

**HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM HECI  
ATENÇÃO AO CÂNCER**

TAYNNARA BIRINGUI MELLO

**DOR ONCOLÓGICA: MANEJO CLÍNICO PELA ÓTICA DA  
ENFERMAGEM**

**CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM – ES  
JANEIRO/2024**

## Dor oncológica: Manejo clínico pela ótica da enfermagem

### Cancer pain: Clinical management from the perspective of nursing

MELLO, Taynnara Biringui<sup>1</sup>  
RIBEIRO, Gustavo<sup>2</sup>  
NALIM, Raiani Vicente de Souza<sup>3</sup>

#### RESUMO

No Brasil, estima-se que 62 a 90% dos pacientes com câncer apresentam algum tipo de dor. O enfermeiro tem a responsabilidade de realizar o controle da dor e diminuir o sofrimento dos indivíduos, através da organização da terapêutica farmacológica, prescrever intervenções não farmacológicas, podendo então reduzir o sofrimento com controle algico. Sendo assim, este estudo tem como objetivo geral apontar estratégias para o manejo da dor oncológica, evidenciando a atuação da enfermagem frente a estes pacientes, através de um estudo de revisão bibliográfica narrativa expositiva. Saber avaliar a dor de forma eficiente é extremamente importante, pois ela está diretamente relacionada com a gravidade da doença, podendo ser realizada com auxílio das escalas para avaliação da dor. Para o manejo da dor relacionada ao câncer pode-se utilizar medidas farmacológicas, com analgésicos simples, anti-inflamatórios não esteroidais, opióides fracos e fortes em conjunto com fármacos adjuvantes. Além disso, pode-se utilizar medidas não farmacológicas como acupuntura, musicoterapia, termoterapia, crioterapia e massoterapia. No paciente em estado terminal pode-se fazer uso da sedação paliativa para obtenção do controle adequado da dor oncológica. A Sistematização da Assistência de Enfermagem contribui para a gestão do quadro algico, devido ao planejamento de ações de acordo com a necessidade do paciente, permitindo elaborar prescrições de enfermagem para potencializar o cuidado. Para isso, é necessário que o profissional se mantenha em constante processo de aperfeiçoamento, pois o baixo conhecimento, a falta de protocolos institucionais e condutas sistematizadas interferem diretamente na qualidade de vida do paciente e na assistência prestada pelo profissional.

**Palavras-chave:** Dor do câncer; Enfermagem; Cuidados paliativos.

#### ABSTRACT

---

<sup>1</sup> Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção ao Câncer do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, taynnarabmello@gmail.com.

<sup>2</sup> Orientador. Enfermeiro Mestre em Administração de Empresa, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES – gustavo.ribeiro@heci.com.br.

<sup>3</sup> Coorientador: Enfermeira, especialista em atenção ao câncer, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES – raianinalim-brasil@hotmail.com.

In Brazil, it is estimated that 62 to 90% of cancer patients experience some type of pain. The nurse has the responsibility to control pain and reduce the suffering of individuals, through the organization of pharmacological therapy, prescribing non-pharmacological interventions, and can then reduce suffering with pain control. Therefore, this study's general objective is to point out strategies for the management of cancer pain, highlighting the role of nursing in dealing with these patients, through an expository narrative bibliographic review study. Knowing how to efficiently assess pain is extremely important, as it is directly related to the severity of the disease, and can be carried out with the help of pain assessment scales. Pharmacological measures can be used to manage cancer-related pain, with simple analgesics, non-steroidal anti-inflammatory drugs, weak and strong opioids in conjunction with adjuvant drugs. Furthermore, non-pharmacological measures such as acupuncture, music therapy, thermotherapy, cryotherapy and massage therapy can be used. In terminally ill patients, palliative sedation can be used to obtain adequate control of cancer pain. The Systematization of Nursing Care contributes to the management of pain, due to the planning of actions according to the patient's needs, allowing nursing prescriptions to be drawn up to enhance care. To achieve this, it is necessary for the professional to remain in a constant process of improvement, as low knowledge, the lack of institutional protocols and systematized conduct directly interfere with the patient's quality of life and the assistance provided by the professional.

**Keywords:** Cancer pain; Nursing; Palliative care.

## INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer é definido como um crescimento desordenado de células que podem invadir tecidos e órgãos do corpo humano, podendo espalhar-se para outras regiões e geralmente vem acompanhado de dor, no ano de 1979 a Organização Mundial de Saúde (OMS), descreveu dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, sendo relacionado a lesões reais ou potenciais (TAVERES et al., 2021).

No Brasil, estima-se que 62 a 90% dos pacientes com câncer apresentam algum tipo de dor. Porém, observa-se em um cenário mundial que o tratamento da dor ocorre de forma inadequada, estudos mostram que aproximadamente 80% dos pacientes que morrem a cada ano, falecem sem um controle adequado da dor. O Brasil é classificado como o segundo país da América Latina em que os portadores de câncer mais sentem

dor, onde cerca de 24,5 a 46,6% dos pacientes não têm sua dor controlada de forma eficaz (CUNHA; RÊGO, 2015).

A dor oncológica é considerada uma dor total, ou seja, se trata de uma síndrome que vai além da lesão, envolvendo fatores físicos, emocionais, sociais, espirituais, financeiros, dentre outros (TAVARES et al., 2021).

Dessa forma, a dor pode ser classificada como nociceptiva, neuropática ou mista. Na primeira, as vias nociceptivas encontram-se preservadas, sendo ativadas pelos nociceptores de tecidos cutâneos, definida como dor somática, descrita normalmente como uma picada ou aperto, sendo desencadeada pelo movimento, aliviada pelo repouso e de localização precisa, como dor óssea e musculoesquelética ou de tecidos profundos, denominada dor visceral, provocada por distensão de uma víscera, possuindo característica opressiva, construtiva ou em cólicas, é de difícil localização e pode ser acompanhada ou não de náuseas, vômitos e sudorese. Tanto a dor nociceptiva somática quanto a visceral normalmente respondem bem ao tratamento com analgésicos opiáceos e não opiáceos (BARCELOS, 2018; CARDOSO, 2014).

