitoramento rigoroso pós-rotação para ajustes terapêuticos.
5. Reduzir incidência de efeitos adversos relacionados a opioides.
6. Melhorar a qualidade de vida do paciente por otimização do controle da dor.
7. Estabelecer critérios para descalonamento ou otimização de terapia analgésica.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 13/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

8. Promover uso racional de opioides disponíveis no SUS.

3 JUSTIFICATIVAS

3.1 Epidemiologia e prevalência

A dor crônica afeta aproximadamente 30% da população brasileira, com elevada prevalência em ambiente hospitalar. Entre pacientes com dor oncológica ou dor crônica mal controlada, a incidência de inadequado alívio da dor apesar da otimização inicial é de aproximadamente 30-40%, justificando rotação de opioides.

3.2 Fundamentação científica

A tolerância aos opioides é fenômeno bem estabelecido e documentado, caracterizado pela necessidade de aumento de doses para manutenção do efeito analgésico. O conceito de tolerância cruzada incompleta, suportado por extensa literatura científica, demonstra que receptores opioides μ podem ser dessensibilizados seletivamente, permanecendo parcialmente responsivos a outro agente opioide.

Múltiplos estudos demonstram que a rotação de opioides resulta em melhora analgésica em 50-80% dos pacientes com dor crônica mal controlada. Além disso, a estratégia permite redução de efeitos adversos intoleráveis em 50-70% dos casos.

3.3 Opioides disponíveis no SUS

O SUS disponibiliza através do CEAF e Portaria SVS/MS nº 344/1988 os seguintes opioides:

- **Morfina oral:** Opiode forte com excelente disponibilidade no SUS, farmacocinética bem conhecida e múltiplas apresentações.
- **Metadona oral:** Opiode forte com características farmacocinéticas únicas (meia-vida prolongada, metabolismo hepático, sem depuração renal significativa).
- **Codeína oral:** Opiode fraco, usualmente combinado com antitérmicos.
- **Tramadol oral:** Opiode fraco, bom para dor neuropática.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 14/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

A Portaria SCTIE/MS nº 46/2021 determinou a não incorporação de fentanila, oxicodona e buprenorfina no SUS para dor crônica, tornando morfina e metadona os únicos opioides fortes disponíveis no contexto hospitalar brasileiro.

3.4 Redução de efeitos adversos

Os opioides causam efeitos adversos frequentes (constipação, náusea, sedação, dependência) que comprometem qualidade de vida e adesão terapêutica. A rotação permite mudança de padrão de efeitos colaterais, pois diferentes opioides podem apresentar perfis de tolerância diferentes para efeitos adversos versus analgesia.

3.5 Impacto Clínico

Implementação de protocolo estruturado de rotação melhora indicadores de qualidade como satisfação do paciente, redução de requisições de resgate não planejadas, diminuição de eventos adversos graves e otimização de custos hospitalares.

4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

4.1 Critérios de inclusão

Pacientes hospitalizados candidatos a rotação de opioides devem apresentar:

- a) Uso prévio de opioide por período mínimo de 5-7 dias;
- b) Um ou mais dos critérios abaixo:
 - Analgesia inadequada (dor > 4 em escala numérica de 0-10) apesar de otimização de dose;
 - Desenvolvimento evidente de tolerância (necessidade progressiva de aumentos de dose sem melhora analgésica);
 - Efeitos adversos intoleráveis (constipação grave, náusea persistente, sedação excessiva, confusão mental, prurido intenso);
 - Mudança de via de administração necessária (impossibilidade de via oral, necessidade de via parenteral);

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 15/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

- Mudança do quadro clínico (desenvolvimento de insuficiência renal crônica, hepatopatia, interações medicamentosas);
- Dificuldades de acesso ou questões de custo relacionadas ao opioide atual;

c) **Capacidade de comunicação** para autorrelato de dor e efeitos adversos;

d) **Função cognitiva preservada** ou cuidador responsável disponível para monitoramento;

e) **Expectativa de vida** superior a 4 semanas;

4.2 Critérios de exclusão

Contraindicam rotação de opioides:

- Alergia documentada** a opioides em geral ou ao medicamento específico a ser utilizado;
- Síndrome de hiperalgesia induzida por opioides** confirmada (requer redução gradual, não rotação);
- Paciente em cuidados de fim de vida** com dor bem controlada (evitar mudanças que possam desestabilizar);
- Impossibilidade de monitoramento** adequado pós-rotação;
- Bloqueio de receptor** ativo (exemplo: paciente em uso de naltrexona);
- Intoxicação aguda por opioides** não tratada (deve-se estabilizar antes de rotação);
- Pneumopatia grave** com dessaturação de oxigênio (risco aumentado de depressão respiratória);
- Morte iminente** esperada nos próximos dias (desconforto estabelecido, paliar sem mudanças);

5 ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

5.1 Equipe médica (responsável pela rotação)

5.1.1 Competências requeridas:

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 16/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

- a) Conhecimento de farmacocinética e farmacodinâmica de opioides;
- b) Domínio de cálculo de equivalência analgésica;
- c) Habilidade em avaliação de dor e efeitos adversos;
- d) Experiência em titulação e ajuste de doses;

5.1.2 Responsabilidades:

- a) Realizar avaliação clínica inicial completa documentando indicação para rotação;
- b) Calcular dose equivalente do novo opioide utilizando tabelas padronizadas;
- c) Aplicar redução automática de dose (25-50%) conforme perfil de risco;
- d) Prescrever novo opioide com dose de resgate apropriada;
- e) Estabelecer cronograma de monitoramento;
- f) Realizar ajustes de dose conforme resposta clínica;
- g) Documentar toda a evolução em prontuário eletrônico;
- h) Comunicar à enfermagem e farmácia sobre mudanças;

5.2 Equipe de Enfermagem

5.2.1 Competências Requeridas:

- a) Conhecimento de avaliação de dor (escala EVA ou numérica);
- b) Familiaridade com medicações opioides;
- c) Habilidade em observação clínica e detecção de efeitos adversos;
- d) Comunicação clara com médico e paciente;

5.2.2 Responsabilidades:

- a) Realizar avaliação de dor a cada 4-6 horas nas primeiras 48 horas pós-rotação;
- b) Monitorar sinais vitais (PA, FC, FR, SpO₂) conforme protocolo;
- c) Documentar qualidade da analgesia e eventos adversos;
- d) Administrar doses de resgate conforme prescrição;

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 17/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

- e) Confortar o paciente e orientá-lo sobre o processo de rotação;
- f) Alertar médico imediatamente para sinais de overdose ou inadequado controle;
- g) Garantir presença de antagonista (naloxona) disponível;

5.3 Equipe farmacêutica

5.3.1 Competências requeridas:

- a) Conhecimento profundo de farmacocinética de opioides;
- b) Experiência em cálculo de doses equivalentes;
- c) Vigilância de interações medicamentosas;
- d) Conhecimento de regulamentações (ANVISA, CEAF);

5.3.2 Responsabilidades:

- a) Validar prescrição quanto a doses e equivalências;
- b) Conferir cálculos de conversão realizados;
- c) Alertar para possíveis interações medicamentosas;
- d) Garantir disponibilidade de medicação prescrita;
- e) Orientar paciente sobre novo medicamento;
- f) Participar de reuniões multiprofissionais de discussão de casos complexos;
- g) Fornecer suporte farmacológico ao time clínico;

5.4 Equipe multiprofissional (complementar)

5.4.1 Psicologia/Psiquiatria:

- a) Avaliar presença de transtornos psiquiátricos que influenciem resposta a opioides;
- b) Colaborar em manejo de comportamentos de busca de medicação;

5.4.2 Fisioterapia/reabilitação:

- a) Implementar medidas não farmacológicas complementares;

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 18/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

- b) Orientar sobre posicionamento e mobilidade;

5.4.3 Nutrição:

- a) Orientar sobre constipação relacionada a opioides;
- b) Ajustar dieta se necessário;

6 HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

A avaliação do paciente candidato a rotação deve incluir:

6.1 Queixa principal e duração da dor

- a) Caracterização: tipo (somática, visceral, neuropática, mista), localização, intensidade atual.
- b) Duração: aguda vs. crônica, progressão temporal;
- c) Impacto funcional: limitação de atividades, qualidade de sono, humor, etc.;

