

GERENCIAMENTO DA DOR EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA ABRANGENTE DAS ABORDAGENS FARMACOLÓGICAS E NÃO FARMACOLÓGICAS

Professora orientadora: Lílian Silva de França

Alunas: Mariana Cartaxo e Marcela de Andrade Silva
Miranda

PROGRAMA DE
INICIAÇÃO CIENTÍFICA
PIC/CEUB

RELATÓRIOS DE PESQUISA
VOLUME 10 Nº 1- JAN/DEZ
2024



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - CEUB
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**

**MARIANA CARTAXO
MARCELA DE ANDRADE SILVA MIRANDA**

**GERENCIAMENTO DA DOR EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO DE
LITERATURA ABRANGENTE DAS ABORDAGENS FARMACOLÓGICAS E NÃO
FARMACOLÓGICAS**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica apresentado à Assessoria de Pesquisa e Extensão.

Orientação: Lílian Silva de França

**BRASÍLIA
2025**

O sofrimento só é intolerável quando ninguém cuida.

(Cicely Saunders)

RESUMO

A dor crônica em pacientes oncológicos, frequentemente acompanhada por fadiga, distúrbios do sono, ansiedade, depressão, estresse e medo de recorrência, afeta significativamente sua qualidade de vida. Em pessoas com multimorbidade — presença de múltiplas condições crônicas — os prejuízos são ainda maiores, impactando tanto o estado funcional quanto o emocional. A dor oncológica, reconhecida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, possui forte componente psicossocial. Além disso, os efeitos adversos dos tratamentos podem agravar sintomas físicos e emocionais, como distúrbios do sono, fadiga e disfunção cognitiva.

A interferência nas atividades diárias, no sono e no humor é considerável. Reações adversas ao tratamento podem causar limitações físicas, que alimentam problemas psicológicos. Intervenções como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) demonstram eficácia na redução da incapacidade e na melhora do funcionamento físico em pacientes com dor crônica. No entanto, a melhora na capacidade laboral pode ser limitada, levantando preocupações com o presenteísmo.

Distúrbios do sono são frequentes nesses pacientes. Estudos com Redução de Estresse Baseada em Mindfulness (MBSR) não demonstraram melhora consistente na qualidade do sono, especialmente quando a duração da intervenção é curta. Quanto ao estado emocional, ansiedade, depressão e medo de recorrência estão fortemente associados à piora da qualidade de vida. A MBSR pode atenuar esses sintomas, melhorando o estado emocional, mas sua eficácia a longo prazo pode ser reduzida pelo aumento progressivo de efeitos adversos do tratamento. Além disso, níveis elevados de dor e depressão prévios à intervenção diminuem sua efetividade. A TCC, por sua vez, se mostra eficaz no manejo do estresse, reduzindo afastamentos e promovendo o retorno ao trabalho.

O sofrimento emocional do paciente oncológico afeta diretamente seus familiares e cuidadores. O reconhecimento do papel do cuidador, especialmente em contextos de multimorbidade, é essencial para compreender os desfechos clínicos e a sobrecarga familiar, sendo necessário avaliar suas experiências conjuntamente com as dos pacientes.

O manejo adequado da dor e de comorbidades como a depressão é um objetivo central dos cuidados paliativos. A integração entre saúde mental e cuidados paliativos deve ser guiada por estratégias sistematizadas de rastreamento e intervenção. Intervenções baseadas em TCC favorecem o retorno ao trabalho, ao passo que alternativas como a toxina botulínica tipo A (BTX-A) têm mostrado bons resultados no alívio da dor com poucos efeitos adversos. Já os opioides, apesar de eficazes para dor intensa, apresentam riscos significativos de efeitos colaterais e dependência.

Em síntese, a dor crônica em pacientes com doenças avançadas é multifatorial e exige uma abordagem integrada, que considere seus aspectos físicos, emocionais e sociais. O controle efetivo da dor e de seus impactos psicológicos não só melhora o conforto,

como também resgata a dignidade e o sentido de vida dos pacientes e de seus entes queridos.

Palavras-chave: 1; dor crônica 2; multimorbidade 3; cuidados paliativos 4; intervenções psicológicas 5. qualidade de vida

SUMÁRIO

1	Introdução	7
1.1	Contextualização da pesquisa	8
1.2	Objetivos	10
1.2.1	Objetivo geral	10
1.2.2	Objetivos específicos	10
2	Fundamentação teórica	12
2.1	Dor e Cuidados Paliativos: Conceitos, Classificações e Manejo	12
2.2	Aspectos Éticos, Legais e Bioéticos no Cuidado ao Paciente em Fim de Vida	13
3	Método	19
3.1	Tipo de pesquisa e abordagem	19
3.2	Caracterização do local de estudo	19
3.3	Instrumentos de coleta de dados	19
3.4	Procedimentos metodológicos	19
4	Resultados e discussão	21
4.1	Análise dos dados coletados	22
4.2	Discussão dos resultados em relação à literatura	23
5	Considerações finais	41
	REFERÊNCIAS	44
	APÊNDICE A – Roteiro da entrevista semiestruturada	
	ANEXO A – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	

1 Introdução

A crescente carga global de doenças graves impõe uma pressão significativa aos sistemas de saúde em todo o mundo (Bajwah S, 2020). Muitos indivíduos vivenciam anos com doenças crônicas antes de falecer, enfrentando frequentemente angústia física e psicológica, dependência funcional progressiva e fragilidade, além da necessidade de apoio familiar (Bajwah S, 2020). Nesse contexto, a dor se destaca como um dos sintomas mais temidos e prevalentes, especialmente em doenças como o câncer, onde a intensidade e a frequência da dor tendem a aumentar com o avanço da doença (Häuser W, 2023). Estudos indicam que a dor afeta aproximadamente 40% dos pacientes após o tratamento curativo, 55% durante o tratamento e 66% na doença avançada (Häuser W, 2023).

O **manejo eficaz da dor** é uma pedra angular dos cuidados paliativos, cujo objetivo principal é melhorar a qualidade de vida de pacientes com doenças graves e seus familiares (Ritchie, C 2013). Os cuidados paliativos, que evoluíram de uma missão inicialmente focada no câncer terminal para uma abordagem que visa a melhoria da qualidade de vida, prevenção e alívio do sofrimento desde o início de qualquer doença crônica e fatal (Zimmermann, C., 2016), reconhecem a gestão da dor como um pilar fundamental (Bajwah S, 2020).

