

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS CRENÇAS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FACE AOS OPIÓIDES FORTES

Célia Queirós

Enfermeira, Centro Hospitalar S. João
cqueiros38@gmail.com

Teresa Martins

Professora Coordenadora,
Escola Superior de Enfermagem do Porto
teresam@esenf.pt

RESUMO: O presente estudo, pretendeu construir e validar um instrumento para avaliar crenças e representações sociais dos profissionais de saúde na prescrição e administração de opióides fortes a pessoas com doença incurável, avançada e progressiva.

Recorreu-se a um painel de peritos na área para a construção do instrumento.

A versão experimental foi aplicada a 301 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros). A proposta de matriz encontrada através de análise fatorial exploratória identificou 4 componentes, ficando uma dimensão com um item único. O instrumento mostrou ter bons índices de consistência interna avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach. A análise fatorial confirmatória comprovou a existência de 3 dimensões, revelando indicadores de qualidade de ajustamento do modelo à amostra.

Os resultados revelam que a presença de crenças constitui barreiras efetivas à utilização de opióides no controlo sintomático. A formação na área dos cuidados paliativos mostrou ter influência positiva nas crenças e atitudes de resistência na utilização de opióides fortes.

Conclusão: o instrumento em estudo mostrou ter boas propriedades métricas de fidelidade e validade para ser usado na prática clínica.

PALAVRAS-CHAVE: Crenças e representações sociais, analgésicos opióides.

ABSTRACT: *This study aimed to construct and validate an instrument to measure beliefs and social representations of health professionals in the prescription and administration of strong opioids to people with incurable, advanced and progressive disease.*

We used a panel of experts in the area of palliative care to construct the instrument.

The experimental version was applied to 301 health professionals (doctors and nurses). The matrix proposal found through exploratory factor analysis identified four components, getting a dimension with a single item. The instrument was shown to have good internal consistency indices assessed by Cronbach's alpha. Confirmatory factor analysis confirmed the existence of three dimensions, revealing the sample model fitting quality indicators.

The results show that the presence of beliefs are effective barriers to the use of opioids in symptomatic control. Training in the area of palliative care was shown to have positive influence on the beliefs and attitudes of resistance to the use of strong opioids.

Conclusion: the version showed to have good psychometric properties of reliability and validity for use in clinical practice.

KEYWORDS: *Beliefs and social perception, analgesics opioid.*

Introdução

O receio da utilização de opióides fortes por parte de alguns profissionais de saúde está associado a crenças (Auret K, Schug S., 2005), determinando uma não utilização adequada destes fármacos, mesmo face a doenças incuráveis, avançadas e progressivas (Bernardi M, Gianluca C, Lambert A, Tridello G, Luzzani M., 2007). A percentagem de médicos que prescreve morfina para tratamento de dor oncológica severa é baixa e destes a grande maioria apenas a usa numa fase avançada da doença (Yun YH, Park SM, Lee K, Chang YJ, Heo DS, Kim SY, Hong YS, Huh BY, 2005).

Os opióides são fármacos cujas substâncias possuem a característica comum de atuar nos recetores opióides e são antagonizados pela naloxona (Fallon M, Cherny N, Hanks G., 2010). Estes recetores encontram-se no sistema nervoso central e periférico. O mu-MOP domina na mediação do controlo da dor. A morfina, por sua vez, tem uma grande afinidade com os recetores um, daí que seja considerada de primeira linha no tratamento da dor oncológica, sendo designada por “padrão de ouro internacional” (Pereira JL., 2006). Os opióides são classificados de acordo com a interação que têm com os recetores em agonista (e.g., morfina, codeína, meperidina, metadona, fentanilo, sufentanilo, remifentanilo, oxicodeona, hidromorfona); agonista parcial (e.g., buprenorfina); agonista-antagonista (e.g., pentazocina) e antagonista (e.g., naloxona), sendo classificados, de acordo com a sua potência, em fracos ou fortes (Solimando D., 2008). A codeína aparece como referência dos opióides fracos e a morfina dos opióides fortes. No entanto, esta divisão de fraco e forte é apontada como apenas discricionária uma vez que, por exemplo, uma dose alta de codeína, em termos práticos, corresponderá a uma dose baixa de morfina (Twycross R, Wilcock A., 2009). Os opióides fracos (e.g. codeína e tramadol) estão limitados por doses-teto, condição que não se verifica nos opióides fortes (e.g. morfina) (Pereira JL., 2006). Estes fármacos constituem o grupo mais usado no tratamento da dor oncológica (Fallon M, Cherny N, Hanks G., 2010).