6.2 Opioide atual em uso

Informações Críticas:

- a) Nome do medicamento (forma genérica e comercial se aplicável);
- b) Posologia exata: dose, frequência e via de administração;
- c) Data de início do tratamento;
- d) Escalações de dose prévias e cronologia;
- e) Dose diária total em miligramas;
- f) Padrão de adesão (usa conforme prescrito? automedicação?);
- g) Resposta inicial vs. resposta atual;

6.3 Motivo da rotação proposta

Documentar claramente qual critério de inclusão aplica-se:

- a) ☐ Analgesia inadequada (especificar dor atual em escala);
- b) ☐ Efeitos adversos intoleráveis (especificar quais);

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 19/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

- c) ☐ Mudança de via de administração necessária (justificar);
- d) ☐ Mudança do quadro clínico (descrever);
- e) ☐ Problemas de acesso/custo;
- f) ☐ Outra (descrever);

6.4 Antecedentes pessoais relevantes

- a) **Condições renais:** insuficiência renal crônica, diálise, creatinina sérica conhecida
- b) **Condições hepáticas:** hepatopatia, cirrose, comprometimento funcional hepático
- c) **Condições respiratórias:** doença pulmonar obstrutiva crônica, apneia do sono, hipoxemia basal
- d) **Transtornos psiquiátricos:** depressão, ansiedade, transtorno de uso de substâncias, história de abuso de drogas
- e) **Alergias:** documentar reações prévias a opioides (tipo de reação)
- f) **Medicações concomitantes:** especialmente benzodiazepínicos, álcool, antidepressivos, fármacos que inibem CYP3A4
- g) **Comorbidades:** diabetes, hipertensão, insuficiência cardíaca, hipotireoidismo

6.5 História familiar

- a) Transtornos psiquiátricos hereditários;
- b) Alcoolismo ou dependência química na família;
- c) Reações adversas a medicamentos na família;

6.6 História social

- a) Ocupação e capacidade funcional pré-doença;
- b) Suporte social e familiar disponível;
- c) Habitação adequada para recuperação;
- d) História de abuso de substâncias: uso de álcool, tabaco, drogas ilícitas (remoto vs. ativo);

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 20/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

6.7 Avaliação prévia de resposta ao opioide

- Efeitos positivos: qualidade de analgesia nos diferentes horários do dia;
- Efeitos adversos: constipação, náusea, vômito, sedação, prurido, alterações cognitivas;
- Padrão de doses de resgate solicitadas;
- Satisfação geral do paciente;

EXAME FÍSICO DIRECIONADO

6.8 Sinais vitais basais

- Pressão arterial:** avaliar se há hipotensão basal (que poderia ser exacerbada por opioides);
- Frequência cardíaca:** documentar ritmo, regularidade, necessidade de monitoramento contínuo;
- Frequência respiratória:** avaliar padrão respiratório, presença de dispneia;
- Saturação de oxigênio (SpO₂):** importante para estimar risco de depressão respiratória;

6.9 Avaliação neurológica

- Nível de consciência:** alerta, sonolento, confuso, alterado;
- Cognição:** orientação para pessoa, lugar, tempo, memória, concentração;
- Escala de Coma de Glasgow:** se paciente apresenta alteração do nível de consciência;
- Pupilas:** midríase ou miose (pode indicar intoxicação por opioides);
- Reflexos:** aumentado, normal, diminuído (útil para avaliar depressão do SNC);

6.10 Exame abdominal

- Abdômen:** distensão, sensibilidade, presença de ruídos hidroaéreos (avaliar constipação)
- Frequência de evacuações:** essencial para opioides que causam constipação

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 21/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

c) **Presença de ostomia:** se sim, pode exigir ajustes na via de administração

6.11 Avaliação de dor

Escala Visual Analógica (EVA) ou Escala Numérica (0-10):

- a) Dor em repouso
- b) Dor com movimento
- c) Dor irruptiva (episódica)
- d) Distribuição temporal (permanente vs. intermitente)
- e) Relação com eventos específicos

6.12 Avaliação de efeitos adversos específicos

Efeito Adverso	Presença	Gravidade (Leve/Moderada/Grave)	Tolerabilidade
Constipação	[]	[]	Tolerável [] Intolerável []
Náusea/Vômito	[]	[]	Tolerável [] Intolerável []
Sedação	[]	[]	Tolerável [] Intolerável []
Confusão/Delirium	[]	[]	Tolerável [] Intolerável []
Prurido	[]	[]	Tolerável [] Intolerável []
Mioclonia	[]	[]	Tolerável [] Intolerável []
Alucinações	[]	[]	Tolerável [] Intolerável []

6.13 Documentação em prontuário

Toda avaliação deve ser registrada de forma estruturada, com data, hora, profissional responsável e assinatura. Recomenda-se uso de prontuário eletrônico com campos padronizados para garantir registro completo.

7 EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

7.1 Exames laboratoriais pré-rotação:

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 22/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

Exame	Justificativa	Frequência
Creatinina sérica e TFG	Avaliar função renal (metadona e morfina têm depuração renal).	Pré-rotação obrigatório
Bilirrubinas totais e diretas	Avaliar função hepática (metabolismo de opioides).	Pré-rotação obrigatório
TGO/TGP (enzimas hepáticas)	Avaliar hepatopatia que contraindicaria certas conversões.	Pré-rotação obrigatório
INR/PT se em anticoagulação	Monitorar coagulação (alguns opioides podem interagir).	Se aplicável
Albumina sérica	Avaliar estado nutricional e possível alteração de metabolismo.	Pré-rotação recomendado
Glicemia de jejum	Avaliar controle glicêmico (hiperglicemia relacionada a piora de dor).	Se diabético

7.2 Exames complementares conforme indicação clínica:

1. Eletrocardiograma (ECG):

- Se paciente > 65 anos;
- Se história de arritmia ou doença cardiovascular;
- Se necessário início de metadona (aumenta intervalo QTc em doses altas);

2. Radiografia ou tomografia de abdômen:

- Se suspeita de obstrução intestinal ou abdômen agudo;
- Para avaliar constipação refratária;

3. Ecocardiograma:

Se suspeita de insuficiência cardíaca congestiva que pudesse ser exacerbada.

4. Ressonância magnética ou tomografia de região afetada:

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 23/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

- a) Se investigação da causa de dor for necessária;
- b) Para diferenciar dor nociceptiva de neuropática;

5. Testes de função cognitiva:

- a) Se alteração de cognição identificada no exame neurológico;
- b) Escala MEEM ou MoCa;

7.3 Interpretação e ajuste de conduta

Resultados que podem contraindicar certos opioides ou exigir ajuste:

- a) **Creatinina > 1,5 mg/dL ou TFG < 60:** Redução de dose;
- b) **Bilirrubina > 3 mg/dL ou TGO/TGP > 3x o normal:** Redução significativa de dose; avaliar necessidade de rotação
- c) **INR > 3:** Risco de sangramento aumentado; adequar anticoagulação antes de rotação
- d) **Albumina < 3 g/dL:** Maior risco de efeitos adversos; ajustar dosagem

8 TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

8.1 Fundamentos da rotação de opioides

A rotação de opioides baseia-se em três princípios fundamentais:

1. **Tolerância cruzada incompleta:** Receptores dessensibilizados para um opioide podem permanecer parcialmente sensíveis a outro;
2. **Equivalência analgésica variável:** Diferentes opioides têm potências diferentes; tabelas de conversão permitem cálculo seguro;
3. **Redução automática de dose:** Redução de 25-50% da dose equivalente reduz risco de sobredose e efeitos adversos;

8.2 Opioides Disponíveis no HC-UFU

8.2.1 Morfina (Opioide Forte)

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 24/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

Propriedade	Valor
Via de Administração	Oral , EV. SC
Apresentações Disponíveis	10 mg, 30 mg / 10mg/mL – solução oral / 0,1mg/mL Amp / 1mg/mL Amp / 10mg/mL Amp
Tipo de Liberação	Liberação imediata (IR)
Frequência Recomendada	A cada 4-6 horas ou conforme necessidade
Meia-vida	2-3 horas (curta)
Início de Ação	15-30 minutos
Pico de Ação	60 minutos
Duração	4-6 horas
Metabolismo	Hepático (glicuronização)
Depuração Renal	Metabolitos inativos (significativa)
Vantagens	Disponibilidade SUS; titulação rápida; múltiplas apresentações; custo baixo
Desvantagens	Frequência alta de doses; problemas de adesão; constipação frequente
Situações Ideais de Uso	Dor aguda ou dor que requer titulação rápida; pacientes que não tolerarem metadona