A dor em pacientes paliativos é um sintoma prevalente e angustiante que afeta significativamente a qualidade de vida e a carga de sintomas (Wang, X 2024). Sua complexidade, que pode apresentar componentes nociceptivos, neuropáticos ou mistos, representa um desafio clínico, sendo causada por diversos fatores, incluindo crescimento tumoral, procedimentos invasivos e toxicidades de tratamentos (Li, S 2024).

O desafio do gerenciamento da dor é amplificado pela crescente prevalência de **multimorbidade**, definida como a coexistência de duas ou mais condições crônicas de longo prazo (Ritchie, C 2013). Este fenômeno é crescente, particularmente em idosos, e está associado a declínios na qualidade de vida e no estado funcional (Ritchie, C 2013). Além disso, comorbidades de saúde mental, como a depressão e a ansiedade, são comuns em cuidados paliativos e impactam diretamente na sobrevida e na qualidade

de vida (Shalev, D 2023). A depressão pode ser subdiagnosticada por clínicos de cuidados paliativos (Shalev, D 2023), em parte devido à dificuldade em distinguir sintomas psicológicos de físicos e à falta de treinamento (Shalev, D 2023).

Abordagens para o Gerenciamento da Dor

Atualmente, o manejo da dor em cuidados paliativos abrange uma diversidade de abordagens **farmacológicas e não farmacológicas**.

Entre as abordagens farmacológicas, destacam-se os opioides, frequentemente utilizados para dor oncológica, e medicamentos como o metilnaltrexona, empregado para disfunção intestinal induzida por opioides (Yang, J., 2021). O campo farmacológico também tem explorado novas terapias, como a Toxina Botulínica Tipo A (BTX-A), que tem mostrado efeitos benéficos no alívio da dor crônica neuropática com poucos eventos adversos (Li S 2024), atuando na inibição da secreção de mediadores da dor (Li S 2024). Medicamentos à base de cannabis, incluindo nabiximols (THC e CBD) e análogos sintéticos de THC, são explorados para dor e outros sintomas em adultos com câncer, embora a evidência de eficácia e segurança ainda precise de mais clareza (Häuser W , 2023).

As abordagens não farmacológicas incluem uma ampla gama de intervenções, tais como:

- **Acupuntura e técnicas relacionadas:** como acupressão e eletroacupuntura (Yang, J., 2021).
- **Aromaterapia:** frequentemente investigada em combinação com massagem em pacientes oncológicos (Khamis, E. A. R., 2023).
- **Fisioterapia:** busca reduzir a fadiga relacionada ao câncer e melhorar o status funcional através de exercícios, relaxamento miofascial e técnicas de PNF (Pyszora, A., 2017).
- **Musicoterapia:** avaliada por seus efeitos no relaxamento, bem-estar e dor aguda (Warth, M., 2015).
- **Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT):** intervenções psicológicas que demonstraram eficácia na

redução de sintomas de transtornos mentais, depressão, estresse e fadiga em pacientes com dor crônica (Sanduvete-Chaves 2024).

- **Redução de Estresse Baseada em Mindfulness (MBSR):** uma terapia psicológica que demonstrou redução significativa de emoções negativas, como estresse percebido, depressão, ansiedade e medo de recorrência em pacientes com câncer de mama (Wang X 2024).
- **Procedimentos paliativos intervencionistas:** como a colocação de stents ou intervenções cirúrgicas para câncer colorretal obstrutivo avançado (Ma, B., 2024), e a radioterapia paliativa para metástases ósseas dolorosas (Chow, R., 2019).

Desafios e Lacunas na Pesquisa

O campo dos cuidados paliativos enfrenta desafios significativos, como as expectativas irrealistas de pacientes e cuidadores (Ghandourh W. A., 2016) e a síndrome de *burnout* em profissionais (Gómez-Urquiza, J. L., 2020). Apesar dos avanços, persistem lacunas na pesquisa e na prática clínica. A condução de pesquisas em contextos de fim de vida apresenta dificuldades (Shepperd, S., 2021), e ainda não há uma definição padronizada para multimorbidade (Ritchie, C 2013), levando à exclusão de pacientes multimórbidos de ensaios clínicos e à carência de evidências para essa população (Ritchie, C 2013). Além disso, a triagem de depressão em cuidados paliativos ainda é incomum (Shalev, D 2023).

Autores e instituições de renome, como a Colaboração Cochrane e a Organização Mundial da Saúde (OMS), têm contribuído substancialmente para a base de evidências, ao lado de trabalhos de grupos como Kavalieratos et al., Gómez-Urquiza et al., Ma et al., Tran et al. e Bajwah et al. (referência na introdução original, embora não associada a uma citação específica no segundo parágrafo da primeira introdução). Autores proeminentes como Christine S. Ritchie e Donna M. Zulman destacam a necessidade de avançar na pesquisa sobre multimorbidade e cuidados paliativos geriátricos (Ritchie, C 2013). No campo das terapias específicas, como a BTX-A, há necessidade de mais estudos com desfechos objetivos (Li S 2024). A heterogeneidade dos estudos, a variabilidade nas medidas de desfecho e a falta de ensaios controlados

randomizados em larga escala para algumas intervenções são limitações que ainda precisam ser superadas (Li S 2024).

Este estudo tem como objetivo realizar uma **revisão de literatura abrangente** sobre as abordagens farmacológicas e não farmacológicas para o gerenciamento da dor em pacientes sob cuidados paliativos, visando fornecer uma síntese atualizada das evidências disponíveis e identificar lacunas no conhecimento existente.