Já na neuropática, as vias nociceptivas possuem modificações estruturais ou funcionais, devido a lesão seletiva do trato neoespinalâmico (dor central) ou de lesões no sistema nervoso periférico (dor periférica). Neste tipo de dor, é comum a descrição por partes dos pacientes como queimor, picadas e dormência. Esta lesão pode ser ocasionada por trauma, infecção, isquemia, doença degenerativa, invasão tumoral, lesão química, radiação, dentre outros. A dor neuropática responde pobremente aos analgésicos usuais, como paracetamol, dipirona, anti-inflamatórios não-esteróides e opióides fracos. Normalmente é indicado drogas de outras classes terapêuticas, como anticonvulsivantes, antidepressivos, analgésicos tópicos e opióides fortes. Muitos pacientes com câncer avançado sofrem mais de um tipo de dor, por isso a dor oncológica geralmente é considerada uma dor mista (BARCELOS, 2018; CARDOSO, 2014).

Além disso, a dor também pode ser classificada quanto à sua duração, em dor aguda e crônica, a dor aguda normalmente possui uma duração previsível, sendo autolimitada e facilmente diagnosticada, costuma desaparecer após uma intervenção na causa e não costuma ser recorrente. Por outro lado, a dor crônica possui uma

duração prolongada, sendo resultado de uma inflamação tecidual crônica, perda tecidual e/ou lesão neuropática, que geram alterações persistentes no sistema nervoso periférico/central e a manutenção do mecanismo de dor (CARDOSO, 2014).

Levando em consideração que em 80 a 90% dos pacientes a dor oncológica pode ser minimizada através de estratégias baseadas em evidências, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) salienta que o enfermeiro tem a responsabilidade de realizar o controle adequado da dor e diminuir o sofrimento dos indivíduos sob sua assistência. Logo, é o profissional responsável por organizar a terapêutica farmacológica, prescrever intervenções não farmacológicas e avaliar seus efeitos, podendo então reduzir o sofrimento com controle algico e promoção de conforto físico, psíquico e sócio espiritual, além de possuir um importante papel na orientação dos pacientes oncológicos e seus familiares (SILVA; YOSHIOKA; SALVETTI, 2022).

De acordo com Silva, Yoshioka e Salvetti (2022), a falta de conhecimento do profissional da saúde em relação à dor no câncer é uma barreira importante para o manejo efetivo da dor, favorecendo a maximização do sofrimento e angústia dos pacientes, pois se trata de um dos sintomas mais temidos e gera debilitação, reduzindo a capacidade funcional, aumento da dependência, alterações de humor, distúrbios do sono, dentre outros. Sendo assim, este estudo tem como objetivo geral apontar estratégias para o manejo da dor oncológica, evidenciando a atuação da enfermagem frente a estes pacientes.

Como objetivos específicos têm-se: Identificar as principais escalas para avaliação da dor oncológica; Descrever o manejo da dor oncológica de acordo com a escada analgésica da dor; Conhecer a respeito da sedação paliativa em pacientes oncológicos; Identificar as principais medidas não farmacológicas para o controle da dor; e Descrever a percepção e os cuidados de enfermagem no manejo da dor de pacientes oncológicos.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica narrativa expositiva, com a finalidade de apontar as principais estratégias para o manejo da dor oncológica,

evidenciando a atuação da enfermagem frente a estes pacientes. Para isso, foi realizada uma busca bibliográfica nas bases de dados do Pubmed (U.S. National Library of Medicine), SciELO (Scientific Eletronic Library Online), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Google Acadêmico. Foi utilizada para o rastreamento dos artigos a combinação dos seguintes descritores, levando em consideração os Descritores em Ciências da Saúde: dor do câncer, enfermagem e cuidados paliativos. Dados informativos também foram pesquisados em livros que tratam a temática deste estudo, em manuais do Ministério da Saúde Brasileira e na página do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Para complementar a busca, as listas de referência dos artigos relevantes também foram avaliadas. O levantamento bibliográfico ocorreu no período de março de 2023 à janeiro de 2024.

Como critério de inclusão usou-se: artigos completos e capítulos de livros no idioma português, publicados nos últimos 10 anos, que contivessem em seus títulos as palavras chaves definidas na pesquisa. Os critérios de exclusão foram: estudos em duplicatas nas diferentes bases de dados ou que, após a leitura do resumo, não atendesse aos objetivos da pesquisa. Em seguida foi realizada a análise dos textos completos e, os estudos que continham informações relevantes ao objetivo deste estudo, com isso, foram encontrados 99 documentos, que após uma leitura exploratória, foram selecionados 24 para contribuir para o desenvolvimento deste estudo.

Os resultados foram divididos em tópicos considerados significativos para um melhor entendimento do perfil de pesquisa e levando em consideração os objetivos específicos deste estudo.

## **RESULTADOS**

### **Principais escalas utilizadas para avaliação da dor oncológica**

Para obter um controle adequado da dor no paciente oncológico é necessário diagnosticar o mecanismo da dor (inflamatório, neuropático, isquêmico ou compressivo), para isso é imprescindível que haja uma avaliação criteriosa, onde uma

anamnese completa, exame clínico, investigação laboratorial ou radiológica são essenciais (BARCELOS, 2018; CARDOSO, 2014).

Saber avaliar a dor de forma eficiente é extremamente importante, pois ela está diretamente relacionada com a gravidade da doença. Para isso, pode-se avaliar o relato do próprio paciente, observar o seu comportamento e suas respostas autonômicas associadas. A dor é uma experiência pessoal, interna e privada, portanto o relato do próprio paciente é o padrão-ouro para sua medição. O enfermeiro deve captar, reconhecer e levar em consideração alertas de dor originados pelos indivíduos, como choro, gemidos, agitação e tremor (PESCADOR, 2021).

O método mais utilizado para a avaliação da dor são as escalas de avaliação da dor, que realizam a aferição da dor sentida pelo paciente, esta avaliação é um dos passos mais importantes para o manejo adequado da dor oncológica, entre as várias maneiras para esta avaliação, as principais são a Escala Visual Analógica juntamente com Escala de Classificação Numérica e a Escala de Avaliação de Dor em Demência Avançada (PESCADOR, 2021).

É fundamental que o enfermeiro saiba escolher adequadamente a escala a ser utilizada, levando em consideração a possibilidade, aplicabilidade e aceitabilidade do paciente. Essa avaliação deve ser realizada de forma contínua e regular objetivando otimizar a terapêutica e melhorar a qualidade de vida do indivíduo (JANEIRO, 2017).