- **Dose Inicial Recomendada:** 5-10 mg a cada 4-6 horas para pacientes sem exposição prévia a opioides;
- **Ajustes de Dose:** Aumentar de 25-50% a cada 2-3 dias conforme resposta;
- **Máximo de Segurança:** Não há limite teórico; a maioria dos pacientes requer < 200

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 25/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

mg/dia, mas alguns necessitam doses mais elevadas;

8.2.2 Metadona (Opioide Forte)

Propriedade	Valor
Via de Administração	Oral (VO)
Apresentações Disponíveis	10 mg
Tipo de Liberação	Liberação imediata (IR)
Frequência Recomendada	1-3 vezes ao dia
Meia-vida	15-120 horas (muito longa, imprevisível)
Início de Ação	30-60 minutos
Pico de Ação	2-4 horas
Duração	6-8 horas (embora meia-vida seja mais longa)
Metabolismo	Hepático (CYP3A4, CYP2C9, CYP2C19)
Depuração Renal	Mínima (grande vantagem em IRC)
Vantagens	Meia-vida longa permite BID/TID; boa adesão; ideal em DRC; menor constipação que morfina
Desvantagens	Acúmulo progressivo de dose; risco de intoxicação retardada; requer monitoramento frequente; fatores imprevisíveis
Situações Ideais de Uso	Doença renal crônica avançada; dor estável que não requer titulação rápida; pacientes com problemas de adesão
Cuidados Especiais	Risco elevado de overdose; deve-se espaçar doses a cada 48-72 horas antes de aumentar; monitoramento de intervalo QTc

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 26/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

Conversão de Metadona: A relação de conversão para metadona é não linear e depende da dose total de morfina:

Dose Diária de Morfina	Razão de Conversão
< 30 mg/dia	4:1
30-100 mg/dia	8:1
100-300 mg/dia	10:1
> 300 mg/dia	12-15:1

Exemplo de Cálculo:

- Paciente em Morfina 30 mg a cada 6 horas = 120 mg/dia
- 120 mg enquadra-se em "100-300 mg/dia " → razão 10:1
- Dose de metadona equivalente: $120 \div 10 = 12$ mg/dia
- Com redução automática de 50%: $12 \text{ mg} \times 0,5 = 6$ mg/dia (arredondar para 5 mg/dia)

Critério para Aumentos: A NCCN recomenda aumentos mínimos a cada 48-72 horas, com incrementos de 30-50% conforme resposta clínica.

8.2.3 Tramadol (Opioide Fraco)

Propriedade	Valor
Via de administração	Oral, endovenoso
Apresentações disponíveis	Comprimidos/cápsulas de 50 mg; 50mg/mL Amp
Metabolismo	Hepático, principalmente por CYP2D6 (formação de O-desmetiltramadol, M1) e CYP3A4/CYP2B6 (N-desmetilação). Produz múltiplos metabólitos ativos e inativos.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 27/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

Depuração	Predominantemente renal: cerca de 30% excretado inalterado e ~60% como metabólitos; meia-vida prolongada em insuficiência renal
Frequência	A cada 6-8 horas
Meia-vida	Aproximadamente 5–6 horas para o tramadol; metabólito ativo (O-desmetiltramadol, M1) com meia-vida em torno de 7–8 horas.
Vantagens	Opióide com componente duplo (agonista μ fraco + inibição de recaptação de serotonina/noradrenalina); útil em dor mista (nociceptiva/neuropática); menor risco de depressão respiratória em doses usuais em comparação a opioides fortes.
Desvantagens	Necessidade de ajuste em idosos e em insuficiência renal/hepática; risco de convulsões em doses altas ou em associação com outros fármacos serotoninérgicos; risco de síndrome serotoninérgica; potencial de abuso e dependência, embora menor que opioides fortes
Situações ideais de uso	Dor moderada a moderadamente intensa quando AINE/paracetamol são insuficientes; dor crônica mista com componente neuropático leve; uso com cautela em DRC leve–moderada (prolongar intervalo em TFG <30 mL/min)

8.3 Algoritmo de Rotação Passo a Passo

PASSO 1: Confirmação de Critérios e Avaliação

1. Confirmar que paciente atende critérios de inclusão
2. Excluir contraindicações (alergia, hiperalgesia induzida, bloqueio de receptor)
3. Realizar história e exame físico completos
4. Solicitar exames laboratoriais obrigatórios
5. Aguardar resultados de laboratório antes de prosseguir
6. Documentar na evolução clínica: "CANDIDATO A ROTAÇÃO DE OPIOIDES - [motivo]"

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 28/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

PASSO 2: Seleção do novo opioide

Fatores a Considerar:

1. Função Renal:

- Se TFG < 60 ml/min/1,73m² (IRC): **Prefira Metadona** (metabolismo hepático, mínima depuração renal);
- Se TFG normal: Pode usar Morfina ou Metadona conforme clínica;

2. Função Hepática:

- Se hepatopatia leve-moderada: Redução de dose necessária; preferir agente com metabolismo mais previsível (morfina);
- Se cirrose avançada: Risco elevado; avaliar necessidade real de rotação;

3. Via de Administração:

- Se via oral tolerada: Morfina ou Metadona;
- Se via oral comprometida: Avaliar possibilidade de via IV;

4. Padrão de Efeitos Adversos:

- Se constipação grave: Metadona pode ser melhor (menor potencial constipante);
- Se náusea predominante: Tentar opioide diferente (resposta variável);
- Se sedação excessiva com Morfina: Tentar Metadona;

5. Propriedades Farmacocinéticas:

- Se paciente tem dificuldade de adesão (muitas doses/dia): Preferir **Metadona** (BID-TID);
- Se dor com flutuações rápidas: Preferir **morfina** (titulação mais rápida);

6. Disponibilidade e Custo:

- Ambos disponibilizados igualmente pelo SUS.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 29/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

- Considerar estrutura hospitalar para monitoramento (metadona requer mais vigilância).

PASSO 3: Cálculo da dose equivalente

- a) Calcular dose diária total atual:

Exemplo: Paciente em morfina 10 mg a cada 6 horas

$$\text{Dose diária} = 10 \text{ mg} \times 4 \text{ doses/dia} = \mathbf{40 \text{ mg/dia}}$$

- b) Selecionar Tabela de conversão apropriada

Tabela 1 - Conversão para metadona (não linear):

Dose Diária de Morfina	Razão de Conversão	Cálculo
< 30 mg/dia	4:1	Dose metadona = Dose morfina ÷ 4
30-100 mg/dia	8:1	Dose metadona = Dose morfina ÷ 8
100-300 mg/dia	10:1	Dose metadona = Dose morfina ÷ 10
> 300 mg/dia	12-15:1	Dose metadona = Dose morfina ÷ 12-15

- c) Exemplo prático de cálculo:

Cenário: Paciente em Morfina 20 mg a cada 4 horas (6 doses/dia) = 120 mg/dia

- Indicação: Efeitos adversos intoleráveis (constipação grave)
- Função renal: Normal (creatinina 0,9 mg/dL)
- Função hepática: Normal
- Decisão: Rotar para Metadona

Cálculo:

- Dose diária de morfina: 120 mg
- Enquadra-se em "100-300 mg/dia" → razão 10:1

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 30/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

3. Dose metadona equivalente: $120 \div 10 = 12$ mg/dia
4. Aplicar redução automática de 50%: $12 \times 0,5 = 6$ mg/dia
5. Prescrição: Metadona 5 mg/dia (Nota: Recomenda-se arredondar para dose disponível mais próxima, respeitando segurança)

PASSO 4: Determinação de redução automática de dose

Estratégia de redução:

A redução automática reduz risco de sobredose e efeitos adversos aproveitando a tolerância cruzada incompleta.