Objetivos

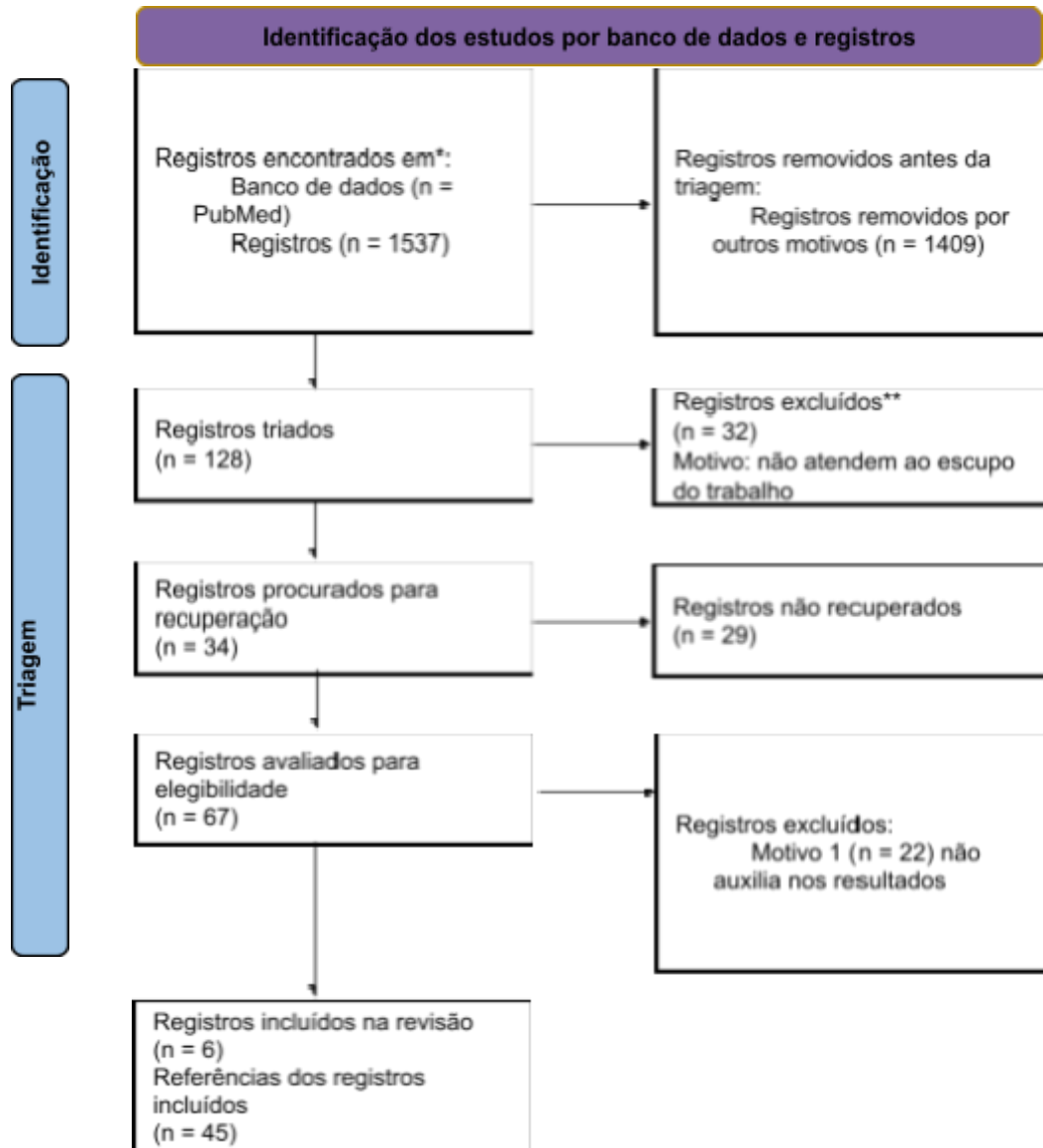
Objetivo Geral:

- Realizar uma revisão de literatura abrangente sobre as abordagens farmacológicas e não farmacológicas para o gerenciamento da dor em pacientes sob cuidados paliativos, visando fornecer uma síntese atualizada das evidências disponíveis e identificar lacunas no conhecimento existente.

Objetivos Específicos:

- Investigar as abordagens não farmacológicas utilizadas no alívio da dor em pacientes sob cuidados paliativos, como terapias complementares, técnicas de relaxamento, acupuntura e musicoterapia, avaliando sua eficácia, segurança e aplicabilidade clínica.
- Analisar as diferentes classes de medicamentos analgésicos utilizados no tratamento da dor em cuidados paliativos, incluindo opioides, adjuvantes e tratamentos específicos para condições subjacentes, destacando suas indicações, posologias e considerações especiais.
- Identificar evidências de eficácia, limitações e lacunas no conhecimento sobre as abordagens farmacológicas e não farmacológicas para o gerenciamento da dor em cuidados paliativos, a fim de orientar futuras pesquisas e práticas clínicas..
- Identificar e sintetizar as evidências disponíveis sobre a eficácia e segurança das intervenções farmacológicas, incluindo opioides, adjuvantes e tratamentos específicos para condições subjacentes, no alívio da dor em cuidados paliativos.

- Definir metas de tratamento para a terapia com opióides a fim de estabelecer, em conjunto com os pacientes, metas claras antes de iniciar a terapia com opióides para dor crônica, abrangendo tanto a redução da dor quanto a melhoria da funcionalidade, garantindo que sejam realistas e alcançáveis.
- RESULTADOS ALCANÇADOS – PRISMA:**



2 Fundamentação teórica

A dor em pacientes sob cuidados paliativos tem um impacto profundo na qualidade de vida, afetando tanto o bem-estar físico quanto emocional. Além de interferir nas atividades diárias, sono e humor, a dor não controlada pode desencadear complicações como ansiedade, depressão e isolamento social. Em pacientes com doenças avançadas, como câncer, a dor crônica é um sintoma debilitante que também afeta seus familiares e cuidadores. Portanto, o manejo adequado da dor é crucial para garantir conforto, dignidade e bem-estar ao paciente. (Sampaio, et.al. 2021)

A dor pode ser classificada de acordo com sua duração (aguda ou crônica) e sua localização no corpo. Além disso, pode ter diversas causas, sendo classificada em três categorias principais: dor nociceptiva, dor neuropática e dor mista. Dor nociceptiva é causada por estímulos nocivos que ativam receptores de dor no corpo, podendo ser somática (afetando tecidos superficiais) ou visceral (afetando órgãos internos), como fraturas e inflamações. Dor neuropática resulta de lesões no sistema nervoso, manifestando-se como sensações anormais como queimação ou formigamento, associadas a condições como neuropatia diabética. Dor mista combina elementos de dor nociceptiva e neuropática, encontrada em condições como câncer. (Ministério da Saúde, et.al. 2001)

Cuidado paliativo é uma estratégia que aprimora a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que coloquem em risco a continuidade da vida, proporcionando o alívio do sofrimento, o controle da dor e de outros sintomas de caráter físico, psicossocial e espiritual (Ribeiro, et.at. 2019). Pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde seu CID-10 é o Z51.5 (SES-DF, et.al. 2018).