Como todos os fármacos, os opióides têm, naturalmente, efeitos secundários. Os mais frequentes incluem:

obstipação, náuseas e vômitos e sonolência e confusão (Pereira JL., 2006). As náuseas, vômitos e sonolência são geralmente transitórios e passam ao fim de alguns dias de tratamento. A obstipação é o efeito secundário que persiste ao longo do tratamento, o que requer terapêutica continuada de laxantes (Pereira JL., 2006). Os efeitos menos frequentes incluem xerostomia, sudorese, retenção urinária, prurido, neurotoxicidade. Esta última pode incluir quadros de confusão mental, mioclonias, convulsões, alucinações, défices cognitivos e hiperalgisia (Solimando D., 2008). A depressão respiratória não é comum, mas é considerada como o potencial efeito secundário mais sério e, por isso, mais temido (Cicala, R., 2004). A depressão respiratória como consequência do tratamento com opióides, em contexto de cuidados paliativos, é rara se os opióides forem iniciados em doses apropriadas e a titulação adequada por incrementos apropriados (Smith H., 2008); (Twycross R, Wilcock A., 2009).

Não obstante o desenvolvimento técnico e científico, particularmente no âmbito da farmacologia, os estudos revelam existir um elevado número de profissionais que ainda resistem a familiarizar-se com os opióides enfatizando os possíveis efeitos secundários em detrimento dos seus benefícios, dando lugar a “falsas crenças” que se traduzem em barreiras (Kulkamp I, Barbosa C, Bianchini K., 2008); (Murnion B, Gnjjidic D, Hilmer S., 2010). De entre as razões mais frequentemente apontadas como impeditivo de manusear os opióides, temos a adição, a depressão respiratória, a falta de conhecimento e habilidades para manusear os opióides fortes, a sedação e alterações cognitivas (Kulkamp I, Barbosa C, Bianchini K., 2008); (Murnion B, Gnjjidic D, Hilmer S., 2010). Com menor relevância temos a elevada burocracia necessária à obtenção destes fármacos, a tolerância e a obstipação. A dependência física e as eventuais repercussões legais por uma eventual antecipação da morte também são apontadas ainda que em menor escala (Kulkamp I, Barbosa C, Bianchini K., 2008); (Murnion B, Gnjjidic D, Hilmer S., 2010).

O presente estudo do tipo metodológico teve por objetivo construir um instrumento de avaliação destinado a

avaliar as crenças e as representações sociais dos profissionais de saúde associadas ao uso de opióides fortes em contexto de doença incurável, avançada e progressiva.

Material e métodos

Os participantes no estudo foram selecionados segundo uma amostra sequencial e temporal. Os locais de recrutamento dos participantes foram seis serviços de um hospital geral do norte do país, onde anualmente são internadas pessoas com sintomas com indicação para opióides fortes. Os critérios de inclusão, aplicados, contemplavam o ser médico ou enfermeiro dos serviços selecionados e que voluntariamente quisessem colaborar.

Dos 158 questionários distribuídos aos médicos obtivemos uma taxa de adesão de 55,1%. Dos 293 questionários distribuídos aos enfermeiros a taxa foi de 72,7%, contabilizando uma adesão geral de 66,3%. Assim, obteve-se uma amostra de 301 participantes.

As questões endereçadas aos médicos centravam-se na prescrição de opióides e aos enfermeiros na sua administração.

Os médicos tinham em média 34,27 (DP=10,32) anos de idade, tendo esta variado entre 24 e 68 anos. Os enfermeiros tinham uma média de idade de 32,60 (DP=7,48), tendo variado entre 22 e 58 anos. Não se registaram diferenças estatísticas significativas entre estes dois grupos profissionais quanto à idade e sexo.