- a) **Padrão recomendado: Reduzir 25-50% da dose equivalente**
- b) **Maior redução (próximo de 50%)** para pacientes com fatores de risco:
 - Idosos (> 65 anos)
 - Doença renal crônica avançada
 - Síndrome de fragilidade
 - Doses elevadas prévias (> 200 mg morfina/dia)
 - Confusão mental ou alteração cognitiva
- c) **Menor redução (próximo de 25%)** para pacientes com:
 - Dor grave mal controlada (prioritariamente analgesia)
 - Doses baixas prévias (< 60 mg/dia)
 - Boa função renal e hepática
 - Cognição preservada

Nota sobre metadona: Alguns protocolos sugerem reduções automáticas ainda maiores (50-90%) para metadona devido ao risco de acúmulo, mas isso deve ser individualizado.

PASSO 5: Prescrição de dose de resgate

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 31/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

A dose de resgate permite ao paciente controlar dor irruptiva após rotação.

Regra da porcentagem:

- Dose de resgate = 5-15% da dose diária total do novo opioide.
- Frequência: A cada 2-4 horas conforme necessidade.

Alternativa com morfina (se resgate):

- Se novo opioide é metadona, resgate preferencialmente com Morfina de ação rápida.
- Dose: 10% da dose total diária da morfina equivalente calculada

PASSO 6: Cronograma de Redução do Opióide Anterior

Estratégia de descontinuação:

Não descontinuar abruptamente o opioide anterior. Implementar redução gradual:

- **Dia 1-2 (pós-rotação):** Reduzir dose anterior a 50% da dose original
- **Dia 3-4:** Reduzir a 25% da dose original
- **Dia 5 em diante:** Descontinuar completamente

Exemplo:

- Paciente em Morfina 20 mg a cada 4 horas (120 mg/dia) sendo rotado para Metadona.
- Dia 1-2: Morfina 10 mg a cada 4 horas (60 mg/dia).
- Dia 3-4: Morfina 5 mg a cada 4 horas (30 mg/dia).
- Dia 5: Descontinuar Morfina.

Racionalidade: Permite ajuste fisiológico gradual, reduz risco de síndrome de abstinência e de overdose.

PASSO 7: Implementação da Prescrição

Documentação Obrigatória:

Prescrever formalmente em prontuário eletrônico ou em impresso padronizado:

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 32/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

Medicamento Anterior	[Nome, dose, frequência]
Razão da Rotação	[Analgesia inadequada / Efeitos adversos / Outra]
Medicamento Novo	[Nome, dose, frequência]
Dose Diária Total	[Valor em mg]
Dose de Resgate	[Opioide, dose, frequência máxima]
Redução do Anterior	[Cronograma]
Data/Hora Início	[Data e hora exata]
Prescritor	[Nome, CRM, assinatura]

Comunicação à equipe:

- Notificar enfermagem sobre nova prescrição;
- Alertar farmácia para dispensação;
- Informar paciente e familiar sobre mudança, benefícios esperados e possíveis efeitos adversos;
- Deixar impressão com instruções ao lado do leito;

8.4 Medidas complementares não-farmacológicas

Enquanto ocorre a rotação de opioides, implementar estratégias complementares:

1. Posicionamento e mobilidade:

- Orientar paciente para posição que maximize conforto
- Fisioterapia para mobilidade conforme tolerado
- Evitar imobilidade prolongada (complicações)

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 33/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

2. Técnicas não-farmacológicas:

- Relaxamento progressivo
- Técnicas de respiração
- Distração (TV, música, leitura)
- Visita de familiares

3. Manejo de constipação:

- Iniciar profilaxia: Lactulose 15-30 mL/dia OU Bisacodil 5-10 mg/dia
- Aumentar hidratação e fibras dietéticas
- Deambulação se possível
- Estabelecer horário regular para evacuação

4. Manejo de náusea:

- Oferecer refeições pequenas e frequentes
- Evitar alimentos gordurosos
- Metoclopramida 10 mg a cada 8 horas se necessário
- Dimenidrinato 50 mg a cada 4-6 horas para cinetose

5. Suporte Psicológico:

- Conversa clara sobre expectativas
- Validação de medos e preocupações
- Oferecer presença e escuta
- Encaminhar para psicologia se ansiedade importante

6. Manejo de prurido:

- Hidratação local com loção
- Anti-histamínico sistêmico (hidroxizina 25-50 mg a cada 6 horas)

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 34/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

- Trocar de opioide se persistente e intolerável

9 CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

9.1 Indicações para novo ajuste de dose

Após implementação de rotação, avaliar resposta clínica sistematicamente:

Aumentar Dose Se:

1. Controle inadequado da dor após estabilização:

- Dor basal > 4 em escala 0-10 por > 48 horas
- Necessidade de > 4 doses de resgate/dia
- Paciente refere alívio insuficiente

2. Tolerância emergente:

- Progressiva necessidade de aumento de dose após período estável
- Resposta positiva inicial seguida de perda de eficácia

Estratégia de Aumento:

- Para Metadona: Aumentar 25-50% a cada 48-72 horas
- Para Morfina: Aumentar 25% a cada 2-3 dias
- Máximo: Continuar até analgesia adequada ou efeitos adversos impeçam
- Documentar cada ajuste com justificativa

Reduzir dose se:

1. Sobredose/intoxicação:

- Sonolência excessiva
- Confusão mental
- Miose
- Depressão respiratória (FR < 12, SpO₂ < 90%)

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 35/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

- Náusea/vômito intratável
- **Ação imediata:** Reduzir dose em 25-50%; considerar Naloxona se depressão respiratória

2. Analgesia adequada com efeitos adversos residuais:

- Dor bem controlada (< 4/10) mas sedação persistente
- Constipação intratável apesar de medidas complementares
- Alergias ou efeitos idiossincráticos

3. Mudança clínica do paciente:

- Deterioração rápida (paciente em final de vida)
- Melhora surpreendente (redução do processo doloroso)

Estratégia de Redução:

- Reduzir 25% a cada 48-72 horas
- Monitorar sintomas de abstinência (inquietação, sudorese, insônia)
- Reduzir gradualmente para evitar síndrome de abstinência
- Se síndrome de abstinência: Aumentar levemente dose anterior

9.2 Indicações para Rotação Adicional

Se após 5-7 dias de otimização não há resposta adequada:

Crítérios para Considerar Nova Rotação:

1. **Dor persistentemente > 4/10** apesar de otimização de dose
2. **Efeitos adversos intoleráveis** que não melhoram com redução
3. **Padrão identificável:** Paciente se beneficiou de primeira rotação e pode se beneficiar de segunda

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 36/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

Dados que Suportam Essa Prática:

- Estudos mostram que 81% dos pacientes com dor crônica não oncológica necessitam de múltiplas rotações para otimização
- Não há limite pré-definido de quantas rotações são seguras
- Cada rotação deve seguir o mesmo protocolo estruturado

Seleção do novo opioide:

Se primeira rotação foi Morfina → Metadona, segunda seria a preferência?

- Se Metadona foi bem tolerada, continuar ajustando dose
- Se Metadona não foi tolerada, considerar voltar a Morfina com otimização diferente
- Consultar equipe multiprofissional para casos complexos

9.3 Indicações para descontinuação

Quando descontinuar opioides:

1. Melhora da condição subjacente:

- Resolução da dor aguda (pós-operatória, traumática)
- Remissão completa do câncer
- Efeito de outro tratamento (radioterapia, cirurgia)

2. Paciente em cuidados de fim de vida:

- Dor bem controlada
- Transição para cuidados paliativos
- Continuar mesma dose para manutenção de conforto

3. Hiperalgesia induzida por opioides:

- Paradoxalmente, redução e descontinuação gradual melhora dor
- Estratégia: Reduzir 25% a cada 48-72 horas

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 37/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

- Oferecer analgesia alternativa (anti-inflamatórios, neuromoduladores)

Protocolo de descontinuação gradual:

Não descontinuar abruptamente (risco de síndrome de abstinência, delirium, dor rebote).