A OMS classifica a dor oncológica como uma Emergência Médica Mundial, reconhecendo-a como um dos sintomas mais temidos e impactantes para pacientes com câncer. Em 1986, a OMS publicou um guia de tratamento que propôs a Escada Analgésica, um protocolo para o controle da dor oncológica. A Escada Analgésica da OMS é um modelo de três degraus que orienta a prescrição de analgésicos de acordo com a intensidade da dor, começando com analgésicos não opioides, passando para opioides fracos e, por fim, para opioides fortes, como morfina, metadona, oxicodona e fentanil (Rangel, et.al., 2012).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/1990) estabelece as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a garantia de assistência integral, incluindo os cuidados paliativos, aos pacientes em todas as fases da vida. (SES-DF, et.al. 2018)

Para entendermos sobre cuidados paliativos, é importante levarmos em consideração também os conceitos de eutanásia, distanásia e ortotanásia. A eutanásia é a prática de acelerar intencionalmente a morte de um paciente para aliviar o sofrimento insuportável de uma doença incurável ou condição terminal. Já a distanásia é o prolongamento excessivo da vida de um paciente em estado terminal, provendo ao paciente em condições irreversíveis, incuráveis ou exaustivas, a uma forma insensata e insensata de proceder. (SES-DF, et.al. 2018)

Por outro lado, a ortotanásia permite que a morte ocorra naturalmente, sem a utilização de meios artificiais para prolongar a vida de forma fútil. Nela, o foco está no cuidado paliativo e no alívio do sofrimento do paciente em fase terminal, respeitando sua dignidade e autonomia. A Resolução CFM 1805/2006 aborda a ortotanásia, permitindo ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do paciente em fase terminal, respeitando a vontade da pessoa ou de seu representante legal. (SES-DF, et.al. 2018)

A bioética é definida como o estudo sistemático da conduta humana nas ciências da vida e dos cuidados de saúde, considerando os valores e princípios morais envolvidos. Nesse contexto, a bioética é essencial para orientar as práticas clínicas, especialmente em situações complexas como aquelas vivenciadas em unidades de terapia intensiva. (Rangel, et.al., 2012). No protocolo, a bioética é aplicada em diversas áreas, tais como:

- Princípio da "beneficência": destaca a importância de o médico agir em benefício do paciente e de sua família, evitando o uso indiscriminado e abusivo de tecnologias que possam prolongar a vida sem benefícios significativos. (Rangel, et.al., 2012)
- Princípio da "não maleficência": enfatiza a responsabilidade do médico em não causar danos ao paciente, evitando o sofrimento desnecessário e o prolongamento de procedimentos invasivos que não tragam benefícios claros. (Rangel, et.al., 2012)

A abordagem bioética presente no protocolo visa assegurar que as decisões clínicas sejam tomadas de forma ética, respeitando a autonomia, a dignidade e os valores dos pacientes, bem como promovendo o alívio do sofrimento e o respeito à qualidade de vida.

O Código de Ética Médica de 2010 estabelece princípios relacionados aos cuidados paliativos, como a necessidade de evitar a realização de procedimentos desnecessários em situações clínicas irreversíveis e terminais, além de propiciar todos os cuidados paliativos apropriados aos pacientes sob a atenção do médico. (SES-DF, et.al. 2018)

Os princípios dos cuidados paliativos são fundamentais para orientar a prática clínica e garantir uma abordagem holística e humanizada no cuidado de pacientes com doenças graves, ameaçadoras da vida ou em situações de fim de vida. Entre esses princípios, estão: promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis, afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida, não acelerar nem adiar a morte, integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado do paciente, oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da morte, oferecer suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto (Rangel, et.al., 2012).

O Código Civil (Lei n. 10.406/2002) aborda questões relacionadas aos direitos e deveres das pessoas em situações de saúde, incluindo a possibilidade de expressar diretivas antecipadas de vontade em relação aos cuidados de saúde em casos de doenças terminais (SES-DF, et.al. 2018).

A tomada de decisão para o início do tratamento paliativo envolve uma abordagem multidisciplinar e centrada no paciente, levando em consideração diversos aspectos clínicos, éticos e emocionais. É importante que tenha uma avaliação interdisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais de saúde, para avaliar o paciente de forma holística, considerando não apenas os aspectos físicos, mas também os emocionais, sociais e espirituais (Rangel, et.al., 2012).

Além disso, é fundamental que a equipe médica forneça informações claras e precisas sobre o diagnóstico da doença, o prognóstico esperado e as opções de tratamento disponíveis, bem como o entendimento dos valores, preferências e desejos

do paciente. Deve haver, com base na avaliação interdisciplinar e no conhecimento dos valores do paciente, recomendações sobre a necessidade e os benefícios do início do tratamento paliativo, a tomada de decisão conjunta com o paciente e seus familiares (Rangel, et.al., 2012).

A comunicação eficaz entre a equipe de saúde e o paciente desempenha um papel fundamental no controle da dor em cuidados paliativos. Entre os aspectos a serem destacados, estão: a avaliação precisa da dor, baseada na comunicação aberta e empática permite que o paciente descreva sua dor de forma detalhada, incluindo intensidade, localização, características e fatores desencadeantes; o estabelecimento de metas realistas de tratamento levando em consideração as preferências e expectativas do paciente; a comunicação clara e educativa permite que o paciente compreenda as opções de tratamento disponíveis, os possíveis efeitos colaterais dos medicamentos e as estratégias não farmacológicas para o controle da dor; o monitoramento da eficácia do tratamento da dor, avaliar a resposta do paciente e fazer ajustes conforme necessário; e suporte emocional, construindo uma relação de confiança entre o paciente e a equipe de saúde, proporcionando suporte emocional e promovendo o bem-estar psicossocial do paciente durante o processo de cuidados paliativos. (Sampaio, et.al. 2021)

Profissionais de saúde podem utilizar as informações das revisões sobre opioides para dor causada pelo câncer para aprimorar o manejo da dor em pacientes oncológicos das seguintes maneiras:

1. Monitoramento e Apoio: O monitoramento regular de eventos adversos associados ao uso de opioides, como constipação e náuseas, pode ajudar os profissionais de saúde a antecipar e gerenciar esses efeitos colaterais de forma eficaz

