



Universidade Federal
de Campina Grande

CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

ANDRÉ DE GOIS ROCHA

ROBERTO BRUNO LIMA DE MEDEIROS

**MANEJO DA DOR EM PACIENTES TERMINAIS: REVISÃO
INTEGRATIVA**

CAJAZEIRAS - PB
2016

ANDRÉ DE GOIS ROCHA
ROBERTO BRUNO LIMA DE MEDEIROS

MANEJO DA DOR EM PACIENTES TERMINAIS: REVISÃO INTEGRATIVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Disciplina TCC, do Curso de Medicina, Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande – UCFG, como requisito parcial obrigatório à obtenção do título de bacharel em medicina.

Orientador: Prof^o. Msc. Robson Alberto Freire Vieira da Silva.

CAJAZEIRAS - PB
2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764
Cajazeiras - Paraíba

R672m Rocha, André de Gois.
Manejo da dor em pacientes terminais: revisão integrativa / André de Gois Rocha, Roberto Bruno Lima de Medeiros. - Cajazeiras, 2016.
45p.: il.
Bibliografia.

Orientador: Prof. Esp. Robson Alberto Freire Vieira da Silva.
Monografia (Graduação em Medicina) UFCG/CFP, 2016.

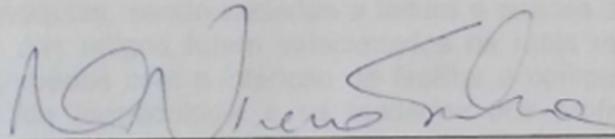
1. Dor. 2. Paciente terminal - dor. 3. Manejo - dor. I. Medeiros, Roberto Bruno Lima de. II. Silva, Robson Alberto Freire Vieira da. III. Universidade Federal de Campina Grande. IV. Centro de Formação de Professores. V. Título.

ANDRÉ DE GOIS ROCHA
ROBERTO BRUNO LIMA DE MEDEIROS

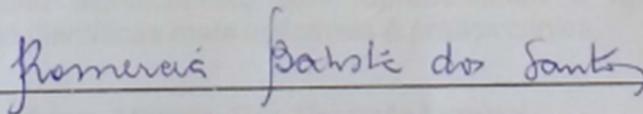
RESUMO
MANEJO DA DOR EM PACIENTES TERMINAIS: REVISÃO
INTEGRATIVA

Aprovado em: 30 / 11 / 2016

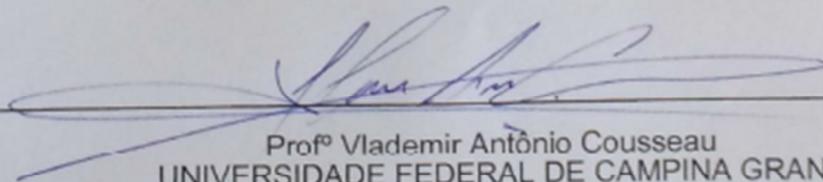
BANCA EXAMINADORA



Prof.º Robson Alberto Freire Vieira da Silva
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE



Prof.ª Romercia Batista dos Santos Sousa
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE



Prof.º Vlademir Antônio Cousseau
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

AGRADECIMENTOS

Concluindo uma fase tão importante de nossas vidas, estamos muito felizes e gratos por todos os empecilhos que enfrentamos em nossa caminhada, pois, somente com a presença deles, nos tornamos profissionais e cidadãos mais fortes e singulares, sabendo enfrentar as dificuldades da vida e as adversidades que ainda virão com a vida profissional que se inicia.

Importante agradecer primeiramente à Deus, pela vida e pela resiliência que nos abençoa todos os dias; aos nossos pais pelo amor, companheirismo e carinho; aos nossos mestres que nos ajudaram a superar todas as dificuldades e nos orientaram a adquirir o conhecimento necessário; ao nosso orientador Robson Alberto Freire Vieira da Silva por todo apoio e dedicação, além da orientação na produção do trabalho em questão, apesar de sua rotina desafiante; à banca examinadora por nos receber e fazer parte desse importante passo em nossas carreiras que apenas se inicia; à Cajazeiras, cidade do Alto Sertão Paraibano, que nos recebeu durante toda formação acadêmica e nos deixa com um sentimento de gratidão e saudades; aos nossos colegas, por compartilharem o conhecimento e participarem ativamente em nossas angústias, alegrias, conquistas, sendo também importantes fatores na nossa formação.

ROCHA. André de Gois; MEDEIROS. Roberto Bruno Lima de. **Manejo da dor em pacientes terminais**: revisão integrativa. 2016. Trabalho de Conclusão do Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal de Campina Grande, 2016.

RESUMO

A dor é uma das mais frequentes razões de incapacidade e sofrimento para pacientes e, por ser subjetiva, não se tem como mensurar. O manejo de drogas é importante para o alívio, controle e tratamento da dor, porém, muitas vezes, a dimensão da dor é muito maior do que a própria área afetada ou lesionada pela doença. O presente trabalho tem como objetivo analisar o manejo da dor em pacientes terminais. O método de pesquisa escolhido foi a revisão integrativa, na qual se utilizou os descritores: manejo, dor, pacientes terminais, e uma revisão literária para fundamentação científica e construção do trabalho. A consulta foi realizada nos dados da PubMed, Scielo, Instituto Nacional do Câncer (INCA), Journal of Medicine, Uptodate, Comissão do alívio da dor oncológica dos Estados Unidos e do endereço eletrônico www.painphysicianjournal.com, além do Ministério da Saúde para obtenção de dados estatísticos atuais. A literatura pesquisada foi publicada dentro de um período de período de 15 (quinze) anos (2001, 2005, 2010, 2012 a 2016). A seleção resultou em onze artigos, que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa, sendo iniciadas a leitura e análise das produções científicas. Após análise dos artigos foram selecionados os mais relevantes ao assunto em questão e agrupados com a intenção de facilitar a comparação entre o manejo da dor: sucesso da farmacologia e os cuidados dos profissionais no manejo dos medicamentos, o entendimento da dor, o tratamento paliativo para o alívio da dor, os opióides e os analgésicos. A análise evidenciou resultados semelhantes no tratamento dos pacientes terminais com dor, onde a maioria dos artigos estudados apresentou informações relevantes que deram embasamento ao assunto e foram muito importantes para esta análise. Portanto, as evidências dos estudos realizados foram muito significativas, pois representaram a realidade, o que tornou as evidências científicas mais aplicáveis à prática clínica.

Palavras-chave: Manejo. Dor. Paciente terminal.

ROCHA, André de Gois; MEDEIROS, Roberto Bruno Lima. **Pain management in terminal patients: an integrative review**. 2016. Work Course Completion (Graduate Medicine) - Federal University of Campina Grande, 2016.

ABSTRACT

Pain is one of the most frequent reasons for disability and suffering for patients and because it is subjective, one does not have to measure it. Medicine management is important for the relief, control and treatment of this, often the dimension of pain is much larger than the area affected or injured by the disease itself. The present work aims to analyze the management of pain in terminal patients. The research method chosen was the integrative review, in which the descriptors management, pain, terminal patients, and a literary review were used for scientific foundation and work construction. The consultation was conducted in data from the PubMed, Scielo, National Cancer Institute (INCA), Journal of Medicine Palliatives, Uptodate, Cancer Relief Commission USA, www.painphysicianjournal.com, Ministry of Health to obtain current statistical data, and have been published within a period of 15 (fifteen) years (2001, 2005, 2010, 2012 to 2016). The selection resulted in eleven articles, which met the criteria of inclusion of the research, being initiated the reading and analysis of the scientific productions. After analyzing the articles, the most relevant ones were selected and grouped with the intention of facilitating the comparison between pain management: success of pharmacology and care of professionals in drug management, understanding of pain, palliative treatment for pain relief, opioids, and analgesics. The analysis showed similar results in the treatment of terminally patients with pain, where most of the articles studied presented relevant information that gave background to the subject and very important for this analysis, therefore, the evidences of the studies performed were very important, since it presented the reality, Which made the scientific evidence more applicable to clinical practice.

Keywords: Management. Pain. Terminal patient.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Especificidades sobre os artigos analisados, quanto aos autores, título do artigo, periódico, tipo de pesquisa e nível de evidência.	29
---	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

EUA - Estados Unidos da América

IASP - Associação Internacional para o Estudo da Dor

IC - Instituto do Câncer

IM - Índice de mortalidade

INCA - Instituto Nacional do Câncer

M3G - Morfina-3-glicuronídeo

M6G - Morfina-6-glicuronídeo

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PEB - Prática Baseada em Evidências

PUBMED – Medical Published Service of the US National Library Medicine

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS.....	13
2.1 Geral	13
2.2 Específicos	13
3 REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1 Dor: visão geral	14
3.1.1 Definição de dor	14
3.1.2 Tipos de dor	15
3.1.3 Metodologia de medição da dor	17
3.2 Quadro clínico e diagnóstico	20
3.3 Tratamento clínico	21
3.4 Prática baseada em evidências.....	24
4 MÉTODO.....	27
4.1 Tipo de estudo.....	27
4.2 Critérios para a elaboração da revisão integrativa	27
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	30
5.1 Especificações dos artigos selecionados.....	30
5.2 O manejo da dor em pacientes terminais.....	35
6 CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS.....	432
ANEXO A - Matriz de síntese para coleta de dados	465

1 INTRODUÇÃO

A dor é uma expressão muito utilizada na área da saúde. Em doenças moderadas e avançadas, o paciente terminal vivencia continuamente a dor de forma geral, o que acarreta uma redução considerável da qualidade de vida, por isso a incorporação de analgésicos no tratamento para o alívio da dor nesses pacientes é muito importante, desde que administrada de forma equilibrada e individualizada, de acordo com a necessidade e a intensidade da dor (PEREIRA, 2015).