Fórmula:

- Semana 1-2: Reduzir 25% da dose
- Semana 3-4: Reduzir próximos 25% (total 50%)
- Semana 5-6: Reduzir próximos 25% (total 75%)
- Semana 7: Descontinuar

Exemplo: Metadona 20 mg/dia

- Semana 1-2: 15 mg/dia
- Semana 3-4: 10 mg/dia
- Semana 5-6: 5 mg/dia
- Semana 7: Descontinuar

Monitoramento durante descontinuação:

- Avaliar diariamente: Dor, insônia, inquietação, sudorese
- Se síndrome de abstinência: Desacelerar redução (voltar à dose prévia, reduzir mais lentamente)
- Oferecer analgesia complementar
- Tranquilizar paciente (abstinência não é perigosa, mas desconfortável)

10 CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA

10.1 Critérios de alta hospitalar

Paciente pode ter alta quando:

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 38/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

1. Analgesia adequada ou aceitável:

- Dor basal ≤ 4 em escala 0-10
- Paciente refere satisfação com alívio da dor
- Capacidade funcional para atividades de vida diária razoável

2. Estabilidade de dose alcançada:

- Dose em regime estável por mínimo 3-5 dias
- Necessidade de resgate reduzida para $\leq 2-3$ doses/dia
- Sem necessidade de ajustes frequentes

3. Efeitos adversos controláveis:

- Qualquer efeito adverso presente é manejável com suporte domiciliar
- Prescrição de medicamentos complementares incluída (lactulose, anti-histamínicos, etc.)
- Paciente instruído sobre reconhecer efeitos perigosos

4. Capacidade de acompanhamento ambulatorial:

- Paciente ou cuidador capaz de comparecer a consultas
- Acesso a medicações prescritas
- Comunicação clara e meios para contato em caso de dúvidas

5. Segurança respiratória:

- SpO₂ > 90% em repouso em ar ambiente
- Frequência respiratória > 12 ipm
- Sem sinais de depressão respiratória

6. Suporte social adequado:

- Moradia segura

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 39/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

- Cuidador ou rede de apoio disponível
- Capacidade de armazenar medicação em local seguro

10.2 Plano de transição para casa

Documentos e Orientações a Preparar:

1. Prescrição detalhada:

- Nome genérico e comercial do opioide
- Dose exata, frequência, via
- Dose de resgate (se aplicável)
- Medicamentos complementares (constipação, náusea, etc.)
- Medicamentos contraindicados
- Cópia para paciente

2. Plano de acompanhamento:

- Agendamento de consulta de seguimento em 3-5 dias (médico prescreveu opioide recentemente)
- Agendamento de consulta em 2-4 semanas para reavaliação
- Telefone de contato para dúvidas urgentes
- Instrução: "Procure emergência se [sinais de perigo]"

3. Educação verbal e escrita:

- Dar folheto ou instrução escrita sobre medicação
- Explicar efeitos colaterais esperados
- Treinar paciente em escala de dor para uso em casa
- Reforçar importância de adesão

4. Segurança:

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 40/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

- Armazenar em local fresco, seco, seguro, longe de crianças
- Alertar sobre risco de dependência (usar conforme prescrito)
- Não compartilhar medicação com outros
- Alertar sobre risco de depressão respiratória (não associar com álcool ou benzodiazepínicos)

5. Medicamentos de suporte:

- Prescrever lactulose para constipação (antecipada)
- Prescrever anti-histamínico se prurido residual
- Prescrever metoclopramida/ondansetrona se náusea residual

6. Resumo de alta:

- Copiar para prontuário ambulatorial
- Enviar para médico assistente/generalista
- Destacar: nova medicação, dose, monitoramento recomendado

10.3 Critérios de transferência intra-hospitalar

Transferência para outro setor ou nível de cuidado ocorre quando:

1. Estabilidade clínica alcançada:

- Paciente estável hemodinamicamente
- Não requer monitoramento contínuo
- Pode ser atendido em enfermaria geral

2. Necessidade de internação continuada:

- Paciente com dor crônica + agudização aguda resolvida, necessita internação para outro motivo
- Exemplo: Paciente com dor oncológica que foi hospitalizado para dor, após rotação estável, mas ainda com câncer ativo

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 41/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

3. Transferência para cuidados paliativos:

- Paciente com expectativa de vida < 3-6 meses
- Prioridade: conforto
- Manter mesmo opioide e dose; ajustar conforme necessário para sintomas

10.4 Critérios de acompanhamento ambulatorial obrigatório

Após alta, paciente DEVE comparecer a:

1. Primeira consulta (3-5 dias após alta):

- Avaliar se rotação está tendo efeito esperado
- Reavaliação de dor
- Investigar novos efeitos adversos
- Ajustar dose se necessário

2. Segunda consulta (2-4 semanas após alta):

- Confirmação de estabilidade
- Avaliação de qualidade de vida
- Investigar aderência
- Planejar próximos passos

3. Seguimento contínuo:

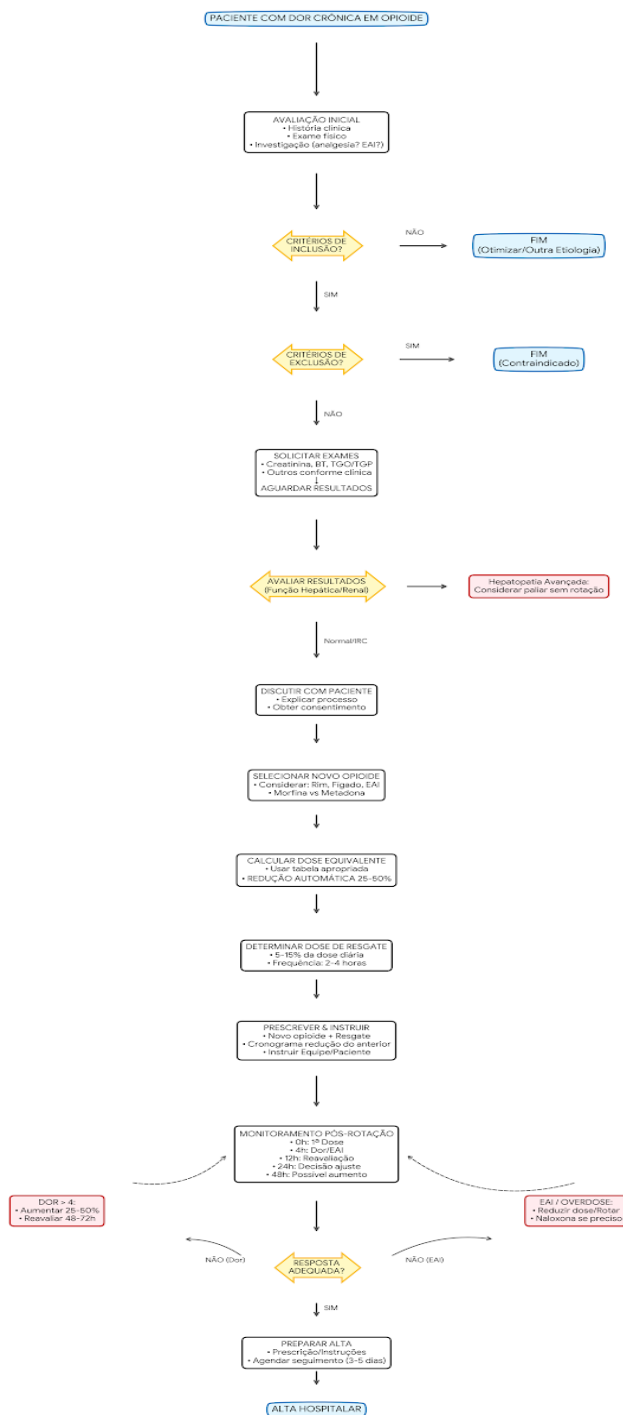
- Mensalmente enquanto em otimização de dose
- A cada 3 meses uma vez estável
- Ajustar frequência conforme complexidade clínica

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 42/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 43/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