2. Educação do Paciente: Fornecer educação aos pacientes sobre os resultados esperados do tratamento com opioides, os possíveis efeitos colaterais e a importância de relatar quaisquer eventos adversos intoleráveis pode capacitar os pacientes a participar ativamente do seu manejo da dor

3. Abordagem Multidisciplinar: Colaborar com uma equipe multidisciplinar, incluindo especialistas em dor, provedores de cuidados paliativos e farmacêuticos, pode aprimorar o cuidado abrangente e o suporte oferecido a pacientes oncológicos que recebem terapia com opioides (Wiffen PJ, et.,al.,2017)

O tratamento adequado da dor oncológica é fundamental para proporcionar alívio ao paciente, melhorar sua qualidade de vida e promover o bem-estar geral. Ele é multidisciplinar, a fim de não apenas tratar a dor do paciente, mas toda a concepção que ele tem sobre aquela doença. Em vista disso, as principais estratégias para o controle da dor em pacientes oncológicos incluem: avaliação criteriosa da causa da dor e seu impacto na vida do paciente; conhecimento e utilização de um número adequado de drogas analgésicas; atualização constante sobre as opções de tratamento da dor; abordagem multidisciplinar para garantir o alívio da dor; preparo da equipe de saúde para lidar com a dor e sintomas prevalentes em pacientes com câncer avançado; utilização de adjuvantes para potencializar o efeito analgésico; atenção aos detalhes no manejo da dor, considerando as necessidades individuais de cada paciente (Ministério da Saúde, et.al. 2001).

O tratamento não farmacológico da dor é uma abordagem importante nos cuidados paliativos, visando proporcionar conforto, qualidade de vida e bem-estar aos pacientes em situações de doenças graves, terminais ou em fim de vida. É de extrema importância a comunicação empática e o suporte emocional, bem como incentivar os cuidados com a higiene pessoal e conforto no ambiente em que está sendo cuidado (Rangel, et.al., 2012).

Ademais, é importante ressaltar que existem terapias complementares, como terapia cognitivo-comportamental, técnicas de respiração profunda, meditação, visualização e relaxamento muscular, terapia ocupacional, fisioterapia, musicoterapia, aromaterapia, acupuntura, arteterapia e relaxamento, que podem ser utilizadas para promover o relaxamento, alívio do estresse e melhora da qualidade de vida. O suporte espiritual e religioso pode ser oferecido para ajudar os pacientes a encontrar conforto, significado e esperança em sua jornada de doença e fim de vida (Ministério da Saúde, et.al. 2001).

Ainda tratando-se de abordagem não farmacológica, além do cuidado direto ao paciente, é essencial oferecer orientação, suporte e cuidados paliativos também aos familiares, ajudando-os a lidar com o processo de doença e luto.(Rangel, et.al., 2012)

Já pensando em tratamento farmacológico, é uma parte essencial para o controle de sintomas e o alívio do sofrimento dos pacientes em situações de doenças

graves, terminais ou em fim de vida. Ele vai ser usado no controle da dor e na redução de sintomas associados (Rangel, et.al., 2012).

Para o início e gerenciamento da terapia com opioides para dor: terapias não opioides devem ser priorizadas para dor aguda, com opioides considerados apenas se os benefícios superarem os riscos. Os médicos devem discutir os benefícios realistas e os riscos conhecidos com os pacientes antes de prescrever opioides. Além disso, terapias não opioides são preferíveis para dor subaguda e crônica, sendo que, a terapia com opioides deve ser considerada apenas se os benefícios esperados para a dor e a função superarem os riscos. Dessa forma, os médicos devem estabelecer metas de tratamento com os pacientes, discutir os benefícios e riscos realistas da terapia com opioides e planejar a interrupção, se necessário. Ademais, aumentos de dosagem devem ser cuidadosamente considerados para evitar retornos diminuídos em relação aos riscos. Para pacientes que já estão em terapia com opioides, os médicos devem avaliar os benefícios e riscos ao alterar a dosagem. Se os benefícios superarem os riscos, otimize as terapias não opioides enquanto continua a terapia com opioides. Caso contrário, reduza gradualmente os opioides, a menos que haja indicações de um problema com risco de vida, nesse caso, a redução deve ser gerenciada adequadamente. (Dowell D. et.,al.,2022)

O tratamento para a dor oncológica foi estabelecido com base em diretrizes e protocolos desenvolvidos por organizações de saúde, como a Organização Mundial de Saúde (OMS). Em 1986, a OMS publicou um guia de tratamento que propôs a Escada Analgésica, um protocolo para o controle da dor oncológica. A Escada Analgésica da OMS é um modelo de três degraus que orienta a prescrição de analgésicos de acordo com a intensidade da dor, começando com analgésicos não opioides, passando para opioides fracos e, por fim, para opioides fortes, como morfina, metadona, oxicodona e fentanil. (Rangel, et.al., 2012)

A importância da Escada Analgésica está em proporcionar um guia claro e eficaz para o tratamento da dor oncológica, permitindo que os profissionais de saúde ajustem a terapia analgésica de acordo com a necessidade do paciente. Estudos de validação da Escada Analgésica sugerem que mais de 80% dos pacientes com dor oncológica têm sua dor controlada por esse método. No entanto, apesar de sua ampla utilização, a

Escada Analgésica da OMS tem sido criticada por especialistas devido à falta de evidências robustas, especialmente de estudos randomizados (Rangel, et.al., 2012).

Existe ainda a opção de fazer medicações mais avançadas para o alívio da dor, sendo indicação para pacientes que não obtiveram alívio adequado da dor com a terapia analgésica convencional, como analgesia espinhal, vertebroplastias, bloqueio de nervos e plexos e procedimentos neurocirúrgicos, como a cordotomia, solitariotomia combinada e implante de bombas de infusão (Rangel, et.al., 2012).