Devido à dor ser subjetiva, de fato ela não pode ser objetivamente determinado por meio de aparelhos que possam fazer a medição, então a maneira de se mensurar, é por meio de um observador externo, através de seu relato e da experiência dolorosa do paciente, que relata ao profissional todo o seu quadro clínico com a dimensão desta. Toda essa informação deve ser registrada, pois servirá de base para a administração de medicamentos.

A dor pode ser definida como uma experiência sensorial e emocional, desagradável associada a uma lesão real ou potencial. A dor fisiológica é um reflexo protetor do organismo, para evitar uma injúria ou dano tecidual (KLAUMANN et al. 2008).

Felizmente, existem os analgésicos opióides e não opióides, utilizados para o alívio da dor crônica. Apesar de seu uso ser muito debatido, há preocupação com os efeitos secundários deles e a falta de eficácia a longo prazo, pois o abuso causa dependência dessas substâncias (BREUER et al, 2015). No entanto, sem essas drogas seria difícil suportar a dor de uma doença em fase terminal, como o câncer, por exemplo. A dor do câncer é uma experiência devastadora com um componente emocional e cognitivo significativo. No estágio avançado desta doença, a incidência de sintomas como ansiedade e depressão nesses pacientes é muito mais elevada, o que implica no uso inadequado de opióides para o alívio da dor e do sofrimento.

A prevalência de dor aumenta com a progressão da doença, que vai de dor moderada ou intensa ocorrem em 30% com câncer recebendo tratamento e em 60% e 90% dos pacientes com câncer avançado. Muitos pacientes com câncer avançado sofrem de mais de um tipo de dor e o tratamento adequado vai depender da identificação de sua origem (BRASIL, 2001).

É importante dizer que o opióide ou opiáceo na realidade é uma droga derivada ou sintetizada em laboratório, advinda da papoula, como por exemplo, a

morfina, analgésico utilizado com a finalidade de alívio das dores em pacientes terminais. Dito isso, o termo opióide inclui droga semi-sintética ou sintética que agem combinando-se com receptores opióides para produzir seus efeitos. O analgésico não opiáceo, é útil principalmente nos casos de dor causada por infiltração de músculos e tecidos conjuntivos (BRASIL, 2001).

Existem dosagens diferentes de opiáceos que variam de acordo com a dor, que pode ser de leve a moderada, como de moderada a intensa. Portanto, esses analgésicos como os opiáceos são mediados por meio de receptores centrais e não há uma base para a máxima ação da dose em relação à dor, ou seja, sem limite, vai respeitar a tolerância e os efeitos adversos em cada paciente. (BRASIL, 2001).

Em pacientes terminais, existe a necessidade rápida de uma ação terapêutica, para que possa ser realizado o manejo adequado da dor, com a administração das drogas prescritos pelos médicos, pois a dor nesses pacientes terminais é intensa. Os pacientes devem ser primeiramente medicados de acordo com o nível e intensidade, a fim dessas drogas não causarem dependência, e não diminuam seus efeitos.

O diagnóstico da dor pode vir de doenças ou lesões, sendo importante, primeiramente, identificar a causa e a topografia da doença, a qual está causando a dor. Muitas vezes, a intensidade da dor é desproporcional à área lesionada, e isso varia de paciente para paciente. Na realidade o diagnóstico de doenças terminais representa uma carga emocional muito forte para o indivíduo e conseqüentemente para a família, sendo necessário, neste momento, utilizar todos os métodos disponíveis para o alívio da dor. Alguns seguem para a medicina alternativa com a intenção de adquirir suporte para o tratamento.

Como já dito anteriormente, não há como se mensurar a dor de um paciente em fase terminal, mas se pode observar e manejar analgésicos para que tragam o alívio desta. Este alívio faz parte do manejo adequado da dor do paciente terminal, sendo uma das vertentes dos cuidados paliativos, pois, em nenhum momento a pessoa resgatará sua vida, mas a tornará mais confortável ao seu final. Neste contexto, muitos médicos agem para que os pacientes tenham alívio da dor em seus momentos finais.

Em relação ao tratamento, quando o paciente se encontra fora de possibilidades terapêuticas, fazem-se presente os Cuidados Paliativos (CPs), uma abordagem que aprimora a qualidade de vida do paciente e de

seus familiares, por meio da prevenção e identificação precoce e alívio do sofrimento e da avaliação correta e tratamento da dor e demais problemas de ordem física, psicossocial e espiritual. (FALLER et al., 2016).

O assunto da dor vem sendo discutido há muito tempo. Para se ter noção da importância desse assunto, em relação ao câncer, em 1997, o Instituto do Câncer publicou uma tradução da segunda edição chamada *Cancer Pain Relief - With a guide to opioid availability*, da Organização Mundial da Saúde - OMS, com o título "O Alívio da Dor do Câncer - Um guia para a disponibilidade de opiáceos". Este guia trata principalmente do tratamento com drogas de acordo com o conhecimento e experiência clínica a fim de administrar a aplicação geral a todos os pacientes com câncer que sentem dor (BRASIL, 2001).

Com esse monitoramento e tratamento para o alívio da dor, as drogas mais adequadas são aquelas a fim de proporcionar um melhor cuidado como forma de terapêutica paliativa. A importância da dor é um problema de saúde pública, por isso, a assistência aos pacientes com dor inclui a sensibilização e treinamento dos profissionais de saúde para a adequada abordagem destes pacientes, a fim de conscientizar os próprios servidores da saúde (BRASIL, 2001).

Sendo assim, considerando as condutas terapêuticas para o alívio da dor por meio da utilização de fármacos, nem sempre é possível conseguir êxito em relação aos analgésicos. Outro aspecto de grande relevância para o adequado manejo da dor consiste na avaliação do paciente com as terapêuticas empregadas, determinando assim, a eficiência do tratamento. Portanto, é necessária a inserção de estratégias que promovam o adequado manejo da dor do paciente com a intenção de monitorar um tratamento individualizado para os pacientes terminais (PEREIRA, 2015).

Pelo exposto, o presente trabalho tem como objetivo analisar o manejo da dor em pacientes terminais por meio de uma revisão integrativa. Para este estudo foram selecionados 11 artigos que embasaram teoricamente as discussões e os resultados observados. Assim, primeiramente será apresentado o referencial teórico seguido do método de pesquisa utilizado. Logo após, serão abordadas as discussões e os resultados alcançados neste estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar do manejo da dor em pacientes terminais.

2.2 Específicos

- Apresentar as definições e tipos de dor;
- Identificar a metodologia de medição da dor;
- Mostrar o manejo da dor em pacientes terminais e o conhecimento dos profissionais da área de saúde .

Diante do exposto, a pergunta norteadora é: qual a importância do manejo da dor em pacientes que estão no fim da vida, ou seja, pacientes terminais?

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Dor: visão geral

A dor crônica aparece predominantemente em populações com tumores metastáticos, podendo ser manejada pela terapêutica opióide, pois esse grupo de drogas pode fornecer um grande alívio aos pacientes com dor a longo prazo (BREUER, 2015). A dor causa muito mal estar e desconforto ao paciente. É por isso que se faz necessário o manejo terapêutico para o alívio do sofrimento e melhoria da qualidade de vida a partir da apresentação da doença até a morte (VON GUNTEN, 2005).

De acordo com a *International Association for the Study of Pain*, dor é uma sensação ou experiência emocional desagradável, associado com dano tecidual real ou não associado à lesão tecidual direta. De acordo com Oliveira et al (2014, p.03), apresenta “a dor deve ser entendida e avaliada tanto nos seus aspectos físicos quanto emocionais, pois ela é sempre subjetiva e pessoal. Ou seja, em qualquer situação a dor é a que o paciente refere e descreve”.

Quando o paciente tem uma doença em estado avançado, há uma desproporção entre a magnitude da lesão tecidual e a dor sentida pelo paciente. Isso acontece por vários sintomas que o paciente apresenta associado à doença, como raiva, medo, desamparo, depressão. Outro fator determinante é que a dor acaba impondo limitações na qualidade de vida, isso acaba sendo interpretado como algo agregado à doença. Isso nos mostra a dimensão do sofrimento das pessoas (BRASIL, 2001).

3.1.1 Definição de dor

A dor foi definida em 1986, pela Associação Internacional para Estudo da Dor, como uma experiência sensorial e emocional desagradável vinculada a lesão real ou potencial. Por isso, é importante que o paciente sinta-se confortável no final de sua vida com a menor quantidade de dor possível, pois a doença em si já causa uma imensa dor, o que muitas vezes o paciente não consegue suportar. Vários

estudos tratam desse tema como forma de amenizar o sofrimento angustiante desses indivíduos.

A dor é subdividida de acordo com sua origem em nociceptiva e neuropática. A dor nociceptiva resulta da ativação direta de nociceptores da pele e outros tecidos em resposta a uma lesão tecidual, acompanhada de inflamação. A dor neuropática ou neurogênica origina-se devido a lesões de nervos periféricos ou do sistema nervoso central (FANTONI e MASTROCINQUE, 2002; ALMEIDA et al., 2006).

O termo nocicepção está relacionado com o reconhecimento de sinais dolorosos pelo sistema nervoso, que formulam informações relacionadas à lesão. Baseado nestes conceitos, o termo dor seria mais bem aplicada a seres humanos do que aos animais, pelo fato deste termo envolver um componente emocional. Mesmo assim tornou-se uma convenção o uso do termo “dor” para pacientes humanos e animais (HELLEBREKERS, 2002).