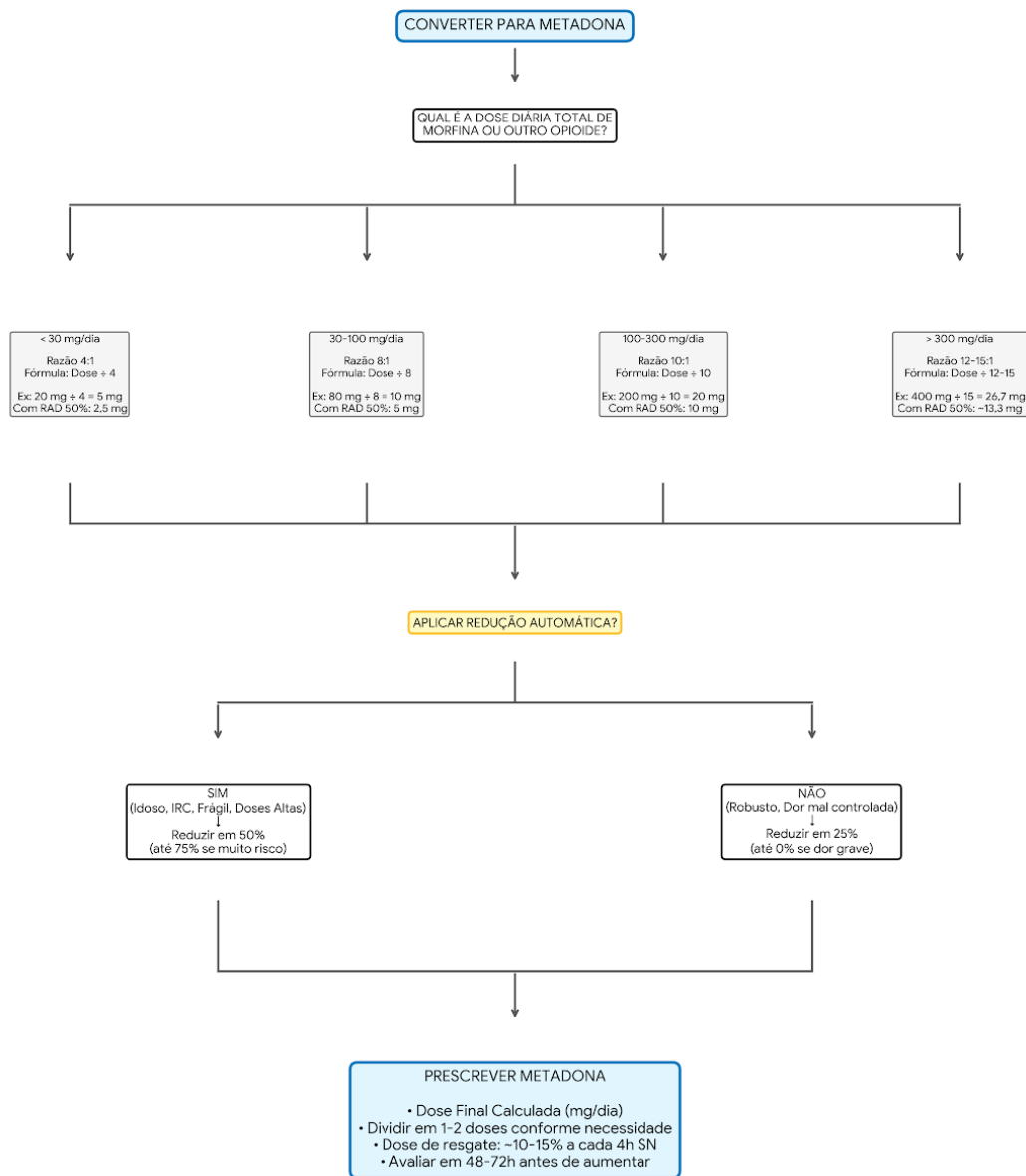
11 FLUXOS

11.1 Fluxograma geral de rotação de opioides



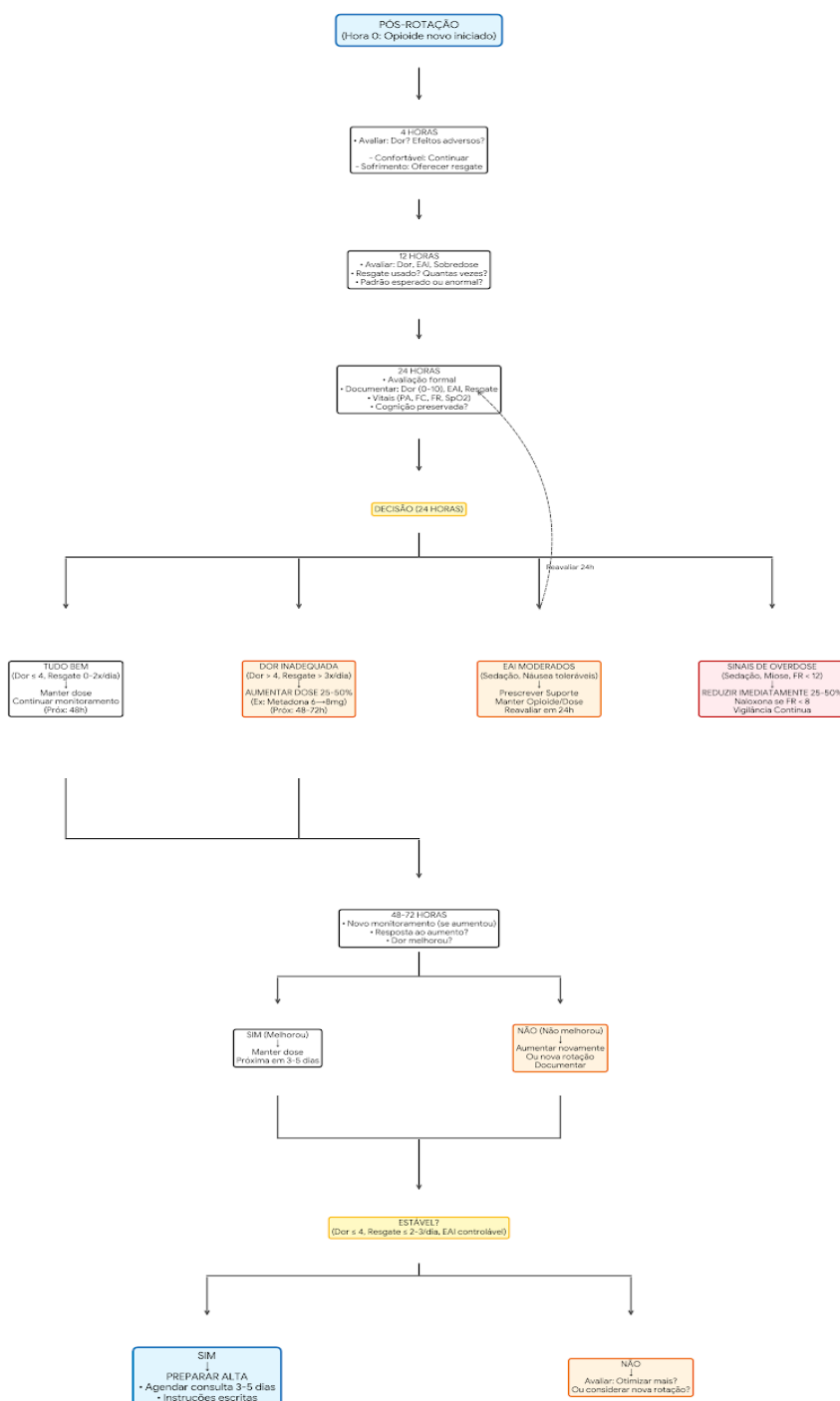
Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 44/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