3 Método

1. Será realizada pesquisa sistemática de artigos relacionados à abordagem no gerenciamento da dor em cuidados paliativos, usando as bases de dados eletrônicas PubMed® e Scielo®, e na Cochrane Library. A pesquisa será realizada de acordo com o Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) Statement (Page et al. 2021) e apresentada no Diagrama de fluxo do PRISMA 2020 para novas revisões sistemáticas (Figura 1).
2. A busca pelos estudos selecionados estão relacionados ao gerenciamento da dor em cuidados paliativos e suas abordagens farmacológicas e não farmacológicas, sendo que focaremos em palavras-chave como: “cuidados paliativos”, “dor oncológica”, “tratamento não farmacológico da dor”, “tratamento farmacológico da dor” e “opioides em cuidados paliativos”. A busca será conduzida sem restrições de idioma e abrangerá estudos publicados até a data atual.
3. Os dados relevantes serão extraídos dos estudos selecionados, incluindo características do estudo, população de pacientes, intervenções terapêuticas utilizadas, desfechos avaliados e principais resultados. Será realizada uma análise qualitativa dos estudos para identificar padrões emergentes, lacunas no conhecimento e discrepâncias entre os achados.
4. Os resultados serão sintetizados e organizados de forma clara e concisa, utilizando tabelas, gráficos e narrativas descritivas. Será dada ênfase às evidências de eficácia, segurança e aplicabilidade clínica das abordagens farmacológicas e não farmacológicas para o gerenciamento da dor em cuidados paliativos.
5. Será realizada uma avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos, utilizando ferramentas adequadas de acordo com o desenho do estudo (por exemplo, Escala de Jadad para ensaios clínicos randomizados e Critical Appraisal Skills Programme (CASP) para estudos qualitativos).
6. Discussão e Interpretação dos Resultados: Os resultados serão discutidos à luz da literatura existente, destacando as principais descobertas, implicações clínicas e lacunas no conhecimento. Serão exploradas possíveis razões para discrepâncias entre os estudos e identificadas áreas para futuras pesquisas.

7. Elaboração do Relatório Final: Os resultados serão compilados em um relatório final estruturado, seguindo as diretrizes recomendadas para relatórios de revisão de literatura. O relatório incluirá uma introdução, métodos, resultados, discussão, conclusões e referências bibliográficas.

4 Resultados e discussão

1. Abordagens Farmacológicas para o Gerenciamento da Dor

O manejo farmacológico da dor em cuidados paliativos envolve o uso de analgésicos específicos e outras medicações para controle de sintomas associados.

1.1. Manejo da Dor por Opioides e Medicamentos Adjuvantes

A utilização de opioides é uma prática comum no controle da dor oncológica e em outras condições de doença avançada. Para abordar efeitos colaterais comuns dos opioides, como a disfunção intestinal induzida por opioides, o metilnaltrexona (Relistor®) surge como uma opção terapêutica. Segundo informações do rótulo do produto e estudos, o metilnaltrexona é um antagonista opioide mu que age periféricamente, sendo indicado para o tratamento da disfunção intestinal induzida por opioides. Sua tolerabilidade, efeitos gastrointestinais e farmacocinética foram investigados após administração intravenosa repetida, conforme demonstrado no estudo de Yuan et al. (2005).

1.2. Medicamentos à Base de Cannabis (CbMs)

A pesquisa sobre medicamentos à base de cannabis (CbMs), incluindo a cannabis medicinal, para o manejo da dor em adultos com câncer tem sido objeto de revisões sistemáticas. Seguindo o estudo da Colaboração Cochrane (2023), foram avaliados os benefícios e malefícios dos CbMs em comparação com placebo ou outros analgésicos estabelecidos para a dor oncológica e outros sintomas.

A Tabela 1 detalha a evidência para CbMs: o nabiximols (THC e CBD) não diferiu do placebo na redução da dor ou problemas de sono, e demonstrou malefício clinicamente relevante na frequência de eventos adversos do sistema nervoso (NNTH 9). A evidência para análogos sintéticos de THC (ex: Nabilone) e Canabidiol (CBD) é baixa ou incipiente, com sedação e tontura sendo eventos adversos comuns para os análogos sintéticos.

Tabela 1: Resumo da Evidência para Medicamentos à Base de Cannabis (CbMs) no Manejo da Dor Oncológica

Tipo de CbM	Principais Resultados de Eficácia na Dor/Sintomas	Principais Resultados de Segurança/Efeitos Adversos	Nível de Evidência/Qualidade dos Estudos (segundo o estudo da Colaboração Cochrane, 2023)
Nabiximols (THC e CBD)	Não diferiu do placebo na redução da dor ou problemas de sono. Não houve benefício clinicamente relevante na impressão de melhora do paciente (NNTB 16). Não alterou doses de opioides de manutenção ou de resgate.	Demonstrou malefício clinicamente relevante na frequência de eventos adversos do sistema nervoso (NNTH 9). Não houve diferença nas taxas de abandono por eventos adversos ou transtornos psiquiátricos.	Moderado a Baixo (para a maioria das comparações, algumas muito baixas devido a limitações de estudo e imprecisão). A qualidade geral dos estudos é considerada pobre pelos padrões atuais.
Análogo Sintético de THC (ex: Nabilone)	Estudos experimentais testaram dose única para dor moderada a severa. Outros exploraram redução de	Sedação e tontura foram eventos adversos comuns.	Baixo (devido a limitações do desenho dos estudos e imprecisão dos resultados).

	sintomas relacionados a câncer e radioterapia.		
Canabidiol (CBD)	Um estudo testou para carga total de sintomas em câncer avançado.	Não há detalhes suficientes nos excertos fornecidos sobre segurança em relação especificamente ao CBD, mas a evidência geral é incipiente.	A evidência de eficácia e segurança ainda precisa de mais clareza. A análise não incluiu estudos apenas com cannabis medicinal.

A síntese da literatura, conforme o estudo da Colaboração Cochrane (2023), indica que, embora os CbMs tenham sido explorados para a dor oncológica, a evidência de sua eficácia é limitada e de qualidade moderada a baixa. A variabilidade da terminologia e definições dos CbMs na literatura é um desafio. As lacunas no conhecimento incluem a necessidade de definir claramente os mecanismos de dor subjacentes ao câncer e de comparar os CbMs com medicações recomendadas pela escada analgésica da OMS. A incompletude da evidência, particularmente pela exclusão de estudos com cannabis medicinal pura, e a baixa qualidade metodológica dos estudos existentes, dificultam conclusões definitivas e a aplicação generalizada dos resultados na prática clínica.

1.3. Toxina Botulínica Tipo A (BTX-A) no Manejo da Dor Pós-Tratamento de Câncer

A BTX-A surge como uma intervenção farmacológica promissora e segura para a dor após o tratamento de câncer, uma condição que afeta aproximadamente 25% dos pacientes nos locais de radiação ou cirurgia. A Tabela 2 apresenta os efeitos observados.