A dor pode ser vista como uma forma do corpo reagir aos diversos sintomas causados pelas doenças ou lesões teciduais, e acaba tornando-se mais intensa quando o paciente está em estado terminal. Essa dor pode ser aguda ou crônica.

Os profissionais da saúde são instrumentos imprescindíveis para o manejo da dor, pois estes sabem como controlar e aliviar essa dor por intermédio de drogas disponíveis para o tratamento adequado. Existe, portanto, alguns tipos de dor, e para cada um desses tipos existe um tratamento e um manejo diferenciado.

3.1.2 Tipos de dor

A dor pode ser considerada de moderada a intensa, mas é de extrema importância identificar o local e a origem da dor, podendo esta ser aliviada em até 90% dos casos para um nível algico considerado aceitável. Existem três tipos de Dor: nociceptiva, neuropática e simpaticomimética. Estas são classificadas assim devido aos diferentes mecanismos fisiopatológicos (BRASIL, 2001).

É importante compreender que a dor possui várias intensidades. Pode ser moderada a intensa, e como dita pelo autor acima, é de extrema importância identificar o local e a causa dessa dor, às vezes pode ser aliviada com a administração de alguma droga, no entanto, em outras essa dor não diminui..

Vários estudos apontam que existe um aumento considerável nos sintomas durante o curso da doença, que vão de moderados a grave. Nas semanas e meses que precedem a morte, os pacientes, em sua grande maioria, sentem muita dor. O fato é que estes buscam o alívio da sensação álgica (VON GUNTEN, 2005).

Vale ressaltar que existem tipos e padrões de dor e essas dores podem ser agudas, crônicas, nociceptiva e neuropática. Pode-se observar que cada uma delas possuem suas próprias características. Por exemplo, a dor aguda tem início súbito e está relacionada a afecções traumáticas, infecciosas ou inflamatórias. O esperado é que ela desapareça após a intervenção da causa, curando a lesão, imobilizando ou por meio de administração medicamentosa. Essas dores agudas não são recorrentes e estão associadas às respostas neurovegetativas como aumento da pressão arterial, taquicardia, ansiedade, entre outros sintomas (BRASIL, 2001).

Existem vários tipos de dor são elas:

Dor patológica: A dor patológica pode surgir de diferentes tecidos e pode ser classificada com dor inflamatória (envolvendo estruturas somáticas ou viscerais) ou neuropática - envolvendo lesões do sistema nervoso (KLAUMANN et al, 2008).

Dor inflamatória ou nociceptiva: A hipersensibilidade é a principal característica da dor patológica e resulta de alterações drásticas na função do sistema nervoso. Este conjunto de alterações denominadas plasticidade do sistema nervoso, é um fenômeno que acontece periféricamente por redução do limiar de ativação dos nociceptores; bem como centralmente, pela responsividade aumentada da medula espinhal aos estímulos sensoriais. (LAMONT e TRANQUILLI, 2000; SCHAIBLE 2006).

Dor visceral: As vísceras raramente são expostas a estímulos externos, mas são alvos comuns de diversas doenças. O conceito de aferentes nociceptivos ativados por um estímulo direto sobre o tecido é difícil de transferir para os tipos de dor visceral (KLAUMANN et al, 2008).

Dor neuropática: A dor neuropática ou neurogênica é produzida pelo dano ao tecido nervoso. Caracteriza-se pela aparição de hiperalgesia, dor espontânea, parestesia e alodinia mecânica e por frio (PISERA, 2005; SCHAIBLE, 2006).

A dor fisiológica é aquela induzida por resposta à um estímulo, como proteção, com a intenção de interrupção de expor através de estímulos nocivos. Isso é próprio da dor aguda produzida a estímulos fortes na superfície da pele. Existe

também a dor visceral e somática profunda também causada por estímulos inevitáveis e apresentam respostas adaptadas específicas, geralmente são subagudas e podem estar acompanhadas com respostas autonômicas ou comportamentais específicas (FANTONI e MASTROCINQUE, 2002; HELLEBREKERS, 2002).

3.1.3 Metodologia de medição da dor

É importante se fazer uma medição da dor por meio de ensaios clínicos, mas estes não são tão fáceis de serem realizados porque são difíceis de executar e justificar. Por exemplo, a dor em pacientes com câncer tem uma incidência de 24% a 60% naqueles que receberam um tratamento ativo. Essa taxa se aproxima de 58% a 69% em pacientes com doença avançada de câncer, e é de 33% em pacientes após a terapia curativa. (KOYYALAGUNTA et al, 2012).

É por intermédio de analgésicos opiáceos e não opiáceos que se tem encontrado uma forma de controlar a dor, a qual deve ser baseada em uma avaliação cuidadosa, com elucidação das possíveis causas e dos efeitos dos sintomas na vida do paciente, investigando fatores psicossociais que possam estar influenciando e impactando no paciente. Os opióides são antagonizados por outra droga chamada naloxone (BRASIL, 2001).

Dor é uma experiência única e pessoal. Não há linguagem padrão para descrições de dor, variando dentro de uma mesma família ou grupo cultural. Pode ser extremamente difícil para o paciente com doença avançada, encontrar uma linguagem que descreva sua dor, não só por ser uma experiência sem semelhança com qualquer sensação prévia, mas como pela presença de seus componentes emocional, social e espiritual (BRASIL, 2001).

Portanto, o fato é que o uso de opióides para a dor crônica não oncológica continua a ser debatido devido à preocupação com os efeitos secundários, e pela falta de eficácia em longo prazo, tendo como uma das principais preocupações o crescente abuso e dependência dessas drogas. (KOYYALAGUNTA et al, 2012).

A dor crônica é altamente predominante entre as populações com tumores sólidos metastáticos, e o tratamento da dor é considerado uma boa prática em oncologia. Esse tratamento baseia-se na chamada farmacoterapia ligada

diretamente à opióides, e há um forte consenso de que esta terapia funcione em longo prazo para a grande maioria dos pacientes (BREUER, 2015).

Na realidade, a dor é um fenômeno, ou seja, não pode ser determinada por instrumentos físicos. Na verdade, a pessoa que está observando a dor não consegue mensurar, por ser tão complexa e extremamente pessoal, assim explica Fontes; Jaques (2013):

Por ser a dor um fenômeno subjetivo, ela não pode ser objetivamente determinada por instrumentos físicos, pois não existe um meio específico, que permita a um observador externo, objetivamente, mensurar esta experiência interna, complexa e pessoal. Assim sendo, o relato da experiência dolorosa pelo paciente aos profissionais de saúde é fundamental para a compreensão do quadro algico.

Por isso, para obter um controle da dor, é realizado a medição dos sinais vitais, avaliando de forma sistêmica o paciente e ao mesmo tempo em que se deve registrar no ambiente clínico. Assim, pode-se acompanhar a evolução da dor e fazer os ajustes corretos no tratamento do paciente. Fontes e Jaques (2013) confirmam essa ideia de avaliar a dor e registrar por meio sistemático e periódico. Sua intensidade é fundamental para que se acompanhe a evolução dos pacientes e se realizem os ajustes necessários ao tratamento.

A dor, portanto, pode partir de várias doenças ou lesões como já comentado, no entanto, a dor oncológica, ou mais conhecida como a dor que acomete em pacientes terminais com câncer é uma experiência extremamente dolorosa. Alguns estudos mostram que o câncer em seu estágio inicial é indolor, mas a dor se potencializa à medida que a doença evolui. Quando este chega ao estágio mais avançado, a dor passa a ser de moderada a severa, ocasionando uma redução significativa da qualidade de vida e a redução das atividades cotidianas (PEREIRA, et al, 2015).

Um fator muito importante que aumenta a incidência de câncer é a idade. Após os 50 anos, o paciente pode ser afetado por vários tipos de câncer. Essa faixa etária exige um cuidado maior, pois, o índice de mortalidade é bem mais elevado, exigindo muita atenção, algo que não acontece aos pacientes jovens. O tratamento oncológico radical, que é a cirurgia, associada ou não ao tratamento adjuvante e a radioterapia/quimioterapia, têm passado por certas discussões, pois os sintomas do tratamento interferem diretamente na qualidade de vida (FALLER et al, 2016).

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), é fato que o câncer tem sido um grave problema na saúde pública, e mais acentuado nos países em desenvolvimento (INCA, 2016). O Brasil tem registrado dados alarmantes do impacto do câncer, pois a mortalidade é cada vez mais grave.

Apesar do foco deste estudo ser a dor em pacientes terminais, o câncer acaba tendo uma relevância nesse estudo, pois este também é um precursor da dor, ou seja, por meio do câncer se produzem pacientes terminais e estes conseqüentemente sentem a dor, por isso foi comentado como um exemplo para que os leitores possam compreender com maior clareza. Mas, no que diz respeito ao assunto dor, é importante saber manejar ou administrar da melhor maneira possível o paciente neste estado.

Os pacientes sempre relatam a sua dor. Registrar esses dados influencia diretamente no cronograma da dosagem de medicamentos analgésicos. Mas de que adianta a dor deles serem registradas se essa informação não for repassada entre os profissionais? Assim acaba comprometendo o tratamento (FONTES; JAQUES, 2013).

As equipes de profissionais tem se organizado para o manejo da dor buscando trazer o alívio para os pacientes que estão sofrendo com determinada doença. Sabe-se que os analgésicos são apenas um paliativo, no entanto, necessários para melhorar os sintomas e controlar as dores (SILVA, 2014), mas Oliveira et al (2014) entende que os profissionais devem sempre escolher a terapia farmacológica para o manejo da dor.