A Escala Visual Analógica juntamente com Escala de Classificação Numérica podem ser usadas para mensurar a intensidade algica que o indivíduo está sentindo, em valores numéricos ou através do contato visual direto do paciente com a escala. Esta escala também pode ser falada ao paciente tornando a avaliação facilitada a pessoas analfabetas ou com dificuldades visuais, porém para esta avaliação o paciente deve estar consciente e orientado para pontuar ou sinalizar para o profissional de saúde o grau da sua dor. Outra forma de apresentação desta escala é através de desenhos com expressões da face que representam a intensidade da dor sentida pelo paciente (PESCADOR, 2021; OLIVEIRA; ROQUE; MAIA, 2019).

**Escala Visual Analógica ou Escala de Classificação Numérica**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor	Dor leve			Dor moderada			Dor intensa			

Tabela 1: Escala de Classificação Numérica/Escala Visual Analógica  
Fonte: PESCADOR (2021); OLIVEIRA, ROQUE, MAIA (2019).

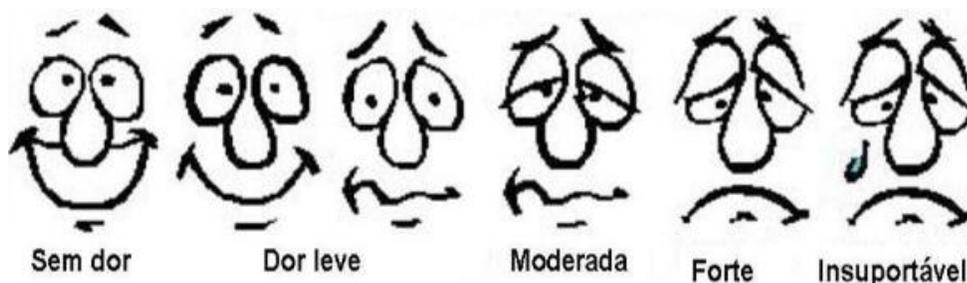


Figura 1: Escala de Classificação Numérica/Escala Visual Analógica  
Fonte: PESCADOR (2021); OLIVEIRA, ROQUE, MAIA (2019).

Já a Escala de Avaliação de Dor em Demência Avançada é baseada no estado comportamental e fisiológico do indivíduo, para realizar esta escala é necessário observar a vocalização, respiração, linguagem corporal, expressão facial e necessidade de consolabilidade, a pontuação pode variar de 0 a 2 para cada uma dessas áreas, a pontuação máxima a ser alcançada é 10. A interpretação dessa escala é feita da seguinte forma: 1 a 3 é definido como dor leve, 4 a 6 dor moderada e 7 a 10 pontos dor intensa. Estudos mostram que esta escala é confiável e clinicamente benéfica para a verificação da dor através da observação de demonstrações de expressão de dor. Inclusive esta escala foi traduzida e utilizada em outros países, onde mostrou ser um instrumento de altas correlações e níveis apropriados de validade e confiabilidade (OLIVEIRA; ROQUE; MAIA, 2019).

<b>ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DOR EM DEMÊNCIA AVANÇADA</b>				
Instruções: é necessário observar o paciente por no mínimo 5 minutos antes de pontuar os comportamentos dele (o paciente pode ser avaliado em diferentes condições, como em repouso, durante uma atividade agradável, durante o recebimento de cuidados ou medicação para dor). Pontue os comportamentos de acordo com as instruções a seguir.				
<b>Comportamento</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>Pontuação</b>
<b>Respiração</b> (independente da	Normal	Dificuldade ocasional para respirar ou curto	Respiração ruidosa e com dificuldades; longo	

vocalização)		período de hiperventilação	período de hiperventilação ou respiração Cheyne-Stokes	
<b>Vocalização negativa</b>	Nenhuma	Resmungos e gemidos ou fala baixa ou em baixo tom, de conteúdo desaprovador ou negativo	Chamados perturbadores repetitivos; resmungos e gemidos altos ou choro	
<b>Expressão facial</b>	Sorrindo ou inexpressiva	Triste; assustada ou franzida	Careta	
<b>Linguagem corporal</b>	Relaxada	Tensa; andar angustiado/aflito de um lado para o outro ou inquietação	Rígida; punhos cerrados; joelhos encolhidos; puxar ou empurrar para longe; ou comportamento agressivo	
<b>Consolabilidade</b>	Sem necessidade de consolar	Distraído ou tranquilizado por voz ou toque	Incapaz de ser consolado, distraído ou tranquilizado	
<b>Total</b>				
<b>Pontuação:</b> 1 - 3: dor leve; 4 - 6: dor moderada; 7 - 10: dor intensa.				

Tabela 2: Escala de Avaliação de Dor em Demência Avançada  
Fonte: OLIVEIRA, ROQUE, MAIA (2019).

### Manejo da dor oncológica de acordo com a escada analgésica da dor

De acordo com o INCA, a dor em pacientes com tumores malignos está relacionada ao próprio câncer, podendo ser causada devido a invasão tumoral óssea, visceral ou do sistema nervoso periférico; extensão direta às partes moles; ou aumento da pressão intracraniana. Ao câncer de forma indireta, como espasmo muscular, linfedema, lesões por pressão, constipação intestinal, dentre outros. Pode ser associada também ao tratamento antitumoral, no pós-operatório: dor aguda, pós-toracotomia, mastectomia ou esvaziamento cervical; pós-quimioterapia: mucosite, neuropatia periférica, espasmos vesicais; pós-radioterapia: esofagite, radiodermite, retite actínica, dentre outros. E também a desordens concomitantes, como osteoartrite e espondiloartrose. Mas, independentemente de sua causa, deve ser tratada de forma adequada (BARCELOS, 2018).

Como princípios para o manejo farmacológico da dor, evidenciam-se: preferencialmente optar por vias enterais, escolhendo as vias subcutânea e endovenosa quando a oral estiver indisponível; administrar os medicamentos em horários fixos para que eles possam agir de acordo com as características farmacológicas (exceto pacientes com episódios isolados de dor aguda); escolher o fármaco levando em consideração a intensidade da dor; prescrever considerando as necessidades individuais de cada paciente, objetivando melhor controle da dor e mínimo de efeitos adversos; prescrever doses de resgate; e manter uma comunicação efetiva e clara com o paciente e familiares em relação as posologias, manuseio das doses de resgate e manejo dos efeitos adversos (PIOVESAN et al., 2023).