Quanto aos anos de experiência profissional, esta variou entre 1 e 40, tendo sido a média para a classe médica de 9,36 (DP=9,83) e para o grupo profissional dos enfermeiros de 9,58 (DP=7,33), também aqui sem diferenças significativas.

Comparando as horas de formação específica na área da dor ou cuidados paliativos verificou-se que o grupo dos médicos apresentava uma menor média de horas de formação específica em cuidados paliativos (M=18,67; DP=9,71), comparativamente com o grupo dos enfermeiros (M=81,84; DP=155,84), sendo estas diferenças significativas do ponto de vista estatístico ($t(47)=2,45$; $p=0,019$).

Foi construído um questionário para avaliar as crenças e representações sociais associadas ao uso de opióides (QCRSO) dos profissionais de saúde. Para a sua construção e validade de conteúdo recorreu-se a peritos na área dos Cuidados Paliativos, seguindo-se as recomendações

de Streiner e Norman (2008). No estudo da validade facial recorreu-se a 4 médicos e 8 enfermeiros.

O QCRSO, na sua versão experimental, continha 18 questões avaliadas através de uma escala de 5 pontos de concordância que variava de concordo completamente a discordo completamente.

O questionário não solicitava a identificação pessoal. O seu preenchimento demorou em média 5 minutos. O estudo teve apreciação favorável e anuência da comissão de ética da instituição hospitalar e autorização dos responsáveis dos serviços.

Para o tratamento estatístico dos dados utilizou-se o programa SPSS e estatística paramétrica. Numa primeira etapa, os dados foram explorados através de estatística descritiva, nomeadamente medidas de tendência central e de dispersão.

Foram utilizadas medidas de correlação para estudar a força de associação entre variáveis contínuas, nomeadamente a correlação de Pearson. Na comparação de médias entre amostras independentes utilizou-se o teste t de Student, tendo sido previamente verificado os pressupostos para a sua utilização.

Para a redução do número de variáveis foi utilizada a Análise de Componentes Principais com rotação ortogonal segundo o método Varimax. Para a seleção do número de fatores foram fixados os critérios: (1) valores próprios ou específicos (eigenvalues) >1; (2) exclusão de cargas fatoriais inferiores a 0,30; (3) cada fator deverá explicar no mínimo 5% de variância; (4) e a aplicação do princípio da descontinuidade. A consistência interna foi determinada pelo valor alfa de Cronbach.

A validade fatorial do QCRSO foi avaliada através da análise fatorial confirmatória com recursos ao AMOS (versão 21, SPSS-IBM). A existência de outliers foi avaliada pela distância quadrada de Mahalanobis e a normalidade avaliada pelo coeficiente de assimetria e curtose uni e multivariadas. A qualidade do ajustamento do modelo foi efetuada de acordo com os índices e respetivos valores de referência (Maroco J., 2010). O ajustamento local foi avaliado pelos pesos fatoriais e pela fiabilidade individual dos itens. O ajustamento do modelo teve para além dos índices de modificação as considerações teóricas subjacentes.

Resultados

Os resultados da análise fatorial exploratória (tabela 1) sugeriram quatro componentes. O primeiro componente, com uma variância explicada de 29,5%, foi constituído por seis questões que se referem a um conjunto de eventuais incertezas e dúvidas, relacionadas com a tomada de decisão de avançar, ou não, com a prescrição/administração dos opióides fortes (insegurança por falta de prática, medo na utilização de opióides, necessidade de mais formação e dificuldade em controlar os possíveis efeitos secundários dos opióides) e foi designado de insegurança/receios. O segundo componente, denominado por crenças, integra cinco questões e explica 10,8% da variância dos resultados. O terceiro componente, com uma variância explicada de 6,9% foi constituído por seis perguntas e designado de atitudes de resistência. A questão 11 ficou isolada num único componente, a que designamos de vigilância e explica 5,9% da variância. Esta avalia o grau de vigilância que os respondentes atribuem aos fármacos opióides fortes. O item 18 mostrou não ter validade convergente discriminante,

contudo, optou-se pela sua manutenção na primeira componente porque nos parece útil atendendo ao seu conteúdo.