11.2 Fluxograma específico: cálculo de dose de metadona



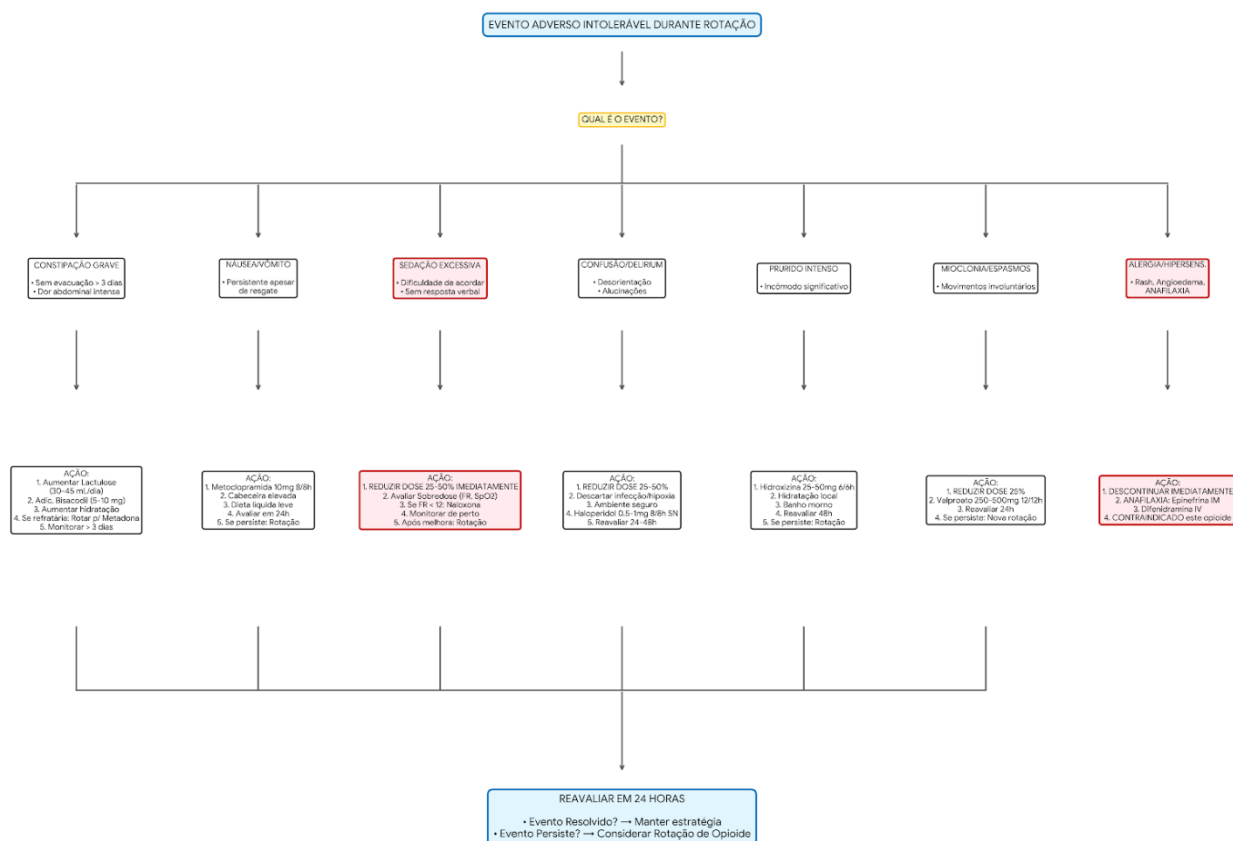
Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 45/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opióides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

11.3 Fluxograma pós-rotação: monitoramento e ajustes



Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 46/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opióides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

11.4 Fluxograma de eventos adversos intoleráveis



12 MONITORAMENTO

12.1 Cronograma de monitoramento pós-rotação

PRIMEIRA SEMANA (Intensiva)

Momento	O Que Avaliar	Como Documentar
Hora 0 (Início)	Administração primeira dose; sinais vitais basais	Prontuário eletrônico; vitais
4 horas	Dor (EVA); EAI; vitais; nível de	Prescrição de enfermagem

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 47/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

	consciência	
12 horas	Dor; EAI; padrão de resgate; vitais	Prescrição; evolução enfermagem
24 horas	Avaliação formal completa	Evolução médica
48 horas	Reavaliação; decisão de aumento se necessário	Evolução médica
72 horas	Monitoramento se ajuste feito; documentar resposta	Evolução médica/enfermagem
5-7 dias	Decisão final: Adequado para alta? Precisa novo ajuste?	Evolução médica; decisão

SEGUNDA SEMANA (Ambulatorial)

Momento	Responsável	Ações
3-5 dias após alta	Médico especialista	Consulta presencial; avaliação completa; ajuste dose se necessário
1-2 semanas	Médico generalista (se seguimento compartilhado)	Verificação adesão; orientação

APÓS PRIMEIRA SEMANA/2 SEMANAS

Frequência	Contexto	Ações
Semanal	Se ainda otimizando dose ou EAI significativos	Contato telefônico ou presencial; ajuste dose
Quinzenal	Se estável	Contato telefônico para verificar
Mensal	Se estável há mês	Consulta presencial; avaliação de

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 48/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

		aderência
3-4 em 3 meses	Se cronicamente estável	Consulta presencial; verificar necessidade continuada de opioide

12.2 Parâmetros a monitorar

12.2.1. Dor (Primário)

Método: Escala Numérica 0-10 (mais simples) ou EVA (mais precisa)

Frequência:

- Internação: A cada 4-6 horas primeiros 2 dias, depois 2x/dia
- Ambulatório: Paciente autorrelato em consultas

Documentação:

- Dor basal (em repouso)
- Dor com movimento
- Pico de dor (máximo do dia)
- Vale de dor (mínimo do dia)
- Padrão ao longo do dia

Interpretação:

- Dor 0-3: Excelente controle
- Dor 4-6: Controle adequado (aceitável)
- Dor > 7: Inadequado; considerar ajuste

Ação se inadequado:

- Aumentar opioide
- Avaliar outra causa de dor

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 49/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

- Considerar rotação

12.2.2. Efeitos Adversos

Avaliação Sistemática:

EAI	Frequência	Avaliação	Ação se Presente
Constipação	Diária (internação)	Frequência evacuações; consistência fezes	Aumentar laxante; considerar rotação
Náusea	Diária	Presença; severidade; vômito?	Anti-náusea; dieta; considerar rotação
Sedação	Diária	Nível de consciência; capacidade de realizar atividades	Reduzir dose se moderada-grave
Confusão	Diária	MMSE ou observação; orientação	Reduzir dose; descartar causas
Prurido	Diária	Presença; localização; incômodo	Anti-histamínico; considerar rotação
Mioclonia	Diária	Presença; frequência; localização	Reduzir dose; considerar valproato

Documentação:

- Escala de severidade: Leve / Moderada / Grave
- Impacto na qualidade de vida: Tolerável / Intolerável
- Evolução: Melhora / Piora / Estável

12.2.3. Vitais

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 50/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

Frequência:

- Internação: Diária (ou 2x/dia nos primeiros 3 dias)
- Ambulatório: A cada consulta

Parâmetros:

- **PA (Pressão Arterial):** Avaliar hipotensão ($PAS < 90$ mmHg)
- **FC (Frequência Cardíaca):** Avaliar bradicardia ($FC < 50$)
- **FR (Frequência Respiratória):** Crítico - $FR < 12$ indica sobredose; $FR < 8$ requer Naloxona
- **SpO₂ (Saturação):** $SpO_2 < 90\%$ em ar ambiente é anormal para maioria
- **Temperatura:** Descartar infecção (febre)

Interpretação:

- $FR < 12$ + sedação + miose = **SOBREDOSE**; ofertar Naloxona
- PA sistólica < 90 = **HIPOTENSÃO**; reduzir opioide; considerar fluidos
- $FC < 50$ = **BRADICARDIA**; investigar causa; geralmente não relacionada a opioide

12.2.4. Cognição

Método:

- Observação clínica informal: Orientação? Responde apropriadamente?
- Escala MEEM ou MoCA se alteração suspeita

Avaliação:

- Orientação para pessoa, lugar, tempo
- Memória: Lembrar 3 palavras após 5 minutos
- Atenção: Fazer tarefas simples (contar de trás para frente)
- Linguagem: Fala coerente?

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 51/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

Achados Preocupantes:

- Desorientação
- Alucinações
- Inquietação anormal
- Dificuldade de comunicação

Ação:

- Descartar causas (hipoxia, infecção, hipoglicemia, drogas)
- Reduzir dose de opioide se for causa provável
- Considerar consulta neurologia se alteração persiste

12.2.5 Resgate opioide (doses utilizadas)

Documentação:

- Quantas vezes paciente solicitou/recebeu resgate por dia
- Qual opioide foi usado (morfina? Metadona?)
- Qual dose foi dada
- Qual foi o intervalo entre doses

Padrão esperado:

- Dia 1-2: Até 3-4 doses de resgate/dia (esperado enquanto ajusta)
- Dia 3-4: 1-2 doses de resgate/dia (boa resposta)
- Dia 5+: 0-1 doses/dia (excelente controle)

Interpretação:

- 4 doses/dia: Dose insuficiente; aumentar
- 0-1 doses/dia: Dose adequada; manter

12.2.6 Função Renal e Hepática

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 52/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

Frequência:

- Pré-rotação: Obrigatório
- Internação: Se IRC conhecida, repetir após 5-7 dias
- Ambulatório: A cada 3 meses em pacientes com IRC ou hepatopatia

Parâmetros a monitorar:

- **Creatinina:** Aumento > 0,5 mg/dL pode indicar piorada renal; aumenta risco de toxicidade
- **Bilirrubina:** Aumento sugere piorada hepática
- **TGO/TGP:** Elevação pode indicar hepatotoxicidade

Ação:

- Se creatinina aumenta: Reduzir dose opioide; considerar metadona
- Se bilirrubina aumenta: Reduzir dose drasticamente ou descontinuar
- Se TGO/TGP aumenta: Investigar causa (hepatite? Medicação? Metadona?)