Por tanto em Pescador (2021), é citada uma escada analgésica de três degraus criada pela OMS para guiar o uso sequencial de drogas, estabelecendo três estágios de categorização da intensidade da dor relacionado ao câncer e seu tratamento adequado, como elucidada a tabela a seguir:

<b>DEGRAU</b>	<b>FÁRMACOS</b>
1 (dor leve)	Analgésicos e anti-inflamatórios + fármacos adjuvantes
2 (dor moderada)	Analgésicos e anti-inflamatórios + fármacos adjuvantes + opioides fracos
3 (dor intensa)	Analgésicos e anti-inflamatórios + fármacos adjuvantes + opioides fortes

Tabela 3: Escada Analgésica de Três Degraus

Fonte: PESCADOR (2021).

O tratamento farmacológico envolve principalmente medicamentos analgésicos e fármacos adjuvantes. Os analgésicos podem ser opióides e não opióides, onde a morfina é vista como referência entre os opióides fortes, já nos fracos têm-se a codeína; e em relação aos analgésicos não opióides utiliza-se normalmente anti-inflamatórios não esteroides e analgésicos antipiréticos como o paracetamol (JANEIRO, 2017).

Segundo Pescador (2021) e Ercolani, Hopf e Schwan (2018), em pacientes que não se encontram em tratamento analgésico e apresentam dor classificada como leve a moderada, enquadram-se no primeiro degrau da escada analgésica, onde utiliza-se uma droga não opiácea, com adição de uma droga adjuvante para aumentar a

analgesia, como corticosteróides ou anticonvulsivantes, conforme a necessidade, ou seja, inicia-se com drogas analgésicas e anti-inflamatórias.

Todos os analgésicos não opióides possuem um efeito teto, ou seja, o aumento da dose acima de um determinado nível não gera um efeito analgésico maior. Neste primeiro degrau existem duas categorias: anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) e analgésicos simples (ERCOLANI; HOPF; SCHWAN, 2018).

Levando em consideração o que Ercolani, Hopf e Schwan (2018) e Cardoso (2014) dizem, os AINEs são grupos de medicamentos que possuem efeito analgésico, anti-inflamatório e antipirético, podendo ser usado em conjunto com analgésicos simples em todos os degraus da escada da OMS, como exemplos desta classe farmacológica temos o ibuprofeno, diclofenaco e o naproxeno. Como efeitos secundários relevantes dos AINEs deve-se levar em consideração os efeitos gastrointestinais, renais, hematológicos e reações de hipersensibilidade.

Estudos mostram que o uso dos AINEs reduzem a utilização de opióides em aproximadamente 20% a 30%. Eles são prescritos normalmente em casos de dor nociceptiva, somática ou visceral, principalmente quando há inflamação (JANEIRO, 2017).

Já os analgésicos simples como o paracetamol e a dipirona, dispõem de ação analgésica e antipirética, entretanto não apresentam ação anti-inflamatória significativa. Em relação ao paracetamol, deve-se atentar para o risco de hepatotoxicidade, sua dose máxima não deve ultrapassar mais de 4 gramas em 24 horas quando administrado de forma crônica (ERCOLANI; HOPF; SCHWAN, 2018; CARDOSO, 2014).

Caso a droga não opiácea, dada na dose e frequência recomendada não aliviar a dor, passa-se para o segundo degrau, onde é adicionado um opiáceo fraco, como a codeína ou tramadol (PESCADOR, 2021). Na analgesia com opióides não há teto máximo de ação, não havendo limites para o aumento da dose, porém é de extrema importância respeitar a tolerância e os efeitos adversos em cada paciente, dando preferência sempre ao tratamento mais simples e menos invasivo, escolhendo prioritariamente drogas orais em relação às transdérmicas ou parenterais (ERCOLANI; HOPF; SCHWAN, 2018).

Independente do opióide escolhido, é indispensável que sua administração seja realizada de forma regular, nas 24 horas do dia, permitindo o alcance de níveis plasmáticos adequados da droga. A codeína é classificada como um opiáceo fraco não utilizado por via parenteral, atingindo cerca de um décimo da potência da morfina, com dose oral de 30 a 120 mg, a cada 4 horas. O tramadol também pode ser escolhido nesses casos, pois sua potência é a mesma da codeína, apresentando vias de administração tanto oral como parenteral, sua dose via oral é de 200 a 400 mg por dia e endovenoso é de 600 mg, a cada 4 horas. Na dor episódica, é recomendado realizar dose suplementar do próprio tramadol como resgate (BARCELOS, 2018; ERCOLANI; HOPF; SCHWAN, 2018).

Já nos pacientes onde a combinação de opiáceo fraco associado ao não opiáceo não for o suficiente para o alívio da dor, substitui-se o opiáceo fraco por um forte, como morfina, metadona, fentanil ou oxicodona (PESCADOR, 2021).

Pacientes que não obtêm controle adequado da dor no segundo degrau da escada analgésica podem iniciar com morfina em doses ideais de 5 a 10 mg de 4 em 4 horas (esse intervalo de tempo é necessário para o alcance da concentração terapêutica apropriada), podendo ter sua dose aumentada de acordo com a necessidade, sendo que a dose noturna pode ser dobrada com o objetivo de evitar despertar noturno por dor, estudos mostram que dois terços dos indivíduos com câncer requerem doses acima de 180 mg por dia, porém é evidente que a dose adequada é aquela que alivia a dor do paciente, gerando o mínimo de efeitos adversos. Como complicações o uso contínuo dessa droga pode gerar dependência psicológica, física e depressão respiratória, porém esses efeitos colaterais geralmente são bem tolerados e manejados durante o tratamento (BARCELOS, 2018; PIOVESAN et al., 2023).

O fentanil é um analgésico sintético opiáceo, que pode ser utilizado em analgesia por possuir uma meia-vida curta, pode ser encontrado em forma de adesivo e ser utilizado para tratamento de pacientes com dor crônica relacionado ao câncer. Como benefício essa droga gera menos constipação, sedação e náusea quando comparado com a morfina. Níveis plasmáticos adequados desta droga demoram cerca de 12 a 24 horas para serem atingidos, logo pacientes que farão transferência da morfina para o

fentanil devem permanecer com prescrição de morfina para resgate até que o nível plasmático ideal de fentanil seja alcançado (ERCOLANI; HOPF; SCHWAN, 2018).

O fentanil transdérmico pode ser indicado para pacientes com indisponibilidade de utilizar medicamentos por via oral, devido a odinofagia e/ou disfagia, em casos de náuseas e vômitos persistentes, em episódios que podem levar a broncoaspiração ou em casos de intolerância a morfina e aos outros opióides (BARCELOS, 2018).