Tabela 2: Efeitos da Toxina Botulínica Tipo A (BTX-A) na Dor Pós-Tratamento de Câncer e Qualidade de Vida

Desfecho	Efeito Observado	Eventos Adversos	Certeza da Evidência (GRADE)
-----------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------------------

<p>Intensidade da Dor</p>	<p>- Uma meta-análise de dois RCTs (170 pacientes) mostrou uma redução clinicamente significativa da dor autorrelatada pós-tratamento em comparação com placebo [Média da Diferença (MD) = -1.79, 95% Intervalo de Confiança (IC): -2.14 a -1.43, $p < 0.00001$, $I^2 = 0\%$].- Em sobreviventes de câncer de mama, injeção de BTX-A no músculo peitoral maior resultou em uma mudança substancialmente distinta na intensidade da dor do membro superior ($P = 0.040$), embora não clinicamente relevante (MD de 16 pontos na Escala Visual Analógica 0-100).- Para dor na região peitoral, houve diminuição maior no grupo de intervenção, mas não estatisticamente significativa (MD 13/100; 95% CI: -4-31).- Em pacientes com câncer retal baixo, a injeção na musculatura do assoalho pélvico reduziu significativamente o índice de</p>	<p>- Poucos/nenhuns eventos adversos foram relatados. - Não ocorreram eventos adversos graves após as infiltrações em um estudo. - Outro estudo não encontrou reações adversas no grupo de observação.</p>	<p>Moderada</p>
---------------------------	---	--	-----------------

	<p>dor 3 dias após a operação (P=0.031).- Em um ensaio clínico, o grupo de baixa dose de BTX-A mostrou redução considerável na autoavaliação da dor VAS (P< 0.05), de 4.3 ± 1.0 para 3.0 ± 1.9.</p>		
<p>Qualidade de Vida</p>	<p>- Avaliada em apenas um dos estudos da meta-análise, impossibilitando síntese.- Um estudo (Groef et al.) indicou um resultado limítrofe significativo para funcionamento mental a favor do grupo controle em 6 meses (P=0.049; 95% CI: 0.04–14.68), mas questionável devido a pontuações basais mais altas no grupo de intervenção (70.7 ± 17.3 vs. 64.3 ± 18.7).- Outro estudo (Wittekindt et al.) mostrou tendência, mas não melhora significativa, na "qualidade de vida global" (P=0.15), e na escala funcional "dor" (P=0.10).</p>	<p>- Conclusão geral dos estudos aponta para poucos eventos adversos.</p>	<p>Não disponível</p>

<p>Mobilidade/ Função</p>	<p>- Em sobreviventes de câncer de mama, a BTX-A não demonstrou diferenças significativas na mobilidade do ombro, força do membro superior, postura ou função do ombro quando comparada ao protocolo padrão de fisioterapia. - Para pacientes com câncer retal baixo, a injeção da toxina no músculo do assoalho pélvico reduziu a força muscular do assoalho pélvico.</p>	<p>- Conclusão geral dos estudos aponta para poucos eventos adversos.</p>	<p>Não disponível</p>
-------------------------------	--	---	-----------------------

A aplicação da BTX-A surge como uma abordagem promissora e segura para o alívio da dor pós-tratamento de câncer, conforme evidenciado pela redução significativa da intensidade da dor. Seguindo o raciocínio, o estudo de Li et al. (2024) destaca que a BTX-A pode atuar tanto em espasmos musculares pós-operatórios quanto na alteração de cascatas de dor, melhorando a dor nociceptiva e neuropática. No entanto, a certeza da evidência é moderada devido ao número restrito de Ensaios Clínicos Randomizados (RCTs) e à predominância de desfechos subjetivos.

1.4. Radioterapia Paliativa para Metástases Ósseas

Para o controle da dor em metástases ósseas, a literatura demonstra uma conclusão robusta. Segundo o estudo de Chow et al. (2019), uma meta-análise cumulativa revelou que a radioterapia de fração única (SFRT) é igualmente eficaz à radioterapia de múltiplas frações (MFRT) para a maioria dos desfechos, incluindo as taxas de resposta geral e completa na redução da dor, bem como as taxas de fratura patológica e compressão da medula espinhal. A MFRT mostrou-se superior apenas em termos de taxas de retratamento. O estudo de Chow et al. (2019) sugere que, dada a consistência

das evidências, recursos futuros deveriam ser alocados para testar outras hipóteses, como o manejo de metástases ósseas complicadas.

2. Abordagens Não Farmacológicas para o Gerenciamento da Dor

As intervenções não farmacológicas desempenham um papel complementar e, por vezes, primário no manejo da dor em cuidados paliativos, abordando aspectos físicos e psicossociais do sofrimento.

2.1. Acupuntura e Técnicas Relacionadas

A investigação da acupuntura e técnicas como acupressão e eletroacupuntura para o cuidado paliativo oncológico, conforme uma revisão sistemática de revisões sistemáticas de Ernst et al. (2010), apresenta resultados variados. A maioria das revisões analisadas baseou-se em poucos estudos primários, frequentemente de baixa qualidade, e as conclusões gerais foram predominantemente negativas ou inconclusivas para a maioria das indicações. A única indicação suportada por boas evidências foi a náusea e vômito induzidos por quimioterapia, para os quais a acupuntura pode ser considerada um tratamento. A aromaterapia também foi investigada em pacientes oncológicos, frequentemente em combinação com massagem, mas não há detalhes suficientes nos excertos fornecidos sobre sua eficácia específica na dor.

2.2. Fisioterapia

A fisioterapia emerge como uma abordagem promissora na redução da fadiga relacionada ao câncer (CRF) em pacientes com câncer avançado. Um ensaio clínico randomizado realizado por Bajwah et al. (2015) destaca que um programa de fisioterapia, incluindo exercícios ativos e técnicas de Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva (PNF), pode ser benéfico. O estudo de Bajwah et al. (2015) demonstrou que a fisioterapia permite aos pacientes aumentar a atividade física, reduzir a fadiga e melhorar seu estado funcional, impactando positivamente a qualidade de vida. Os resultados apoiam a inclusão da fisioterapia como parte do tratamento não farmacológico para a CRF, mas ressaltam a necessidade de mais pesquisas detalhadas com grandes grupos de pacientes.