A administração de fármacos representa uma estratégia fundamental para se viabilizar o controle sintomático e conforto ao paciente em cuidados paliativos de forma a assegurar-lhe melhor qualidade de vida e diminuição da ansiedade da família. Portanto, os profissionais de saúde precisam sempre optar por uma terapêutica farmacológica e via de administração que venha provocar menor sofrimento possível ao paciente e proporcionar a eficácia pretendida (OLIVEIRA et al, 2014).

A dor deve ser compreendida e avaliada em todos os seus aspectos, sejam eles físicos ou emocionais, uma vez que ela é subjetiva e pessoal. Quem não está passando por uma dor não poderá avaliar nem tampouco mensurar a dor do outro, então só resta aos profissionais registrarem a dor descrita pelo paciente. No entanto, só podem administrar algum medicamento quando o diagnóstico é de fato confirmado para que não ocorra um tratamento equivocado. A partir desta visão geral do que é o manejo e de como a dor age, além da sua influência em pacientes

terminais, partiremos para o quadro clínico e diagnóstico deste processo, a fim de medir e monitorar o problema.

3.2 Quadro clínico e diagnóstico

Identificar a falta de controle da dor é mais simples do que definir se um paciente possui ou não possibilidade terapêutica curativa. Esta parte é mais complexa. Alguns estudos dizem que a fase terminal são os últimos seis meses de vida, outros acreditam serem as últimas semanas e até mesmo os últimos dias. Isto acaba variando de profissional para profissional, mas em um ponto todos concordam que ao se identificar a doença e a fase terminal, deve-se administrar a conduta mais adequada para o alívio do sofrimento.

O primeiro desafio é definir um paciente terminal. Não é uma tarefa simples, apesar de haver uma fundamentação científica para isso. De acordo com Von Guten (2005), uma convenção, realizada nos Estados Unidos da América, os últimos 6 (seis) meses de vida são considerados como a fase terminal da doença. Outros médicos consideram esse período final em dias ou semanas, mas isso não é um consenso, pois existem profissionais que não consideram tal período. Após definir que o paciente encontra-se com a doença em fase terminal, os profissionais da saúde podem definir e identificar qual conduta será mais adequada (VON GUNTEN, 2005).

Ainda para o mesmo autor, os epidemiologistas teriam que considerar os meses e anos que o paciente teria de vida com uma determinada doença, para que assim pudessem prever quanto tempo de vida ainda os restariam.

Alguns estudos apontam que o quadro clínico do manejo da dor em pacientes terminais é difícil de pesquisar, pois existe uma grande carga de sintomas que acaba por confundir a pesquisa. Um estudo realizado no interior dos Estados Unidos da América nos últimos 10 anos, mostrou 988 americanos diagnosticados por seus médicos como pacientes terminais, com duração de vida inferior a 6 meses (BREUER et al, 2015).

Devido à grande associação da dor com os diversos tipos de câncer, é importante conhecer a prevalência dessa doença de acordo com o sexo. Mulheres com câncer de colo do útero em 24% dos casos, seguido de câncer da mama com 16% e de câncer de estômago com 12%. Já nos homens, ressalta-se maior

prevalência de câncer de próstata em 24% dos pacientes, seguido de 20% de Linfoma e 12% de câncer de pulmão (PEREIRA et al, 2015). Os pacientes acometidos pelo câncer passam por vários desconfortos que vão desde os exames de diagnóstico até a execução das terapêuticas convencionais.

O quadro clínico dos pacientes terminais era constituído por alguns sintomas, como a falta de ar em 71% dos casos, dor moderada a grave em 50% deles, 36% eram incontinentes de urina ou fezes, e 18% destes pacientes ficaram restritos ao leito, tendo que permanecer mais do que 50% de suas horas na cama. Com relação à dor, 52% destes pacientes terminais tinham um médico de atenção primária para tratamento da dor e 29% tinham sido consultados por um especialista em dor (VON GUNTEN, 2005).

Uma pesquisa recente dos Estados Unidos ressaltou a necessidade do manejo da dor na formação de médicos oncologistas. O resultado da pesquisa, portanto, descreve cenários clínicos desafiadores com relação ao manejo da dor de pacientes com câncer, onde 87% dos oncologistas, reforçam que seria considerada inaceitável por especialistas a dor na medicina, e assim sugerindo que outros estudos possam ser usados para explorar educacionalmente o tratamento da dor (BREUER, 2015).

Isso significa dizer que a quantidade de pacientes com câncer de diversos tipos quando estão em estágio avançado sentem dor e por isso, não precisam estar nesse sofrimento. É preciso o manejo correto de medicamentos como forma de tratamento paliativo.

Percebe-se através dos artigos analisados que o quadro clínico dos pacientes terminais é sempre acompanhado de muito desconforto, diminuição da qualidade de vida, além de diversas complicações relacionadas à doença.

3.3 Tratamento clínico

Existe uma grande preocupação com a utilização dos opiáceos, devido ao crescimento dos pacientes em uso abusivo e a dependência química em pacientes com dor, além de acarretar outras consequências adversas na administração terapêutica desses medicamentos. De acordo com a literatura relevante, a mesma indica que a prevalência de adição de opióides varia entre 0% e 7,7% em pacientes com câncer. Com base na população estudada e critérios utilizados, também continua-se a ter uma preocupação com o uso prolongado dessas substâncias para

o alívio da dor (KOYYALAGUNTA et al, 2012; BRASIL, 2001; VON GUNTEN, 2005; FINE; RUSSELL; PORTENOY, 2009).

O tratamento clínico para a dor de pacientes terminais é realizado pela terapia farmacológica por meio de analgésicos administrados por profissionais. De acordo com o grau e a intensidade da dor, essas drogas são associadas a outros, como por exemplo, anti-inflamatórios. A morfina serve para dores consideradas fortes e refratária e é bastante utilizada. Essa medicação também pode ser administrada por via oral, através de soluções. Esses analgésicos são realizados em intervalos fixos com dosagens gradativas, de forma individualizada para cada paciente, ou seja, a dose é individualizada para cada paciente de maneira que alivie a dor mais não cause efeitos colaterais.

Alguns pacientes podem utilizar um opióide mais fraco muito antes de utilizarem um opióide mais potente como a morfina, por exemplo. Esta troca é realizada devido a fatores como as limitações de volume e toxicidade da via subcutânea, insuficiência renal ou controle inadequado da dor. A maioria dos pacientes apresenta algum grau de insuficiência renal no momento da rotação de opióides fracos para morfina. Alguns autores relatam uso concomitante de morfina com diversas outras drogas (clonazepam, ciclizina, glicopirrolato, haloperidol, hiocina, cetamina, metadona, metotrimeprazina, metoclopramida, midazolam e octreotida) sem ser observada incompatibilidade. A dose inicial de morfina variou de 15-600 mcg/24 h (mediana 95 mcg/24 h). Nos pacientes que permaneceram no hospital para controle da dor, a duração média de infusão de sufentanil foi de quatro dias (intervalo de 1-14 dias) (OLIVEIRA et al, 2014).

O uso de opióides para dor crônica não oncológica continua a ser debatido devido à preocupação com os efeitos secundários, e a falta de eficácia em longo prazo, sendo uma preocupação crescente o abuso e a dependência de opiáceos (KOYYALAGUNTA et al, 2012). Colson et al (2011) concluiu, por meio de provas, a eficácia dos opióides no tratamento da dor crônica, como por exemplo, o uso destas drogas no manejo da dor oncológica. Com grandes avanços nas terapias oncológicas, o câncer não é sempre uma "doença terminal." Quase 50% - 65% dos pacientes podem viver mais de 2 anos após o diagnóstico, por isso a importância do manejo da dor nestes pacientes.

A escolha dos fármacos, das dosagens, das vias de administração é de responsabilidade do médico, mas outros profissionais também estão envolvidos

neste processo e devem participar ativamente garantindo o alívio da dor, além de permitir alterações no regime terapêutico de acordo com efeitos colaterais e as mudanças clínicas (FONTES; JAQUES, 2013).

Vários autores afirmam que o tratamento da dor é, quase sempre, baseado em opióides. Os medicamentos mais prescritos são morfina, fentanil e a diamorfina, combinados ou não. Alguns estudos também apresentam a morfina como principal opióide de forte intensidade utilizado para o manejo da dor por via subcutânea. Quando ministrada por meio intravenoso ou subcutâneo, no caso da morfina, por exemplo, tem grande êxito em relação ao controle da dor (OLIVEIRA et al, 2014).

De acordo com o mesmo autor, a via de administração mais utilizada é a subcutânea, em 76% dos casos, o que pode ser justificado pela condição clínica dos pacientes e idade avançada (média 60,3 anos). A partir da análise de dados, observa-se que 64,6% dos pacientes recebeu Morfina, 4,7% receberam Fentanil e 28,7% receberam combinação com dois ou mais opióides fortes.

Para Silva et al (2010), a dor geralmente vem no início da doença em torno de 20% a 50%, quando em estágio avançado, a dor chega a 90%. Por isso a necessidade de tratamento com analgésicos fortes que tragam o alívio da dor ao paciente na dosagem certa. Vale ressaltar que a dor muitas vezes não é diretamente proporcional à parte lesionada, por ser muito subjetiva, além de fatores emocionais como o desamparo e o desespero.

Estimativas sugerem que a dor não oncológica representa 60% a 70% dos casos de dor crônica. Para estes pacientes, porém, o tratamento com opiáceos deve ser bastante criterioso e, geralmente, deve ser reservado aos casos rebeldes aos tratamentos convencionais. Assim, estimasse que cerca de 10% dos pacientes com dor crônica têm indicação de tratamento por opiáceos. Destes, 70% apresentam dor moderada, com indicação de uso de opiáceo fraco e 30% dor intensa/muito intensa, com indicação de opiáceo forte, sendo a proporção de uso de 15% de morfina e 15% de metadona (BRASIL, 2001).