De acordo com Ercolani, Hopf e Schwan (2018) e Piovesan et al. (2023), a metadona é uma droga que possui boa absorção pela via oral e possui uma meia-vida média de 24h, podendo variar de 10 a 75 horas em pacientes diferentes. Mas deve ser administrada com muito cuidado em idosos, por ter uma meia-vida longa pode gerar acumulação. Esta droga é muito útil para pacientes que não respondem a morfina ou tenham intolerância a ela, sendo utilizada então como um opiáceo de segunda linha, sua potência analgésica pode ser até 10 vezes maior quando comparada com a morfina. No início pode ser necessário até 6 doses por dia, mas o intervalo deve ir aumentando até que seja necessário apenas uma ou duas doses diárias para manutenção.

Ela causa menos sedação, euforia e dependência quando comparada com a maioria dos outros opióides, sendo inclusive menos sedativa do que a morfina. Antes de gerar depressão respiratória, ela provoca sedação, náuseas e vômitos, o que pode ser interpretado como um sinal de alerta para a sobredosagem (BARCELOS, 2018).

Já a oxicodona possui propriedades similares à morfina, porém causa menos sedação, delírio, vômito e prurido, porém gera mais constipação. Sua concentração plasmática aumenta em 50% na insuficiência renal e causa mais sedação, devido a isso deve ser administrada com mais cautela em pacientes renais crônicos. Sua biodisponibilidade oral é de  $\frac{2}{3}$  ou mais quando comparada com  $\frac{1}{3}$  da morfina, ou seja, a oxicodona via oral é aproximadamente 1,5 a 2 vezes mais potente do que a morfina oral (ERCOLANI; HOPF; SCHWAN, 2018).

Os analgésicos adjuvantes ou co-analgésicos são medicamentos desenvolvidos com outras indicações, porém favorecem o alívio da dor em algumas situações e por isso são utilizados em combinação com outras drogas, em todos os degraus da escada analgésica, com ação especial em casos de dor neuropática que não respondem

suficientemente bem somente com o uso de opióides. Quando utilizados concomitantemente com outros medicamentos, podem melhorar a analgesia, minimizar efeitos adversos dos opióides e permitir a utilização de doses mais baixas dos opióides. Podendo ser antidepressivos, anticonvulsivantes, corticosteróides, anestésicos locais, laxantes, antieméticos, antiespasmódicos, dentre outros (PESCADOR, 2021).

Os antidepressivos, por exemplo, podem maximizar a analgesia através do aumento dos níveis de morfina plasmática. Essas drogas como amitriptilina, imipramina, duloxetina e venlafaxina podem gerar efeitos colaterais como boca seca, visão embaçada, constipação, retenção urinária, hipotensão postural e confusão mental. Na tentativa de reduzir esses efeitos, deve-se iniciar com baixas doses e aumentar gradativamente (ERCOLANI; HOPF; SCHWAN, 2018).

Barcelos (2018) e Piovesan et al. (2023), acrescentam que apesar do manejo da dor oncológica através de doses fixas dos medicamentos, podem surgir crises de dor nos intervalos da medicação onde se faz necessário o uso de doses de resgate. Quando o paciente faz uso de opióide fraco indica-se o próprio medicamento para resgate. Já o opióide forte, utiliza-se a morfina simples como dose de resgate, já que possui ação rápida e meia-vida curta, sua dose pode ser na mesma quantidade que a dose normal ou de 5 a 15% da dose total em 24 horas, a qualquer momento caso a dor não esteja sendo controlada adequadamente com as doses regulares. Em casos onde há dor ao movimento, pode ser benéfico a administração de uma dose de resgate 30 minutos antes do horário que o paciente precisa movimentar-se.

É necessário reavaliar a dor em 15 minutos após a dose de resgate por via subcutânea ou intravenosa, quando for por via oral a reavaliação deve ser feita após 30 minutos. Pacientes que encontram-se recebendo mais de quatro doses de resgate por dia em intervalos muito curtos é recomendado ajustar a dose da medicação contínua (PIOVESAN et al., 2023).

### **Sedação paliativa em pacientes oncológicos**

O termo sedação paliativa é definido como o uso de medicamentos sedativos para amenizar sofrimentos intoleráveis e refratários pela redução da consciência do paciente, sendo indicada para pacientes em fase terminal, quando as possibilidades de

reversão já foram esgotadas. Ela pode ser primária, quando o uso de medicamentos sedativos tem como objetivo a redução do nível de consciência ou secundária, quando o rebaixamento do nível de consciência é gerado como efeito farmacológico da medicação utilizada para controlar um sintoma específico como o uso de opióides para a controle da dor (FARIAS, 2020; REHME; GALLI, 2017).

A indicação da sedação paliativa não deve ser uma decisão precipitada, devendo ser discutida com a equipe médica, com os familiares e se possível com o próprio paciente. Os principais sintomas que levam a necessidade de sedação são delirium, dispneia, dor, vômitos e sangramentos (ALVES, 2020; FARIAS, 2020; REHME; GALLI, 2017).

De acordo com Rehme e Galli (2017), a literatura orienta quatro classes de fármacos para a sedação paliativa: benzodiazepínicos, neurolépticos, barbitúricos e anestésicos. No Brasil, a principal droga indicada é o midazolam, quando utilizado em conjunto com a morfina torna-se o padrão para dispneia refratária. Nos casos de delírio agitado, é recomendado iniciar com um neuroléptico como a clorpromazina. Já o uso de anestésicos como o propofol tem sido escolhido em casos de resposta inadequada ao midazolam.

O midazolam é o principal medicamento utilizado para obter sedação no contexto paliativo, sendo um benzodiazepínico de ação rápida (de 2 a 5 minutos por via endovenosa) e meia-vida curta (de 1 a 3 horas), podendo ser administrado em conjunto com outras medicações utilizadas no contexto dos cuidados paliativos, como psicotrópicos e opióides e possui como antídoto a droga flumazenil (FARIAS, 2020).

É indicado induzir a sedação com 2,5 a 5 mg de midazolam e infundir aproximadamente 0,6 a 1,0 mg/hora, com uma dose máxima de 120 a 160 mg/dia. É essencial levar em consideração que antifúngicos e alguns antibióticos podem potencializar o seu efeito, levando a sedação profunda mesmo em dose baixa. Já o uso crônico de anticonvulsivantes (carbamazepina e fenitoína) e rifampicina geram a diminuição da ação sedativa (REHME; GALLI, 2017).