A componente insegurança apresentou um coeficiente alfa de Cronbach de 0,78; a componente atitudes de resistência, um coeficiente de 0,72 e as crenças um coeficiente de 0,73, indicativos de aceitável consistência interna.

Enfermeiros e médicos diferiram substancialmente quanto a insegurança/receios, ($t(290)=4,81$; $p=0,0001$). Os enfermeiros revelaram-se menos inseguros nas suas práticas.

Também se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos em estudo no que se refere a crenças sobre a utilização dos opióides ($t(289)=2,95$; $p=0,003$), manifestando os enfermeiros mais crenças.

Os médicos mostraram atitudes de maior resistência à utilização de opióides ou procuravam utilizá-los numa fase o mais posterior possível ($t(290)=3,40$; $p=0,001$).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na posição dos profissionais perante a componente vigilância.

Apenas no grupo profissional dos médicos, a componente insegurança apresentou uma correlação estatística

	Componentes			
	1	2	3	4
10. Mais informação para prescrever/administrar opióides fortes	0,80			
4. Inseguro a prescrever/administrar opióides fortes por falta de prática	0,79			
12. Medo de prescrever/administrar opióides fortes	0,74			
15. Mais fácil opióides via transdérmica do que endovenosa ou subcutânea	0,54			
18. Evito prescrever/administrar o que requer elevado nível de vigilância	0,50		0,45	
9. Difícil controlar efeitos secundários dos opióides	0,39	0,37		
14. Morfina só em doentes terminais		0,78		
16. Efeitos secundários dos opióides são superiores aos benefícios		0,75		
13. Prescrição de opióides só por especialistas da Dor ou de Cuidados Paliativos		0,68		
8. Morfina antecipa a morte		0,61		
7. Opióides fortes estão contra-indicados no tratamento da dispneia		0,54		
1. Evito prescrever/administrar opióides			0,64	0,39
5. Prescrevo/administro mais facilmente tramadol que morfina	0,42		0,60	
6. Opióides fortes devem ser reservados para a fase mais avançada da doença		0,34	0,59	
3. Prescrevo/administro mais facilmente petidina que morfina	0,36		0,55	
17. SOS de morfina significa não administrar		0,34	0,53	
2. Toxicod dependência é altamente provável no tratamento prolongado com opióides			0,52	0,48
11. Opióides requerem elevado nível de vigilância				0,75

Legenda:
 Componente 1 - Insegurança;
 Componente 2 - Crenças;
 Componente 3 - Atitudes de resistência;
 Componente 4 - vigilância.

Tabela 1 – Componentes principais do questionário das crenças e representações sociais associadas ao uso dos opióides fortes

com a idade ($r=0,37; n=86; p=0,0001$), mostrando os profissionais mais velhos mais seguros em lidar com estes fármacos. Também esta mesma componente correlacionou-se com os anos de experiência profissional ($r=0,38; n=86; p=0,0001$).

Analisamos as diferenças entre os profissionais em estudo relativamente à formação específica em cuidados paliativos ou dor nas quatro componentes extraídas através da análise fatorial. As crenças dos profissionais foram substancialmente diferentes quando comparados profissionais com e sem formação em cuidados paliativos/dor ($t(288)=3,87; p=0,0001$), apresentando os profissionais com formação menos crenças. O mesmo se passou em relação às atitudes de resistência ($t(289)=3,57; p=0,0001$).

Para testar até que ponto o modelo teórico se adapta ao modelo empírico recorreu-se à análise fatorial confirmatória. Uma vez que a solução fatorial encontrada pela

análise fatorial exploratória apontava para uma estrutura tri-fatorial e um item único, deixou-se cair o item relativo à vigilância. Os resultados encontrados revelaram uma qualidade de ajustamento sofrível ($X^2/df=2,54; CFI=0,87; PCFI=0,74; RMSEA=0,07; PClose=0,0001; MECVI=1,37; SRMR=0,07$). Depois de se eliminar o item 5 (Prescrevo/administro mais facilmente tramadol que morfina) sugerido pelos índices de modificação e correlacionados os erros dos itens 4 e 9 da dimensão insegurança/receios, 14 e 7 das crenças e 1 e 2 das atitudes de resistência obteve-se uma qualidade de ajustamento adequado ($X^2/df=2,04; CFI=0,92; PCFI=0,75; RMSEA=0,06; PClose=0,10; MECVI=1,05; SRMR=0,06$). Os itens encontram-se moderados a fortemente saturados nos respectivos fatores, como se pode ver na figura 1.