É importante lembrar que o tratamento da dor pode ser realizado por meio de analgésicos não opioides e opioides, e também por medidas não farmacológicas, como a intervenção psicológica, física ou radioterapia, além de medidas invasivas como neurocirurgia, entre outros. Segundo Faller (2016) as ocorrências da dor são observadas em pacientes no mundo todo, acometendo até 80% durante os estágios avançados de doenças agressivas como, por exemplo, o câncer. Metade desses casos são descritos como moderado, enquanto que 30% como insuportável.

Existe um cuidado necessário com administração de farmacos para evitar dosagens altas, pois muitas vezes, devido a intensidade da dor, o paciente tende a querer com maior frequência um paliativo, ou seja, um analgésico, até chegar ao momento desta não ter o efeito desejado. Então faz-se necessário uma mudança da droga, uma rotação de opióides no tratamento da dor aguda ou o uso de opiodes por curta duração (FINE; RUSSELL; PORTENOY, 2009).

Alguns estudos mostram que grande parte dos pacientes que obtém resultados satisfatórios com relação ao tratamento com novas formulas, como a de citrato de fentanil transmucosa por via oral, geralmente são administradas em doses mais baixas disponíveis, independentemente da base de opióide. Desta forma, são sugeridas novas formulações, as quais são utilizadas como tratamentos complementares para a diminuição do avanço da dor. Estudos também devem ser conduzidos para determinar quem pode ser mais provável de se beneficiar de rotação e quais os efeitos da aplicação do opióide como estratégia de conversão de doses diferentes. Esses estudos avaliam as estimativas de potência relativa em diferentes populações durante o tratamento com formulações mais recentes por um período muito curto de tempo (FINE; RUSSELL; PORTENOY, 2009).

Diante do exposto, sobre o quadro clínico, diagnóstico e tratamento da dor em pacientes terminais, é o momento de apresentar as evidências encontradas nos artigos selecionados por inclusão para o estudo deste tema. Essa prática esta diretamente ligada à revisão integrativa.

3.4 Prática baseada em evidências

A Prática Baseada em Evidências (PBE) é compreendida por uma abordagem que possa solucionar um determinado problema e encontrar a busca pela melhor solução, cuja evidencia seja a mais recente, e assim tomar a decisão, através do profissional e de seu contexto clínico, e da abordagem do paciente dentro da conjuntura da precaução (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Essas características de precaução na área clínica e no ensino embasado pelo conhecimento, compõem a qualidade da evidência. Isso abrange uma explicação do problema, por meio da identificação das informações necessárias, pela busca e análise crítica dos estudos disponibilizados na literatura, efetivação das evidências na prática e análise dos resultados obtidos (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

A Prática Baseada em Evidências teve sua origem na Inglaterra, com o epidemiologista Archie Cochrane (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011). Há muitas discussões sobre o tema, no entanto, elas tem aumentado pelo mundo todo, mas foi no ano de 1990 que a PBE surgiu em países como: Canadá, Reino Unido e Estados Unidos. Já no Brasil, encontrou seu espaço especialmente na medicina, em universidades como no estado de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

Na realização da prática baseada em evidencia existe a preocupação na utilização de métodos, como a revisão literária, o que permite a busca, análise crítica e um resumo das evidencias que estavam disponibilizadas no tema em estudo. Os principais métodos que compõem a PBE são: a revisão sistemática, a revisão integrativa e a metanálise, por meio de fontes de informações bibliográficas ou eletrônicas, fazendo parte também os resultados de pesquisas de outros autores, com a intenção de confirmar a fundamentação teórica e científica de um determinado estudo (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A metanálise, portanto, é um método de revisão que combina as evidências de múltiplos estudos primários a partir do emprego de instrumentos estatísticos, a fim de aumentar a objetividade e a validade dos achados. O delineamento e as hipóteses dos estudos devem ser muito similares, se não idênticos. Na abordagem da metanálise, cada estudo é sintetizado, codificado e inserido em um banco de dados quantitativo. Subsequentemente, os resultados são transformados em uma medida comum para calcular a dimensão geral do efeito ou a intervenção mensurada (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

No que diz respeito à revisão sistemática, esta é caracterizada por um resumo rigoroso de todas as evidências relacionadas a um tema específico, sendo utilizada principalmente nos estudos experimentais, junto com os ensaios clínicos randomizados, e têm como base um método rígido de busca, seleção, avaliação da relevância e validades das pesquisas, bem como coleta, resumo e interpretação dos dados, de forma a eliminar possíveis descaminhos, e tornar diferente dos demais métodos de pesquisa pela sua rigidez (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

Por último, a revisão integrativa, que tem uma abordagem metodológica maior, e permite a inclusão de vários estudos experimentais e não experimentais os quais proporcionam uma percepção do acontecimento como um todo a ser analisado. Isso faz com que os dados da literatura teórica e empírica, sejam

verificados e incorporados ao estudo com o propósito de definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). A qualidade da evidência é um dos aspectos principais da prática baseada em evidências e na literatura, sua avaliação tem sido realizada de forma hierárquica, com base na abordagem metodológica da pesquisa (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

As evidências são classificadas em seis níveis de acordo com Souza, Silva e Carvalho (2010) são eles: Nível 1: evidências resultantes da metanálise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados; Nível 2: evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental; Nível 3: evidências de estudos quase-experimentais; Nível 4: evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa; Nível 5: evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência; Nível 6: evidências baseadas em opiniões de especialistas.

Desta forma, os artigos que foram selecionados para este tema passaram por uma análise de evidências a fim de se conhecer as principais práticas na literatura e a qualidade das informações, as quais são fundamentais para a pesquisa, trazendo maior propriedade e confiança dos dados. Portanto, o próximo capítulo apresentará especialmente o método utilizado neste estudo.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Para esse estudo foi realizada uma revisão integrativa por meio de uma metodologia que abrange vários estudos experimentais e não experimentais para a seleção de inclusão e exclusão de dados, combinado pela literatura teórica e empírica, para que pudéssemos determinar o tema deste trabalho o qual está intitulada de Manejo da dor em pacientes terminais. Por meio deste conhecimento, buscou-se identificar, analisar e sintetizar os resultados para esse tema e contribuindo assim, para uma prática clínica futura que possa ser benéfica, aos pacientes em fase terminal.

Pelo exposto, optou-se por uma Revisão Integrativa, pois sintetiza e analisa o conhecimento científico. No entanto, essa revisão é feita por meio de etapas as quais são bem definidas, claras e objetivas. Está advém da Prática Baseada em Evidências, uma metodologia em fase de desenvolvimento a qual esta sendo muito utilizada na área da saúde, a que oportunamente se adequa a este trabalho. A seguir serão apresentadas as etapas do processo para a elaboração desse estudo (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

4.2 Critérios para a elaboração da revisão integrativa

Faz-se necessário a elaboração de critérios para a Revisão Integrativa poder alcançar os resultados propostos, e serem utilizados em prática clínica. Portanto, é importante a descrição detalhada de cada etapa do processo, seguindo um resumo e uma análise de todo conhecimento abordado nos dados selecionados para o estudo. Devido a sua ampla abordagem metodológica usamos como parâmetro a estrutura do trabalho apresentada de acordo com Botelho, Cunha, Macedo (2011), que ajudará a definir passo a passo as etapas desta revisão.

A primeira etapa para a construção da revisão integrativa é definir o problema e formular uma pergunta de pesquisa. Em seguida definir a estratégia de busca e os descritores. Por fim, definir a base de dados que será trabalhada para a revisão literária e para os resultados e discussões (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011). Diante do exposto, a pergunta norteadora é: Qual a importância do manejo da

dor em pacientes que estão no fim da vida, ou seja, pacientes terminais? De acordo com o tema definido, o manejo da dor em pacientes terminais.

Realizada essa primeira etapa segue para a segunda etapa, definida pelo estabelecimento de critérios e inclusão e exclusão. O enfoque nesta fase é a busca de dados e buscar estudos com base nos critérios estabelecidos de inclusão e exclusão, de acordo com a pergunta norteadora. Dependendo do assunto pode-se ter um volume maior de amostras muito diversificadas, como também pode-se não encontrar muitos dados relacionados ao tema. O melhor é começar de modo abrangente para depois ir restringindo os dados para estudo (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011). Os critérios de inclusão e exclusão precisam ser claros e objetivos, mas não são engessados e podem sofrer alterações ao longo do processo de pesquisa dos artigos e da elaboração da revisão integrativa (URSI, 2005).

A pesquisa usou com base os bancos de dados da Medical Published servisse of the U.S National Library of Medicine (PUBMED) e a base de dados Journal of Palliative Medicine, UPTODATE, artigos da Alpha Med Press, Comissão do alívio da dor oncológica dos Estados Unidos da América e do endereço eletrônico www.painphysicianjournal.com.

Os descritores utilizados foram: “manejo”, “dor”, “pacientes terminais”. Os critérios de inclusão utilizados para limitar a busca dos artigos foram: apresentar disponibilidade gratuita do conteúdo de seus resumos e textos; ter sido publicado dentro de um período de 15 (quinze) anos (2001, 2005, 2010, 2012 a 2016); estarem escritos em português e inglês; comportarem, em sua amostra, pacientes terminais. A averiguação dos artigos foi realizada na data de 17 de agosto de 2016.