Segundo Brasil (2020), se o serviço não tiver disponibilidade do midazolam, o medicamento de segunda escolha é a clorpromazina. Nos casos em que a dose máxima de infusão de midazolam já tenha sido atingida é recomendada realizar

associação com a clorpromazina. A sua administração pode ser por via endovenosa, hipodermóclise ou intramuscular, porém é necessário levar em consideração que esta última via é mais dolorosa.

O enfermeiro é o profissional que melhor pode sinalizar o momento adequado de iniciar o processo de sedação, pois está diretamente envolvido com o cuidado do paciente. A partir do momento em que o indivíduo estiver sedado é importante que a equipe de enfermagem esteja atenta para fatores que podem gerar desconforto, como dor, retenção urinária ou constipação. Nesse momento também é importante suspender tratamentos fúteis, ou seja, aqueles que já não são capazes de colaborar com a qualidade de vida do paciente (ALVES, 2020; REHME; GALLI, 2017).

Além disso, é extremamente importante reavaliar frequentemente o indivíduo a partir do início da sedação até a obtenção do controle adequado dos sintomas. O Ministério da Saúde recomenda uma avaliação diária pela equipe médica e uma da enfermeira responsável de cada turno (manhã/tarde/noite). Durante a avaliação a enfermagem deve ficar atento a sinais de bexigoma, caso a sondagem de alívio ficar muito frequente, indica-se passagem de sonda vesical de demora; realizar hidratação da pele e mudanças de decúbito; realizar medidas para proteção ocular e higiene oral. Nesta etapa não há a necessidade de verificação rigorosa dos sinais vitais, podendo ser espaçada para 2 a 3 vezes por dia, assim como suspender o controle da glicemia capilar de horário por trazer desconforto ao paciente (BRASIL, 2020).

O enfermeiro deve manter diálogo com a família sobre os sinais de progressão da doença e de proximidade da morte, esclarecer dúvidas e acolher angústias, promovendo assim a amenização do sofrimento por parte dos familiares. Ademais, dentro do possível, buscar facilitar e estimular visitas de entes queridos e religiosas se houver interesse (BRASIL, 2020).

### **Medidas não farmacológicas para o controle da dor**

A implementação de medidas não farmacológicas pela equipe de enfermagem para o manejo da dor oncológica possui extrema importância por sua eficácia terapêutica, com efeito analgésico significativo, caracterizando-se por técnicas de fácil

aplicação, baixo custo e segurança. Nesse contexto, destacam-se a termoterapia, que tem como objetivo a aplicação de calor superficial através de bolsas térmicas ou compressas, para gerar relaxamento muscular interferindo no ciclo dor-espasmo-dor, promovendo a redução de produtos do metabolismo, como mediadores químicos responsáveis pela indução da dor (PEREIRA et al., 2015; NASCIMENTO; SANTOS; ALVES, 2022).

A massoterapia também pode ser utilizada como terapia adjuvante, consistindo na manipulação de tecidos moles do corpo, levando a estimulação mecânica tissular através de movimentos rítmicos de pressão e estiramento, promovendo relaxamento muscular e o alívio da dor (PEREIRA et al., 2015; NASCIMENTO; SANTOS; ALVES, 2022).

Outra técnica que pode ser utilizada é a crioterapia, pois promove vasoconstrição por aumento da atividade simpática com a estimulação de receptores frios na pele, minimizando mediadores químicos relacionados a nocicepção da dor, geralmente utilizada no manejo da dor inflamatória (PEREIRA et al., 2015).

A acupuntura é vista como uma prática integrativa e complementar que pode ser utilizada para promoção de benefícios físicos, emocionais e espirituais, levando a minimização de sintomas como ansiedade, fadiga, disfagia, xerostomia, depressão e dor relacionados ao estágio terminal ou ao próprio tratamento, contribuindo para a redução do uso de medicamentos através da potencialização no alívio dos sintomas. Para isso, é necessário que o enfermeiro esteja habilitado e treinado para exercer esta técnica através da inserção de agulhas na superfície corporal, permitindo a obtenção de resultados benéficos, adesão à terapêutica e o aumento do vínculo paciente-profissional (SILVA; MARTINS, 2021).

Segundo Brazolato (2021), outra medida complementar valiosa é a musicoterapia por ter influência sobre aspectos neurocognitivos, emocionais, psíquicos e sociais, contribuindo para a redução dos mesmos sintomas da acupuntura, além de favorecer a construção de um ambiente mais humanizado. Esta técnica interfere positivamente nos sinais vitais, na percepção da dor, diminuição da pressão arterial e frequência respiratória. Além do paciente, também gera benefícios e melhora da qualidade de vida de funcionários e acompanhantes.

Além disso, outras medidas que podem ser utilizadas por enfermeiros para o controle da dor são apoio emocional, uso de coxins, imobilizações mecânicas, dentre outros, podendo contribuir positivamente para o alívio da dor oncológica (JUNIOR, et al., 2017).

### **A percepção e os cuidados de enfermagem no manejo da dor de pacientes oncológicos**

O processo de vivenciar uma doença como o câncer é rodeado de mudanças significativas no cotidiano, demandando uma reorganização pessoal e familiar em todos os cenários da vida. Nesse contexto, a atuação da equipe de enfermagem frente a pacientes com dor oncológica não tem como objetivo somente cessar as dores diárias, mas buscar meios e ações para que o indivíduo possa realizar suas atividades de vida diária, se exercitar e ter seus momentos de lazer, exigindo do profissional pensar em um cuidado direcionado na necessidade desta população, tendo como objetivo principal ofertar a independência do paciente (RIBEIRO et al., 2020; STUBE et al., 2015).

No cuidado com o paciente oncológico, o enfermeiro precisa estar atento a queixas subjetivas do paciente, pautando o cuidado em uma boa convivência e interação saudável, valorizando a queixa álgica incluindo-a nos sinais vitais, com o objetivo de amenizar o sofrimento com um atendimento integral e humanizado (STUBE et al., 2015).