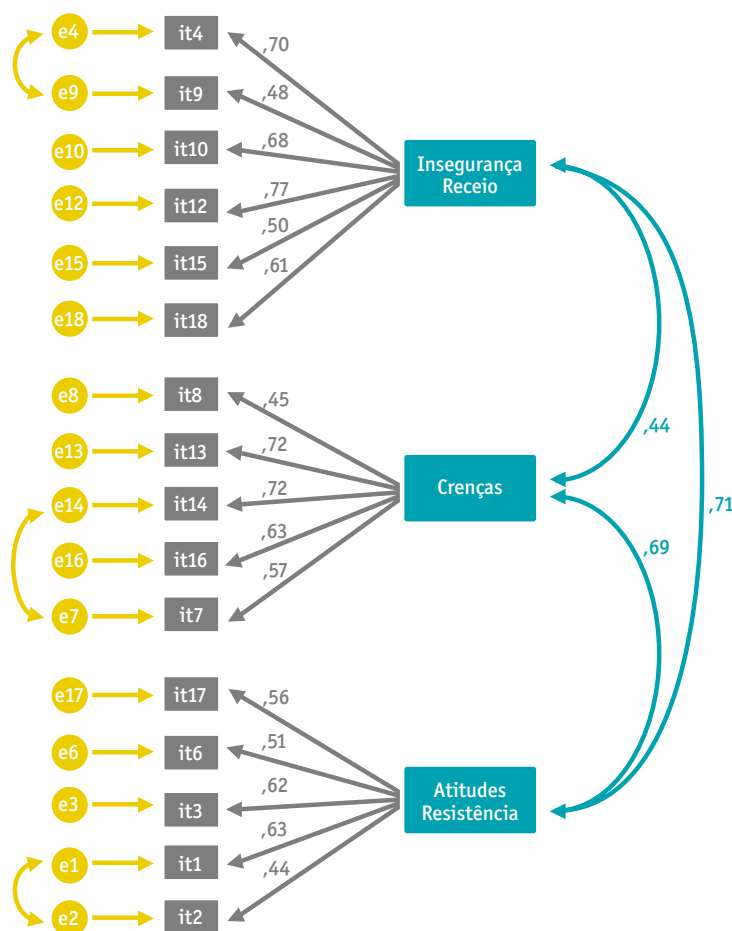


Figura 1 – Estrutura do questionário das crenças e representações sociais associadas ao uso dos opióides fortes - pesos fatoriais estandardizados e fiabilidade de cada item no modelo final

Discussão

A análise fatorial exploratória associada à análise fatorial confirmatória confirma a estrutura tridimensional do QCRSO. Insegurança, crenças e atitudes de resistência são as componentes mais representativas associadas à baixa adesão na prescrição/administração de opióides que poderão interferir negativamente no tratamento de pessoas com doença incurável, progressiva e em estágio avançado. O QCRSO mostrou boa consistência interna e sensibilidade face ao estudo dos dois grupos profissionais envolvidos.

A insegurança surge associada à pouca experiência. Quanto mais jovens ou com menos anos de experiência, mais os médicos manifestam insegurança na sua prática (insegurança por falta de prática, medo na utilização de opióides, necessidade de mais formação e dificuldade em controlar os possíveis efeitos secundários dos opióides). Este facto também pode ser justificado pelo pouco domínio da área específica dos opióides fortes (Roth C, Burgess D., 2008). Os enfermeiros mostrarem menos insegurança e receios, talvez porque na sua prática clínica tenham mais contacto com os opióides, ou porque o peso da responsabilidade da prescrição seja essencialmente dos médicos. É preciso treino e contacto na prática do dia-a-dia, para determinar alterações positivas na relação com estes fármacos (Verloo H, Mpinga EK, Ferreira M, Rapin CH, Chastonay P (2010); (Wells, M. Dryden H, Guild P, Levack P, Farrer K & Mowat P., 2001).