As buscas se iniciaram pela base de dados PUBMED e PMC, utilizando-se as palavras-chave. Além disso, limitadores de pesquisa foram escolhidos (textos gratuitos, no período de 15 anos, pacientes terminais) para afunilar os resultados e assim coletar informações necessárias para fundamentação do tema em questão.

A terceira etapa é a identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados, por meio de uma leitura criteriosa dos artigos selecionados, faz-se a busca e leitura de resumos, palavras-chave e títulos de todas as publicações para averiguar se os textos estão adequados aos critérios de inclusão do estudo. Quando não é possível encontrar nos resumos, palavras-chave e até mesmo pelo o título do artigo procura-se então a publicação na íntegra. Nesta etapa resultou na obtenção de 11 (onze) artigos da PUBMED e PMC.

No que se refere à quarta etapa, é identificada pela categorização dos estudos selecionados, ou seja, é realizado um resumo dos documentos, dos dados e informações contidos nos artigos científicos selecionados na etapa anterior. Nesse momento faz-se a utilização da matriz de síntese (Anexo A), descrita por Garrard (2013) tem por finalidade proteger o pesquisador dos possíveis erros durante análise. As categorias analisadas foram: identificação, instituição sede do estudo, tipo de publicação, objetivo da investigação, amostra, intervenções realizadas, resultados, análise, implicações, nível de evidência. É nessa fase que se tem uma biblioteca individual, a qual será feita uma análise crítica de todos os estudos selecionados. Por último, foi utilizada ferramenta de extração e organização de dados, a qual é popularmente utilizada nas ciências da saúde, não deixando de informar que a experiência clínica do pesquisador contribui na apuração da validade dos métodos e dos resultados, além de auxiliar na determinação de sua utilidade na prática (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A quinta etapa é baseada na discussão dos resultados. Este momento é uma das partes mais importantes do trabalho. É nessa etapa que se faz a análise e interpretação dos resultados fazendo comparações entre os artigos que foram evidenciados com o referencial teórico, com a finalidade de extrair ao máximo o conhecimento necessário para a criação do trabalho. Além de identificar as lacunas do conhecimento as quais poderão ser discutidas em trabalhos científicos futuros.

Por fim, segue a última etapa definida pela apresentação da revisão e síntese do conhecimento, por meio da elaboração de material científico com base na análise dos resultados e das conclusões advindas dos artigos selecionados. Essa revisão integrativa deve ser clara e completa que permita o leitor avaliar criticamente os resultados, além de conter informações detalhadas sem omitir nenhuma evidência relacionada. Para Souza; Silva; Carvalho (2010), um dos métodos para a análise dos dados de uma pesquisa qualitativa relaciona-se com a variedade de achados da revisão integrativa. Consiste na redução, exposição e comparação, bem como na conclusão e verificação dos dados. Por isso é importante que os documentos possam ser avaliados pelos leitores para que os mesmos identifiquem a veracidade dos procedimentos realizados na revisão integrativa deste trabalho.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Especificações dos artigos selecionados

Neste estudo, foram analisados 11 (onze) artigos. O quadro 1 apresenta a distribuição desses artigos de acordo com seus autores, títulos do artigo ou periódicos, objetivo do estudo, o tipo de pesquisa utilizada e o nível de evidência, respectivamente, associados a cada artigo pesquisado. Os referidos artigos foram todos publicados na base de dados PUBMED, da PubMed, Scielo, Instituto Nacional do Câncer (INCA), Journal of Palliative Medicine, Uptodate, artigos da Alpha Med Press, Comissão do alívio da dor oncológica dos Estados Unidos da América e do endereço eletrônico www.painphysicianjournal.com, além do Ministério da Saúde. Esses artigos utilizados para este estudo estão no período de 15 anos (2001, 2005, 2010, 2012 a 2016); e estão escritos em português e inglês, sendo que 1 artigo foi publicado em 2001, 1 artigo em 2005, 1 artigo publicado em 2010, 1 artigo publicado em 2012, 1 artigo publicado em 2013, 3 artigos publicados em 2014, 2 artigos publicados em 2015 e 1 artigo publicado em 2016.

Quadro 1 – Especificidades sobre os artigos analisados, quanto aos autores, título do artigo, periódico, tipo de pesquisa e nível de evidência.

AUTORES	TÍTULO DO ARTIGO/PERIÓDICO	OBJETIVO	TIPO DE PESQUISA	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
VON GUNTEN, C. F. (2005)	Interventions to Manage Symptoms at the End of Life	Resumir a base de evidências atuais sobre intervenções que aliviem sintomas no fim da vida.	Descritiva	2
KOYYALAGUNTA et al (2012)	A Systematic Review of Randomized Trials on the Effectiveness of Opioids for Cancer Pain	Analisar a eficácia dos opióides para a dor oncológica.	Revisão sistemática	1

BREUER et al (2015)	Quão bem Médicos oncologistas Gerenciam a Dor Crônica do Câncer?	Avaliar o conhecimento sobre o manejo da dor do câncer em três especialidades.	Levantament o sobre o conhecimento do manejo da dor	6
FINE; PORTENOY, RUSSELL . (2009)	Estabelecimento de "melhores práticas" para opióides Rotação: Conclusões de um painel de peritos	Identificar um equilíbrio favorável entre os efeitos analgésicos e colaterais. Efeitos adversos relacionados aos opióides são comuns e podem ser limitantes do tratamento.	Revisão da literatura	6
BRASIL (2001)	Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor	Abordar as possibilidades de tratamento da dor adequado aos recursos disponíveis	Revisão da literatura	5
OLIVEIRA et al (2014)	Infusão subcutânea de analgésicos em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos: uma revisão de literatura	Analisar produções científicas a respeito de medicamentos para o controle da dor administrados por hipodermólise em pacientes oncológicos.	Revisão da literatura	4

<p>PEREIRA et al (2015)</p>	<p>Condutas terapêuticas utilizadas no manejo da dor em oncologia</p>	<p>Identificar as principais modalidades terapêuticas utilizadas pela equipe de enfermagem no tratamento da dor, a coerência de sua utilização e o grau de satisfação dos pacientes oncológicos institucionalizados</p>	<p>Exploratório - Descritivo</p>	<p>4</p>
<p>FALLER et al (2016)</p>	<p>Escala multidimensional na avaliação da dor e sintomas de idosos em cuidados paliativos</p>	<p>Avaliar a dor e sintomas associados em idosos com câncer em cuidados paliativos em domicílio.</p>	<p>Descritiva</p>	<p>4</p>

SILVA et al (2010)	Controle dos sintomas e intervenção nutricional. Fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos	Analisar, mediante questionário previamente validado, como a intervenção nutricional e o controle dos sintomas interferiram na qualidade de vida dos pacientes oncológicos atendidos pelo Serviço de Cuidados Paliativos (CP) e Tratamento da Dor do Hospital Erasto Gaertner.	Discussão	3
FONTES; JAQUES (2013)	A interface da assistência de enfermagem com o controle da dor oncológica	Identificar na literatura científica estratégias que contribuam para melhora da qualidade da assistência de enfermagem ao paciente oncológico com dor	Revisão da literatura	6

SILVA (2014)	Efetividade de duas modalidades de equipe de cuidado no Controle de sintomas em pacientes com câncer avançado	Comparar os efeitos da equipe de cuidado paliativo integrada com o cuidado tradicional em paciente com câncer avançado hospitalizado.	Ensaio clínico pragmático	2
--------------	---	---	---------------------------	---

Em todos os estudos analisados, os objetivos dos autores foram avaliar ou identificar a dor, os sintomas e o controle desta em pacientes terminais, com a administração de medicamentos, como os opióides e não opióides, que tragam o alívio e que amenizem o sofrimento dos pacientes, além de abordar as possibilidades de tratamento da dor adequando-as aos recursos disponíveis e identificando as principais modalidades terapêuticas utilizadas no tratamento da dor. No que diz respeito ao tratamento clínico para a dor de pacientes terminais, é administrado pela farmacologia por meio de analgésicos administrados por profissionais. De acordo com o grau e a intensidade da dor, essas drogas são associadas a outros, como por exemplo, anti-inflamatórios. A morfina serve para dores muito elevadas e é bastante utilizada, podendo também ser administrada por via oral.

No que tange ao idioma encontrado, houve maior predominância do português, sendo que dos 12 artigos selecionados, 08 eram em português e apenas 04 em inglês, uma quantidade desequilibrada de artigos em ambas as línguas, e não foram selecionados artigos publicados em espanhol.

Ao analisar o delineamento dos estudos, foi observada duas publicações com nível 2 e três com nível 4 de evidência científica, destacando apenas um estudo de discussão, um sobre levantamento sobre o conhecimento do manejo da dor, uma publicação de revisão sistêmica e cinco publicações de revisão literária. Entretanto, o predomínio foi de pesquisas com um bom nível de evidência científica, como por

exemplo, a revisão literária (05 artigos), revisão sistêmica (01 artigo) e Ensaio clínico pragmático (01 artigo).

Os periódicos que publicaram os artigos foram: Arquivo Ciências da Saúde (01 artigo); A National Survey (01 artigo); Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (01 artigo); e-Scientia (01 artigo); Universidade de São Paulo (01 artigo); Instituto nacional de câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA (01 artigo) e no endereço eletrônico www.painphysicianjournal.com (1 artigo).

5.2 O manejo da dor em pacientes terminais

Por meio de alguns estudos, é possível observar que os medicamentos utilizados para manejo da dor podem ser por via oral, pela via subcutânea, intravenosa, entre outros procedimentos. Entretanto, muitos profissionais da área da saúde não conhecem devidamente essas drogas. Paralelamente, como não se tem meios para realizar uma avaliação da intensidade da dor, faz necessário o manejo de forma adequada e precisa, seja por meio farmacológico ou não, mas o intuito é trazer ao paciente o alívio de seus sintomas e um melhor conforto para o mesmo e sua família.