Conforme Silva (2018), para o controle adequado da dor relacionada ao câncer é essencial que haja o desenvolvimento de um plano de cuidados sistematizado, demandando do profissional conhecimento adequado para o manejo e gestão do quadro álgico, um estudo realizado por Stube et al. (2015), com enfermeiros evidenciam que as ações mais realizadas para a minimização da dor oncológica são a administração de analgésicos, principalmente opióides, cuidados em relação a posologia, indicações, cumprimento de horários, particularmente no domicílio e educação continuada com a equipe de enfermagem. Para isso, também podem ser indicadas medidas não farmacológicas, como aplicação de calor, mudanças de decúbito e estímulo à deambulação.

Além disso, para prestar uma assistência holística é necessário ofertar um cuidado personalizado, levando em consideração o que o paciente precisa naquele momento, incluindo atenção, carinho, cuidados individuais, medidas de conforto, cuidados com a questão espiritual, redução de ruído e luminosidade e proximidade com o paciente. Integrar a família nesse cuidado é um elo extremamente importante para a minimização da dor (STUBE, 2015).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem contribui para a qualidade da assistência, devido ao planejamento de ações de acordo com a necessidade de cada paciente. Mas para isso, é essencial que o enfermeiro saiba mensurar adequadamente a dor e realizar a sua gestão através de tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, levando em consideração o conhecimento em relação a indicações, contraindicações e reações adversas, elaborando então prescrições de enfermagem para potencializar o cuidado aos pacientes oncológicos (SILVA, 2018).

O controle adequado da dor é visto como um indicador da qualidade da assistência, para isso é necessário habilidade técnica e científica para intervir no cuidar do próximo. Nesse contexto, pode acontecer o desgaste emocional do profissional, pois cuidar da dor total transcende a dor física e isso pode ocasionar um sofrimento psíquico, tais como pesar, dor e angústia, sendo necessário a habilidade do profissional de adaptar-se a qualquer circunstância, para proporcionar um cuidado abrangendo as dimensões biopsicossociais e espirituais do indivíduo (ANDRADE et al., 2017).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Realizar a gestão adequada da dor é um direito do doente é um dever dos profissionais da saúde, para isso se faz necessário uma abordagem multiprofissional de forma individualizada, integral e especializada visando melhorar a qualidade de vida do indivíduo. Nesse contexto, o enfermeiro se mostra como um dos pilares para o seu alcance, pois é o profissional que mais tem contato com o paciente, conseguindo assim mensurar a dor com as escalas de avaliação e contribuir para uma terapêutica de acordo com o grau de intensidade da dor sentida através das prescrições e cuidados gerais de enfermagem.

Para isso, é necessário que o profissional seja capacitado desde a graduação e se mantenha em constante processo de aperfeiçoamento, pois o baixo conhecimento, a falta de protocolos institucionais e condutas sistematizadas interferem diretamente na qualidade de vida do paciente e na assistência prestada pelo profissional.

Como limitação desta revisão, destaca-se a grande quantidade de artigos sobre dor relacionada ao câncer, porém poucos evidenciando os fármacos utilizados para o manejo da dor oncológica de forma mais específica e relacionados aos cuidados de enfermagem de acordo com intensidade da dor, associando a Sistematização da Assistência de Enfermagem, o que restringiu uma análise mais ampla. Dessa forma, salienta-se a importância do desenvolvimento de mais estudos para consolidar e ampliar cientificamente o manejo adequado da dor, possibilitando melhorias e efetividade na assistência prestada aos pacientes.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Siane Mariano. **Sedação paliativa na terminalidade: revisão integrativa de literatura**. 2020. 58f. Monografia (Bacharel em Enfermagem) - Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2020. Disponível em:

[https://www.repositorio.ufal.br/bitstream/riufal/6877/1/Seda%  
c3%a7%c3%a3o%20Paliativa%20na%20Terminalidade%3a%20Revis%  
c3%a3o%20Integrativa%20de%20Literaturapdf](https://www.repositorio.ufal.br/bitstream/riufal/6877/1/Seda%c3%a7%c3%a3o%20Paliativa%20na%20Terminalidade%3a%20Revis%c3%a3o%20Integrativa%20de%20Literaturapdf). Acesso em: 29 ago. 2023.

ANDRADE, Fábila; SILVA, Monique; MACÊDO, Elton; BRITO, Débora; SOUSA, Alana; AGRA, Glenda. Dor oncológica: Manejo clínico realizados por enfermeiros. **Journal Of Aging and Innovation**, Brasil, v. 6, n. 3, p. 3-12. 2017. Disponível em:

[http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/1-Dor-oncol%  
C3%B3gica-Manejo-Clinico.pdf](http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/1-Dor-oncol%C3%B3gica-Manejo-Clinico.pdf). Acesso em: 10 out. 2023.

BARCELOS, Isabella Favato. **Controle da dor com opióides no paciente oncológico em cuidados paliativos**. 2018. 81f. Monografia (Residência Médica em Clínica Médica) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2018. Disponível em:

[https://residenciamedica.ufes.br/sites/residenciamedica.ufes.br/files/field/anexo/tcc\\_  
controle\\_da\\_dor\\_isabella\\_favato\\_barcelos.pdf](https://residenciamedica.ufes.br/sites/residenciamedica.ufes.br/files/field/anexo/tcc_controle_da_dor_isabella_favato_barcelos.pdf). Acesso em: 25 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Ministério da Saúde, 2020. 175p. Disponível

em:<https://cuidadospaliativos.org/uploads/2020/12/Manual-Cuidados-Paliativos.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2024.

BRAZOLATO, Thiago Medina. Intervenções musicais e musicoterapia no tratamento da dor: revisão de literatura. **BRJP**, São Paulo, v.4, n. 4, p. 369-373, out-dez. 2021.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/brjp/a/mjRMKMDN98699FRrptYsnTb/?lang=pt&format=pdf>.

Acesso em: 26 dez. 2023.

CARDOSO, Ana Isabel Coelho Rosa. **Controlo da dor em pacientes oncológicos.**

**2014.** 33f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade do Porto, Porto, 2014.

Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/76533/2/32651.pdf>.

Acesso em: 27 ago. 2023.

COFEN - Resolução COFEN nº564/2017: Aprova o novo código de ética dos profissionais de enfermagem. Brasília, 2017. Disponível em:

[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html). Acesso em: 25 ago. 2023.

CUNHA, Fernanda Furtado da; RÊGO, Luciana de Paiva. Enfermagem diante da dor oncológica. **Rev Dor**. São Paulo, v. 16, n. 2, p. 142-145, jun. 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rdor/a/wnSB4pM8VQtDrL6QMYhkNbb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 mar. 2023.