12.2.7 Aderência

Avaliação (ambulatorial):

- Paciente traz medicação? Quantas tomou?
- Dificuldades para acessar? Para deglutir?
- Compreendeu como tomar?
- Efeitos colaterais desagradáveis que dificultam adesão?

Documentação:

- Aderência: Excelente / Boa / Aceitável / Pobre
- Se pobre: Investigar razão e intervir (educação, simplificar regime, etc.)

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 53/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

12.3 Parâmetros de Sucesso e Falha

Sucesso de Rotação:

Paciente apresenta:

- ✓ Dor basal ≤ 4 em escala 0-10
- ✓ Resgate necessário $\leq 2-3$ vezes/dia
- ✓ Efeitos adversos controláveis ou resolvidos
- ✓ Satisfação relatada com novo regime
- ✓ Função cognitiva preservada
- ✓ Vitais estáveis (FR > 12 , SpO₂ $> 90\%$, PA adequada)
- ✓ Boa aderência (toma conforme prescrito)

Expectativa: 70-80% dos pacientes apresentam sucesso com primeira rotação

Falha de rotação:

Paciente apresenta:

- ✗ Dor persistentemente > 6 apesar de otimização adequada de dose
- ✗ Efeitos adversos intoleráveis apesar de ajustes
- ✗ Sinais de sobredose não responsivos a redução de dose
- ✗ Alergia ou reação tipo hipersensibilidade
- ✗ Impossibilidade de aderência

Próxima Ação:

- Considerar nova rotação para terceiro opioide (voltar a opioide anterior em regime diferente)

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 54/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

- Consultar equipe multiprofissional
- Avaliar causas não-opioide de dor (necessidade de abordagem multimodal)

12.4 Documentação de Monitoramento

- **Local:** Prontuário eletrônico hospitalar com campos estruturados
- **Frequência de entrada:** Diária durante internação; a cada consulta ambulatorialmente
- **Elementos obrigatórios:**
 - Data e Hora**
 - Responsável** (nome, profissão, assinatura digital)
 - Dor:** (Escala, intensidade, localização)
 - Efeitos Adversos:** (Presentes? Quais? Severidade?)
 - Vitais:** (PA, FC, FR, SpO₂, Temp)
 - Exame Clínico:** (Nível consciência, cognição, reflexos)
 - Padrão de Resgate:** (Quantas vezes/dia, efetivo?)
 - Decisão Médica:** (Manter dose / Aumentar / Reduzir / Mudar opioide?)
 - Próxima Reavaliação:** (Data/hora)
 - Observações Adicionais**

Exemplo de Entrada:

Data: 10/01/2026, 10:00 AM.

Profissional: Dr. Carlos Oliveira (CRM: 12345) / Enfermeira Marta Silva.

Opioide: Metadona 10 mg/dia (iniciada dia 09/01 às 14h).

Dor: 4/10 basal, 5/10 com movimento (EVA).

EAI: Leve náusea; sem constipação; alerta.

Vitais: PA 128/82, FC 78, FR 16, SpO₂ 96% AA, Temp 36,8°C.

Exam: Lúcido, orientado para pessoa/lugar/tempo; responde comandos; sem miose visível.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 55/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

Resgate: Morfina 10 mg solicitada 2x nas últimas 12h (efetiva).

Decisão: Resposta inicial adequada. Manter Metadona 10 mg/dia. Prescrever Metoclopramida 10 mg a cada 8h para náusea. Reavaliar em 24h antes de considerar aumento.

Próxima: 11/01/2026 08:00.

Observações: Paciente satisfeito; compreende novo regime. Sem questões neste momento.

13 REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O ESTUDO DA DOR. **Manual de rotação de opioides**. 3. ed. Lisboa, 2017.

ANEKAR, A. A.; CASCELLA, M. **Opioid toxicity**. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria SVS/MS n. 344, de 12 de maio de 1998. **Regulamenta a dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME** 2024. Brasília, DF, 2024. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/>. Acesso em: 20 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Portaria SCTIE n. 46, de 20 de outubro de 2021. **Decisão de não incorporar opioides fortes (fentanila, oxicodona, buprenorfina) para dor crônica no SUS**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2021.

BRUERA, E.; HUI, D. **Integrating supportive and palliative care in the trajectory of cancer: establishing goals and models of care**. Journal of Clinical Oncology, v. 28, n. 25, p. 4013-4017, 2010.

COSTA-PEREIRA, A.; AGUIAR, P. **Cancer pain management in Portuguese and Brazilian hospitals: results from cross-sectional survey**. Journal of Palliative Medicine, v. 18, n. 12, p. 1000-1010, 2015.

FALLON, M. et al. **Management of cancer pain in adult patients: ASCO guideline update**. Journal of Clinical Oncology, v. 36, n. 19, p. 1978-1998, 2018.

GUIRRO, M. et al. **Opioid dispensation in the Brazilian Unified Health System: trends and disparities between states (2018–2023)**. Frontiers in Pharmacology, v. 14, 1350892, 2024.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. **Global year against chronic pain 2022-2023: pain and opioids**. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/>.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 56/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

Acesso em: 10 jan. 2026.

KRAYCHETE, D. C. et al. **Recomendações para uso de opioides no Brasil: parte I. Prescrição de opioides para dor crônica não maligna.** Brazilian Journal of Anesthesiology, v. 63, n. 6, p. 587-593, 2013.

KRAYCHETE, D. C. et al. **Recomendações para uso de opioides no Brasil: parte II. Tolerância, dependência e síndrome de hiperalgesia induzida por opioides.** Brazilian Journal of Anesthesiology, v. 63, n. 6, p. 594-599, 2013.

LEXICOMP. **Morphine and methadone drug information.** Waltham, MA: Wolters Kluwer, 2026. Disponível em: <https://www.wolterskluwer.com/>. Acesso em: 10 jan. 2026.

LEPPERT, W. **Role of opioid rotation in the management of cancer pain.** Journal of Clinical Oncology, v. 23, n. 28, p. 7054-7062, 2005.

MERCADANTE, S.; BRUERA, E. **Opioid rotation for cancer pain: state of the art and recommendations for clinical practice.** The Oncologist, v. 11, n. 4, p. 385-395, 2006.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. **Opioid rotation and dose conversion for cancer pain. Clinical practice guidelines.** Acesso em: 10 jan. 2026.

PERGOLIZZI, J. V. et al. **Tackling chronic pain: a multidisciplinary approach.** Pain Medicine, v. 20, supl. 1, p. S1-S10, 2019.

QUIGLEY, C. **Opioid switching to improve pain relief and drug tolerability.** Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 3, CD004847, 2004.

THIBAUT, R.; PICHARD, C. **The opioid-induced hyperalgesia phenomenon: paradoxical or logical?** Frontiers in Pain Research, v. 3, 818531, 2022.

UPTODATE. **Opioid rotation in patients with cancer.** Waltham, MA: UpToDate, 2026. Disponível em: <https://www.uptodate.com/>. Acesso em: 20 dez. 2025.

14 DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

Este protocolo é um documento compreensivo de referência. Caso a instituição possua formulários específicos, checklist de implementação, ou protocolos complementares de manejo de efeitos adversos, estes podem ser anexados como referências secundárias conforme necessidade local.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 57/47	
Título do Documento	Protocolo Rotação de Opioides	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

15 HISTÓRICO DE REVISÃO

Nº versão	Data	Descrição das alterações
00	00/00/0000	Publicação Inicial

APROVAÇÕES	Nome	Cargo	Assinatura	Data
Elaboração/ Revisão				
Análise				
Validação		Chefe da Unidade de Gestão da Qualidade		
Aprovação		Chefe de Unidade/Setor		
Aprovação		Chefe de Divisão/Setor		
Aprovação		Gerência imediata		
Homologação		Analista da Unidade de Gestão da Qualidade		