Visando avaliar a dor de maneira multidimensional, Faller et al (2016), realizou um estudo quantitativo, de corte transversal, com 33 idosos que apresentavam câncer de mama em fase terminal, no município de Foz do Iguaçu. Foi verificado que 90,1% dos pacientes apresentavam dor moderada em queimação diária e contínua no local acometido pelo tumor. Além disso, os pacientes também apresentavam ansiedade, dispneia, depressão e redução do bem-estar. Devido a esses dados, este autor concluiu que é necessária a readequação das medidas para controle da dor e dos sintomas e um maior investimento de gestores em saúde, para possibilitar melhor assistência paliativa em domicílio. Dentro deste mesmo assunto, Pereira et al (2015) conclui que o controle da dor em oncologia tem sido um desafio para a prática clínica dos profissionais, levando-se em consideração a magnitude do problema e a subjetividade do fenômeno doloroso.

Dos estudos selecionados para esta análise, um deles tratava a morfina como sendo o principal opióide e principal analgésico para o alívio da dor, por ser considerado pelo mesmo estudo um dos mais fortes no manejo pela via subcutânea. Esse mesmo estudo apresentou uma análise de variação na concentração sérica

diária da morfina e seus metabólitos. A eficácia da morfina no controle da dor impressiona, quando administradas por via intravenosa e subcutânea, ou alternando entre essas vias ditas acima e a oral (OLIVEIRA, 2014).

Segundo o mesmo autor, alguns estudos tiveram variações diárias com relação a concentração sérica da morfina, morfina-6-glicuronídeo (M6G) e morfina-3-glicuronídeo (M3G) em um determinado grupo de pacientes que estavam internados em uma unidade de cuidados paliativos, onde receberam morfina oral ou infusões subcutâneas contínuas de morfina, assim conhecidas, enquanto o outro grupo de pacientes que estavam fazendo uso da morfina subcutânea tiveram doses médias bem mais significativas. Em suma, observaram que uma variação na concentração de morfina era muito menor em pacientes com a infusão subcutânea, ou seja, é importante conhecer o manejo para que haja um maior controle da dor nos padrões de prescrição para que se tornem eficazes.

Com relação aos medicamentos administrados por via intravenosa para a via subcutânea, outro grupo foi utilizado e seu resultado foi em média da dose máxima de morfina subcutânea no período de 24 horas por meio de 124mg. Nesta situação o controle da dor foi considerado relativamente bom. Alguns pacientes deste estudo utilizaram apenas infusão subcutânea, mas infelizmente dos grupos envolvidos neste estudo nenhum deles conseguiu durar muito vindo ao seguimento de óbito.

Outra análise realizada em outro artigo mostrou a chamada não intervencionista retrospectiva (Fontes; Jaques, 2013), o qual teve-se a avaliação dos prontuários de cada paciente em cuidado paliativo em um centro médico localizado em Taiwan, não tendo muita demora pois a pesquisa limitou a um período curto de tempo, ou seja, apenas duas semanas antes do falecimento desses pacientes. O foco principal deste estudo foi justamente a análise do uso de opióides no manejo da dor, com a intenção de ajudar na tomada de decisão por meio do tratamento com medicamentos, onde alguns foram administrados por via subcutânea, talvez pela condição do paciente e de sua idade já muito adiantada. Portanto, de acordo com este estudo, 64,6% dos pacientes receberam Morfina, 4,7% receberam Fentanil e 28,7% receberam combinação com dois ou mais opióides fortes (OLIVEIRA et al, 2014).

Em contrapartida a Oliveira et al (2014), Koyyalagunta et al (2012) evidenciou vantagem, com bom nível de evidência, do uso do fentanil transdérmico

em relação ao uso de morfina, codeína, metadona, oxycodona e tramadol, com base em rigorosos critérios de avaliação de qualidade metodológica e classificação das evidências. Além disso, este mesmo autor conclui que, aparentemente, não há provas concretas da eficácia e segurança dos opióides na dor causada pelo câncer. Assim, os opióides, embora recomendados para serem utilizados na dor causada pelo câncer, devem ser aplicados com cautela e também com acompanhamento apropriado, para que não levem a práticas de abuso semelhantes as observadas na dor crônica não cancerígena.

Além da falta de provas concretas da eficácia e segurança dos opióides, como demonstrou Koyyalagunta et al (2012), temos que analisar as habilidades dos médicos especialistas, em relação ao manejo da dor, conforme analisou Breuer et al (2015). Esta autor, no seu estudo, evidenciou que os médicos oncologistas foram mal avaliados na capacidade de manejar a dor. Este dado se agrava em oncologistas com mais de 47 anos, que classificam sua formação como sendo inferior a formação dos oncologistas mais jovens. Este estudo foi prolongado para os profissionais de saúde em treinamento, que também se apresentaram deficientes no manejo da dor. Os dados desse estudo sugerem que os oncologistas e outros especialistas médicos, que administram a dor do câncer, tem deficiências de conhecimento no tratamento da dor causada por essa doença, o que mostra a necessidade de educação sobre a dor.

Uma boa forma de evitar o abuso de opióides, descrito por Koyyalagunta et al (2012), é utilizar a rotação de opióides. Essa prática foi estudada por Fine, Portenoy, Russel (2009) e é uma estratégia aplicada durante a terapia com opióides, que se refere a uma mudança de um opioide para outro, objetivando melhorar os resultados clínicos. As indicações para rotação de opióides são: a pouca eficácia analgésica apesar da titulação agressiva da dose; as interações medicamentosas problemáticas; preferência ou necessidade de uma via de administração diferente; preocupação com o abuso de determinada droga; disponibilidade financeira ou farmacêutica. Para realizar a rotação de opióides é necessário uma tabela de conversão de doses entre os diferentes opióides, mas que mantenham a mesma eficácia. O primeiro passo para a rotação é calcular o fator de segurança, pois a nova droga adicionada deverá ser iniciada em dose menor do que aquela estipulada pela tabela de conversão, devido o paciente se mostrar mais sensível aos efeitos de uma droga que ainda não havia sido utilizada. Além disso, é prudente iniciar a nova

droga em uma dose menor, pois não sabemos quais efeitos colaterais a mesma pode causar em diferentes pacientes, mostrando mais uma vez que o manejo da dor dos pacientes terminais deve ser individualizada.

Dentre as formas de administrar a droga para o alívio da dor, Oliveira et al (2014) discorre sobre as vantagens da infusão subcutânea de analgésicos, em pacientes oncológicos, sob cuidados paliativos. De acordo com esse autor, a administração de analgésicos por via subcutânea é considerada segura e de fácil manutenção. Considerando a hipodermóclise, via subcutânea, como uma alternativa para garantir uma boa qualidade de vida ao paciente. Alguns dos motivos da preferência pela hipodermóclise são a intolerância gastrointestinal, quando usamos a droga para alívio da dor por via oral, as flebites de repetição devido a uso de drogas endovenosas e a falha na obtenção do acesso venoso. Além da importância do médico neste manejo, também é importante o papel da enfermagem, que envolve zelar pela administração de medicamentos com segurança, devendo possuir conhecimentos básicos de fisiologia, anatomia, biossegurança e farmacologia, evitando erros decorrentes de imprudência, imperícia ou negligência.

Em suas pesquisas, Fontes, Jaques (2013) relatam que alguns profissionais da área da saúde não possuem um conhecimento aprofundado sobre o manejo da dor oncológica, prejudicando assim um melhor tratamento para os pacientes nesse momento crucial de suas vidas. É necessário, então, que haja uma atualização de conhecimentos sobre a dor, surgindo mais pesquisas e espaços que debatam a respeito do tema, pois, segundo os autores, o controle da dor demanda conhecimentos técnicos e científicos. Diante do estado que o paciente se apresenta, a sensibilização por parte do profissional é algo fundamental para que ocorra uma melhor compreensão das necessidades apresentadas pelo paciente, as quais envolvem os aspectos sensoriais e emocionais.

Uma maneira de lidar com a sensibilização dos profissionais que trabalham com o cuidado, seria através da implantação de um instrumento de avaliação da dor. Este instrumento promove a consciência do profissional como também prevê uma melhor comunicação entre a equipe multiprofissional.

Vale ressaltar que o sucesso terapêutico e o manejo dependem de um controle adequado dos efeitos colaterais, sendo necessária a criação de registros para o devido controle, fundamentados na literatura científica para facilitar todo o processo. É atributo do profissional orientar o paciente, conforme Fontes, Jaques

(2013), explica que “as orientações impressas aos pacientes devem conter: a medicação analgésica prescrita (nome, dose, horário), os possíveis efeitos adversos e orientações para o seu manejo e forma de contato com a equipe”. Outros procedimentos também devem ser realizados como a diminuição da dose, rodízio de opiáceos e controle sintomático desses efeitos adversos, que constituem parte do desafio clínico de tratar adequadamente a dor. Também se faz necessário a comunicação para a equipe, no caso de ajustar as dosagens, e sempre observar quais os efeitos indesejáveis apareceram, e assim verificar as orientações de manejo para sua plena eficácia (FONTES; JAQUES, 2013).

Infelizmente, muitos profissionais da área da saúde não tem conhecimento sobre o manejo da dor constituindo um desafio ao cuidar, por isso esses devem se atualizar continuamente no conhecimento da dor, pois acaba sendo uma responsabilidade muito grande para estes profissionais.