ERCOLANI, Daniel; HOPF, Lucas Brauner da Silva; SCHWAN, Luciana. Dor crônica oncológica: avaliação e manejo. **Acta Médica**. Rio Grande do Sul, v. 39, n. 2, p.151-162, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-988098>.

Acesso em: 16 jul. 2023.

FARIAS, Ilzen Cibele Bezerra. **Manejo da terapia de sedação paliativa em pacientes oncológicos em cuidados paliativos: revisão de literatura.** 2020. 23f. Monografia

(Residência Médica em Medicina Paliativa) - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em:

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1152057/tcc-ilzen-cibele-bezerra-de-farias-final.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2023.

JANEIRO, Inês Margarida Inácio. **Fisiologia da dor.** 2017. 52f. Dissertação (Mestrado em ciências farmacêuticas) - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2017. Disponível em:

<https://recil.ensinolusofona.pt/jspui/bitstream/10437/8904/1/Fisiologia%20da%20dor%20-%20Vers%C3%A3o%20Final%20-%202017.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2023.

JUNIOR, Nery José de Oliveira; OLIVEIRA, Sandra Beatriz Silva de; MIGOWSKI, Eliana Rustick; RIEGEL, Fernando. O papel da enfermagem no tratamento não farmacológico

da dor de pacientes. **Rev Dor**, São Paulo, v.18, n.3, p. 261-265, jul-set. 2017.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rdor/a/4dNWzgxQCzb7Mddy9ZM4MP/?lang=pt&format=pdf>.

Acesso em: 25 out. 2023.

NASCIMENTO, Natali dos Santos; SANTOS, Amanda Tinôco Neto; ALVES, Priscila Godoy Januário Martins. Métodos e técnicas não farmacológicas no tratamento da dor oncológica: revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Salvador, v. 68, n. 4, p. 1-11, ago. 2022. Disponível em:

<https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2667/2532>. Acesso em: 24 out. 2023.

OLIVEIRA, Daniele Senhorinha da Silva; ROQUE, Vanessa de Araújo; MAIA, Luiz Faustino dos Santos. A dor do paciente oncológico: as principais escalas de mensuração. **Revista Recien**. São Paulo, v. 9, n. 26, p. 40-59, mai. 2019. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/192/196>. Acesso em: 26 ago. 2023.

PEREIRA, Djalisson Tayner de Souza; ANDRADE, Lidiane Lima de; AGRA, Glenda; COSTA, Marta Miriam Lopes. Condutas terapêuticas utilizadas no manejo da dor em oncologia. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 1883-1890, jan-mar. 2015. Disponível em:

[http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3578/pdf\\_1423](http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3578/pdf_1423). Acesso em: 29 ago. 2023.

PESCADOR, Maria de Lourdes. **Avaliação do uso de medicamentos analgésicos na dor relacionada ao câncer em um hospital universitário**. 2021. 64f. Dissertação (Mestrado em Farmacologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021. Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/229087/PFMC-P0043-D.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>. Acesso em: 26 ago. 2023.

PIOVESAN, Mariana Tatsch Souza; COIMBRA, Fernanda Souza; ASSIS, Mariana Portela de; LOUREIRO, Adalia Pinheiro; BASEGIO, Kemberly Godoy; ROSSATO, Eduardo Vestana; MENEZES, Rochele Mosmann. Manejo farmacológico da dor em cuidados paliativos: contribuições do farmacêutico clínico em uma pesquisa convergente assistencial. **Research**, Brasil, v. 12, n. 1, p.1-15, jan. 2023. Disponível em:

[https://www.researchgate.net/publication/366915260\\_Manejo\\_farmacologico\\_da\\_dor\\_em\\_cuidados\\_paliativos\\_Contribuicoes\\_do\\_Farmacutico\\_Clinico\\_em\\_uma\\_pesquisa\\_onvergente\\_assistencial](https://www.researchgate.net/publication/366915260_Manejo_farmacologico_da_dor_em_cuidados_paliativos_Contribuicoes_do_Farmacutico_Clinico_em_uma_pesquisa_onvergente_assistencial). Acesso em: 07 jan. 2024.

REHME, Bárbara Benevides; GALLI, Natália Bassalobre. Sedação Paliativa do paciente terminal - revisão de literatura a propósito de um caso. **Rev. Med. UFPR**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 31-34, jan-mar. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rba/a/6HWXszMptj6ZrVz7nHXWYTz/>. Acesso em: 29 ago. 2023.

RIBEIRO, Fabiano Aires; SILVA, Juliana Feliciano; CARVALHO, Juliana Ferreira Ramos de; LIMA, Ronaldo Nunes. Assistência de enfermagem na mensuração da dor crônica em pacientes oncológicos. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, Brasília, v. 2, n. 3, p. 32-37, 2020. Disponível em: <https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/download/105/97/223>. Acesso em: 29 ago. 2023.

SILVA, Beatriz Uchoa Silva; YOSHIOKA, Eliane Muta; SALVETTI, Marina de Goés. Conhecimento de enfermeiros sobre o manejo da dor oncológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**. São Paulo, v. 68, n. 4, p. 1-8, jun. 2022. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2552>. Acesso em: 15 abr. 2023.

SILVA, Carla Gabriela de Oliveira. **O manejo da dor em pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica**. 2018. 18f. Monografia (Bacharel em Enfermagem) - Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/13009/1/21373837.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2023.

SILVA, Janaína Aparecida da Silva; MARTINS, Eleine Aparecida Penha Martins. Uso de acunputura nos pacientes em cuidados paliativos: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.4, p. 16756-16766, jul-ago. 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/34081/pdf>. Acesso em: 26 dez. 2023.

STUBE, Mariléia; CRUZ, Cibele Thomé da; BENETTI, Eliane Raquel Rieth; GOMES, Joseila Sonego; STUMM, Eniva Miladi Fernandes. Percepções de enfermeiros e manejo da dor de pacientes oncológicos. **Revista Mineira de Enfermagem**, Brasil, v. 19, n. 3, p. 696-710, 2015. Disponível em: <https://reme.org.br/artigo/detalhes/1033>. Acesso em: 29 ago. 2023.

TAVARES, Aldenice Tomaz de Aquino et al. Manejo da dor oncológica pela equipe de enfermagem. **Research**, Brasil, v.10, n. 11, p. 1-8, set. 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/19854/17738>. Acesso em: 14 mar. 2023.