Os profissionais com formação em cuidados paliativos apresentam menos crenças desadequadas em relação aos opióides e menos atitudes de resistência. De facto, os estudos realizados, no sentido de perceber a influência da formação na relação com os opióides fortes, revelaram alterações positivas e muito significativas nos profissionais envolvidos (Wells M, Dryden H, Guild P, Levack P, Farrer K & Mowat P., 2001); (Oldenmenger, WH, Silleviss Smitt PA, van Dooren S, Stoter G, van der Rijt CC., 2009).

Ter ou não formação específica em cuidados paliativos parece não influenciar os receios e a insegurança na prescrição/administração destes fármacos. Este achado vem de encontro ao facto de que a formação teórica, por si só, não é suficiente para alterar radicalmente a relação com os opióides fortes, é necessário testemunhar e praticar (Verloo H, Mpinga EK, Ferreira M, Rapin CH, Chastonay P., 2010); (Wells M, Dryden H, Guild P, Levack P, Farrer K & Mowat P., 2001). Alguns autores insistem na necessidade

de treino para os profissionais de saúde, no sentido de uma mudança mais consistente e efetiva (Verloo H, Mpinga EK, Ferreira M, Rapin CH, Chastonay P., 2010); Wells M, Dryden H, Guild P, Levack P, Farrer K & Mowat P., 2001).

Os enfermeiros mostraram-se menos inseguros em lidar com os opióides, mas por outro lado mostram ter mais crenças na sua administração. A interpretação para estes resultados poderá estar no facto de os enfermeiros possuírem uma menor formação específica na área da farmacologia e farmacocinética, o que, poderá ser decisivo para a construção de crenças. Vários estudos apontam medos aos enfermeiros relacionados com a administração de morfina, nomeadamente o de uma antecipação da morte, que segundo alguns autores, em parte deve-se à resistência que veem nos médicos (Zerwekh J, Riddell S, Richard J., 2002).

Perante a dor não controlada, os profissionais vão protelando o início de medicação mais forte, dando ênfase aos eventuais efeitos secundários. Esta situação é geradora de atitudes menos positivas, em torno dos opióides, e põem em causa o efetivo controlo dos sintomas como a dor (Kulkamp I, Barbosa C, Bianchini K., 2008); (Murnion B, Gnjidic D, Hilmer S., 2010).

Os médicos demonstraram maior resistência ao uso de opióides do que os enfermeiros. Uma das razões que estará na base destes resultados é o tempo que os enfermeiros passam junto dos doentes e a conseqüente visualização do sofrimento provocado pelo descontrolo sintomático. Os enfermeiros mostravam-se mais comprometidos em promover o alívio da dor (Kulkamp I, Barbosa C, Bianchini K., 2008).

Conclusão

Em conclusão o QCRSO mostra ser um instrumento adequado para avaliar crenças e representações sociais no uso de opióides fortes. As suas componentes vão de encontro aos conceitos descritos pela bibliografia como causa de uma subutilização destes fármacos, nomeadamente em doentes com doença incurável, avançada e progressiva.

Este estudo revelou, no geral, o que a bibliografia também espelha, os obstáculos estão intimamente ligados à falta de conhecimento, no que aos opióides diz respeito. Diferentes autores sugerem a formação e o treino como a via de excelência para desconstruir estas barreiras. Os resultados sugerem que a formação reduz as crenças e atitudes de resistência, mas não altera a postura no que diz respeito às questões de insegurança e receios.

Sintomas, como dor ou dispneia, não controlados conduzem a um maior sofrimento, que poderá ser minimizado e/ou eliminado com o desenvolvimento da “alta tecnologia do manuseamento de opióides” especialmente da morfina. O QCRSO mostrou ter boas propriedades métricas de fidelidade e validade, podendo ser útil na prática clínica e na investigação em cuidados paliativos.