Dentro do contexto do alívio do sofrimento dos pacientes terminais, Pereira et al (2015), diz que o profissional da área da saúde tem uma posição privilegiada, pois avalia o paciente com dor em seus cuidados, ao ponto de influenciar no controle, mas algumas vezes na prática clínica, acabam existindo falhas, devido à falta de habilidade deste profissional em tratar com a dor, principalmente quando se referem a uma avaliação, onde se verifica que o profissional está mais atento às modificações do comportamento do paciente, do que propriamente com as alterações fisiológicas.

De acordo com Von Gunten (2005), os pacientes em fase terminal de vida apresentam altas taxas de prevalência de sintomas moderados a grave nas semanas e meses que antecedem a morte. 1,4 milhões dos indivíduos apresentavam dispnéia e 1 milhão desses, apresentavam dor. Estes números são significativos, mostrando o manejo inadequado desses pacientes, fazendo-se necessário novos estudos, definitivos e bem fundamentados, de abordagens existentes, para melhorar as estatísticas mencionadas. Uma alternativa seria o estudo das intervenções do sistema de saúde que são eficazes em cuidados paliativos, para que possam ser amplamente aplicados aos cuidados de todos os pacientes terminais.

Segundo Silva et al (2010), além dos cuidados médicos, faz-se necessário avaliação nutricional do paciente, pois esta interfere na qualidade de vida. Durante seu estudo intervencionista, este autor observou melhora da qualidade

de vida dos pacientes estudados após mudanças nutricionais. Este autor concluiu que a intervenção conjunta médica e nutricional, contribuiu para o controle dos sintomas, promoveu a melhora da ingestão alimentar e auxiliou o paciente oncológico em cuidados paliativos, a viver com melhor qualidade de vida.

O fato, é que todo profissional da área da saúde deve conhecer a fundo a dor, o paciente e fazer o manejo de maneira certa, ajudando o paciente terminal a amenizar sua dor, por meio da administração de medicamentos terapêuticos.

6 CONCLUSÃO

Podemos observar ao longo deste trabalho que a dor acomete todos os pacientes terminais que desenvolveram algum tipo de doença ou lesão. Vimos também que a dor não é um sintoma fácil de ser mensurado e sua intensidade varia de leve a moderada e de moderada a intensa, ocasionando muito sofrimento ao paciente, desconforto, e redução da qualidade de vida. É importante perceber que os pacientes terminais precisam de conforto e alívio da dor em seus últimos momentos de vida.

Sabe-se que existem tratamentos paliativos a este sintoma. No estudo, foi destacado os chamados opiáceos ou opióides, assim como a principal substância utilizada, que é derivada da papoula, chamada de morfina. Entre esses medicamentos existem muitos outros sintéticos ou não-sintéticos, que administrados de forma correta, aliviam a dor desses pacientes. Vale ressaltar que a dosagem desses drogas deve ser individualizada por paciente e pelo grau de intensidade da dor, em um curto espaço de tempo, pois quando utilizados a longo prazo, perdem seu efeito e tornam viciantes aos pacientes. O correto seria tratar no auge da dor, pois infelizmente esses terapêuticos não são a cura, mais sim um alívio. Os profissionais também devem participar nesse processo terapêutico, afinal a dor não é um caso apenas destinado aos pacientes doentes, mas é um problema de saúde pública, como vimos ao longo desse trabalho.

A administração desses fármacos é uma forma de estratégia para viabilizar o conforto do paciente em cuidados paliativos. É importante lembrar que a dor foi definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como “uma experiência sensorial e emocional desagradável que é associada a lesões reais ou potenciais ou descrita em termos de tais lesões” (OLIVEIRA, 2014).

Essa definição mostra que a dor deve ser analisada tanto em seus aspectos físicos quanto emocionais, pois ela é subjetiva e pessoal, não podendo ser mensurada em instrumentos físicos. Portanto, o melhor entendimento da dor é aquele descrito pelo próprio paciente, sendo assim o profissional não pode deixar o paciente sem o manejo do devido tratamento, até que o médico confirme o prognóstico e o prescreva. Vale ressaltar, que o quadro clínico e diagnóstico do paciente são importantes para a administração de terapêuticas precisas, e em quantidades adequadas à realidade de cada paciente terminal. Diante disso, o

estudo fez uma revisão integrativa, onde buscou informações e dados em 11 artigos selecionados por inclusão no qual a busca para a pesquisa eram os seguintes descritores: “dor”, “manejo”, “paciente terminal”, o qual abriu as ideias e aumentou o conhecimento profissional que poderá ser o usado na prática clínica, mas lembrando que esse estudo é apenas o início de possíveis futuros trabalhos científicos que surgirão, pois a medicina está em constante avanço científico e tecnológico, e novas perspectivas de lidar com a dor e os pacientes terminais serão aperfeiçoadas e aplicadas com a instigação do assunto e o estímulo para novas pesquisas.

Por fim, é preciso que, não apenas os profissionais da área da saúde participem, mas também os órgãos governamentais para que juntos encontrem novas formas de realizar o manejo da dor de forma adequada, seja com medidas farmacológicas ou não, mas sempre com a ideia de promover ao paciente o alívio de sua dor e trazer a este o merecido conforto ao final de sua vida, um momento muito difícil para ele e seus familiares.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, T. P. Et al. **Classificação dos processos dolorosos em medicina veterinária: uma revisão de literatura.** Veterinária em Foco, v. 3, n. 2, 2006.
- BOTELHO, L.; CUNHA, C.; MACEDO, M. **O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais.** Gestão e Soc, v. 5, n.11, p. 121-36, 2011. Disponível em: <<http://www.gestoesociedade.org/gestoesociedade/article/viewFile/1220/906>>. Acesso em 17 de junho 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor.** - Rio de Janeiro: INCA, 2001.
- BREUER, B. et al. **How Well Do Medical Oncologists Manage Chronic Cancer Pain? A National Survey.** The Oncologist, 2015.
- BROOME, M. **Integrative literature reviews for the development of concepts.** In: RODGERS, B.; CASTRO, A. **Revisão sistemática e meta-análise.** 2006. Disponível em:<www.metodologia.org/meta1.PDF>. Acesso em 12 out 2016.
- FALLER, J. et al. **Escala multidimensional na avaliação da dor e sintomas de idosos em cuidados paliativos.** Cogitare Enferm, 2016.
- FANTONI, D.; MASTROCINQUE, S. **Fisiopatologia e Controle da Dor.** In: FANTONI, D.; CORTOPASSI, S. Anestesia em Cães e Gatos. São Paulo: Rocca, 2002.
- FINE, P.; PORTENOY, K. **Establishing “Best Practices” for Opioid Rotation: Conclusions of an Expert Panel.** J Pain Symptom Manage, 2009.
- FONTES, K.; JAQUES, A. **A interface da assistência de enfermagem com o controle da dor oncológica.** Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR, Umuarama, v. 17, n. 1, p. 43-48, jan./abr, 2013.
- GALVÃO, C.; SAWADA, N.; MENDES, I. **A busca das melhores evidências.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 37, n. 4, p. 43-50, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/05.pdf>>. Acesso em 20 out 2016.
- GALVÃO, C.; SAWADA, N.; TREVISAN, M. **Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem.** Rev.Lat.Am.Enferm., v. 12, n. 3, p.549-56, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14.pdf>>. Acesso em 20 out 2016.
- GARRARD, J. **Health sciences literature review made easy: the matrix method.** Burlington: Jones & Bartlett Publishers, 2013. Disponível em: <<http://books.google.com.br/>> . Acesso em 20 out 2016.
- HELLEBREKERS, L. J. **Dor em Animais.** São Paulo: Manole, 2002.

INCA, Instituto nacional de câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016. **Incidência de câncer no Brasil**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/index.asp?ID=2>>. Acesso em: 08 nov 2016.

KOYYALAGUNTA, D. et al. **A Systematic Review of Randomized Trials on the Effectiveness of Opioids for Cancer Pain**. Pain Physician: Opioid Special Issue, 2012.

KLAUMANN, P.; WOUK, A.; SILLAS, T. **Patofisiologia da dor**. Archives of Veterinary Science, v. 13, n.1, p.1-12, 2008.

LAMONT, L.; TRANQUILLI, W. **Physiology of Pain**. The Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice. Philadelphia:Saunders, v.30, n.4, p. 703-728, 2000.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto and Contexto Enfermagem, v. 17, n. 4, p. 758, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072008000400018>. Acesso em 22 de setembro 2016.

OLIVEIRA, S. et al. **Infusão subcutânea de analgésicos em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos: uma revisão de literatura**. e-Scientia, Belo Horizonte, Vol. 7, N.º 1, 2014.

PEREIRA, D. et al. **Condutas terapêuticas utilizadas no manejo da dor em oncologia**. Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2015.

PISERA, D. **Fisiologia da dor**. In: Dor Avaliação e Tratamento em Pequenos Animais. OTERO, P. E. São Paulo: Interbook, 2005. p. 30-74.

SCHAIBLE, H. G. **Pathophysiology of pain**. Orthopade. v. 36, n. 1, p. 8-16, 2006.

SILVA, M. **Efetividade de duas modalidades de equipe de cuidado no controle de sintomas em pacientes com câncer avançado**. São Paulo, 2014.

SILVA, P. et al. **Controle dos sintomas e intervenção nutricional. Fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos**. Rev. Dor. São Paulo, 2010.

SOUZA, M.; SILVA, M.; CARVALHO, R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. Einstein, São Paulo, v. 8, p. 102-106, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf>. Acesso em 04 de agosto 2016.

URSI ES. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

VON GUNTEN, C. **Interventions to Manage Symptoms at the End of Life.** Journal Of Palliative Medicine, Volume 8, Supplement 1, 2005.