Referências bibliográficas

1. Auret K, Schug S. (2005). Underutilization of opioids in elderly patients with chronic pain: approaches to correcting the problem. *Drug Aging*, 22, 641-654.
2. Rhodin A. (2006). The Rise of Opiophobia: is History a barrier to prescribing? *Journal of Pain Palliative Care Pharmacotherapy*, 20(3),31-32. DOI: 10.1080/J354v20n03_07
3. Bernardi M, Gianluca C, Lambert A, Tridello G, Luzzani M. (2007). Knowledge and attitudes about cancer pain management: A national survey of Italian oncology nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, 11, 272-279.
4. Portenoy RK, Sibirceva U, Smout R, Horn S, Connor S, Blum RH, Spence C, Fine P. (2006). Opioid use and Survival at the end of life: a survey of a hospice population. *Journal of Pain Symptom Management*, 32, 532-540.
5. Yun YH, Park SM, Lee K, Chang YJ, Heo DS, Kim SY, Hong YS, Huh BY(205). Predictors of prescription of morphine for severe cancer pain by physicians in Korea. *Annals of Oncology*, 16,966-971.
6. Fallon M, Cherny N, Hanks G. Opioid analgesic therapy (2010). In Hanks G, Cherny N, Christakis N, Fallon M [et al.] (Eds.). *Oxford textbook of palliative medicine*. 4th.ed. Oxford: Oxford University Press. p. 661-662.
7. Pereira JL. Gestão da dor oncológica (2006). In Barbosa A, Neto IG (Eds.). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. p. 61-113.
8. Solimando D. (2008). *Drug information: Handbook for oncology: a complete guide to combination chemotherapy regimens*. 5th ed. Hudson, Ohio: Lexi-comp Editor.
9. Twycross R, Wilcock A. (2009). *Symptom management in advanced cancer*. 4th ed. United Kingdom: Palliativebooks.com Ltd.
10. Cicala, R. (2004). *Myths and misconceptions surrounding opioids in pain management*. London: Royal Society of Medicine Press Limited.
11. Smith HS.(2008). *Opioid therapy in the 21st century*. New York: Oxford University Press.
12. Kulkamp I, Barbosa C, Bianchini K. (2008). Percepção de profissionais da saúde sobre aspectos relacionados à dor e utilização de opióides: um estudo qualitativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (sup),721-731.
13. Murnion B, Gnjidic D, Hilmer S.(2010). Prescription and administration of opioids to hospital in patients, and barriers to effective use. *Pain Medicine*, 11,58-66.
14. Streiner D, Norman G.(2008). *Health measurement scales. A practical guide to their development and use*. 4th ed. New York: Oxford University Press.
15. Maroco J. (2010). *Análises de equações estruturais. Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Report Number: Pêro Pinheiro.
16. Roth C, Burgess D. (2008). Changing residents' beliefs and concerns about treating chronic non cancer pain with opioids: evaluation of a pilot workshop. *Pain Medicine*; 9(7), 890-902.
17. Verloo H, Mpinga EK, Ferreira M, Rapin CH, Chastonay P (2010).Morphinofobia: the situation among the general population and health care professionals in north-eastern Portugal. *BMC Palliative Care*, 9-15.
18. Wells, M, Dryden H, Guild P, Levack P, Farrer K & Mowat P (2001). The knowledge and attitudes of surgical staff towards the use of opioids in cancer pain management: can the hospital palliative care team make a difference? *European Journal of Cancer Care*, 10(3), 201-211. doi.org/10.1046/j.1365-2354.2001.00259.x
19. Oldenmenger, WH, Sillevs Smitt PA, van Dooren S, Stoter G, van der Rijt CC (2009). A systematic review on barriers hindering adequate cancer pain management and interventions to reduce them: A critical appraisal. *European Journal of Cancer Care*, 45(8),1370-1380. doi: 10.1016/j.ejca.2009.01.007
20. Zerwekh J, Riddell S, Richard J (2002).Fearing to comfort: a grounded theory of constraints to opioid use in hospice care. *Journal of Hospice & Palliative nursing*, 4(2), 83-90.