2.3. Musicoterapia

O estudo de Warth et al. (2015) investigou os efeitos da musicoterapia em pacientes hospitalizados em cuidados paliativos. Os resultados primários indicaram que a musicoterapia baseada em música ao vivo melhorou a autoavaliação de relaxamento e bem-estar, com tamanhos de efeito de médios a altos. Observou-se também uma modulação parassimpática aumentada (aumento das variações de alta frequência (HF) da frequência cardíaca). No entanto, o estudo não encontrou um efeito estatisticamente significativo na dor aguda, atribuído ao fato de muitos participantes já estarem bem tratados para a dor no início do estudo. Este foi o primeiro ensaio clínico randomizado a examinar dados objetivos para a musicoterapia receptiva em termos de bem-estar e relaxamento em cuidados paliativos.

2.4. Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

A TCC, um modelo de intervenção orientado para o problema, demonstrou eficácia no manejo de sintomas psicológicos e na melhoria da função física. Segundo o estudo de Xu et al. (2023), a TCC foi eficaz na redução da duração da licença médica (redução média de -3.649 dias, $p < 0.001$) e na facilitação do retorno ao trabalho (1.5 dias mais cedo, $p < 0.05$). Os mecanismos de ação da TCC, como a melhoria da saúde mental, contribuem diretamente para a redução da carga de sintomas e a melhoria da qualidade de vida em pacientes paliativos com dor crônica.

A Tabela 3 detalha a eficácia da TCC em diversos desfechos:

Tabela 3: Efeitos da TCC em Desfechos Psicológicos e Físicos

Desfecho	Média da Diferença (MD) e IC 95%	Significância
Fadiga	MD = -4.271 (95% CI: -7.795, -0.747)	Significativamente mais eficaz ($p < 0.05$)
Doença Mental	MD = -0.810 (95% CI: -1.561, -0.060)	Significativamente mais eficaz ($p < 0.05$)

Função Física	MD = 3.076 (95% CI: 0.218, 5.934)	Significativamente mais eficaz ($p < 0.05$)
Depressão	MD = -0.965 (95% CI: -1.745, -0.186)	Significativamente mais eficaz ($p < 0.05$)
Estresse	MD = -0.722 (95% CI: -1.484, 0.041)	Efeito pequeno, mas estatisticamente significativo em termos de tamanho do efeito ($p < 0.05$)
Ansiedade	MD = -0.380 (95% CI: -0.816, 0.057)	Não houve diferença significativa ($p > 0.05$)
Capacidade de Trabalho	MD = 0.164 (95% CI: -0.221, 0.549)	Não houve diferença significativa ($p > 0.05$)

A eficácia da TCC é potencializada por características da intervenção, conforme detalhado na Tabela 4, como sessões mais longas, tratamentos mais duradouros, inclusão de tarefas de casa e serviços de reabilitação. A modalidade presencial foi mais eficaz para a redução da licença médica (MD = -8.673, $p < 0.05$), enquanto a remota mostrou-se mais eficaz para a depressão (MD = -0.892, $p < 0.001$).

Tabela 4: Fatores Moderadores da Eficácia da TCC na Redução da Licença Médica e Depressão

Fator Moderador	Efeito na Redução da Licença Médica (Dias)	Efeito no Manejo da Depressão
Método de Entrega da TCC	Face a face: MD = -8.673 ($p < 0.05$) - mais eficaz. Remoto: MD = -13.489 ($p > 0.05$).	Remoto: MD = -0.892 ($p < 0.001$) - mais eficaz. Face a face: MD = -0.103 ($p < 0.05$).

Nível de Escolaridade	> 12 anos: ES = -0.923 (p < 0.001) - mais eficaz.	> 12 anos: MD = -0.349 (p < 0.05) - mais eficaz.
Utilização de Reabilitação	Sim: MD = -10.095 (p < 0.001) - mais eficaz.	Sim: MD = -0.132 (p < 0.05) - mais eficaz.
Gerenciamento de Estresse	Sim: MD = -3.498 (p < 0.001) - mais eficaz.	Sim: MD = -0.222 (p < 0.05) - mais eficaz.
Tarefas de Casa (Homework)	Sim: MD = -2.615 (p < 0.001) - mais eficaz.	Sim: MD = -0.382 (p < 0.01) - mais eficaz.
Duração da Sessão	≥ 90 min: MD = -9.951 (p < 0.05) - mais eficaz.	≥ 90 min: MD = -0.153 (p < 0.05) - mais eficaz.
Duração do Tratamento	≥ 16 semanas: MD = -2.747 (p < 0.001) - mais eficaz.	≥ 16 semanas: MD = -0.210 (p < 0.05) - mais eficaz.
Formato do Tratamento	Sessão em Grupo: ES = -9.476 (p < 0.001) - mais eficaz.	Sessão em Grupo: MD = -0.197 (p < 0.05) - mais eficaz.
Tipo de Intervenção	TCC Combinada: MD = -14.785 (p < 0.001) - mais eficaz.	TCC Combinada: ES = -0.164 (p < 0.01) - mais eficaz.
Educação Psicológica	Sim: MD = -0.364 (p > 0.05) - sem diferença significativa, mas com efeito positivo.	Sim: MD = -0.209 (p < 0.05) - mais eficaz.
Habilidades Interpessoais	Não avaliado.	Sim: MD = -0.110 (p < 0.05) - mais eficaz.

A TCC é altamente eficaz no manejo de sintomas psicológicos e na melhoria da função física, que são comorbidades cruciais em pacientes paliativos (Xu et al., 2023). A

efetividade é influenciada pela alta heterogeneidade dos estudos, destacando a importância da padronização de protocolos.

2.5. Intervenções Psicológicas e Fusão Cognitiva (com foco em ACT)

A dor crônica está intrinsecamente ligada à forma como os indivíduos interpretam e reagem aos seus pensamentos. A fusão cognitiva — onde os pensamentos dominam o comportamento — tem sido consistentemente associada a desfechos negativos em pacientes com dor crônica, incluindo incapacidade, catastrofização, ansiedade, depressão e intensidade da dor.

O Quadro 1 detalha o impacto das intervenções psicológicas (como ACT e TCC) na fusão cognitiva:

Quadro 1: Impacto das Intervenções Psicológicas na Fusão Cognitiva e Flexibilidade Psicológica

Conceito-Chave	Resultados e Implicações
Definição de Flexibilidade Psicológica	Ação em que a pessoa pensa, sente e age como um todo, consciente ou não, conforme seus valores e se adaptando ao contexto situacional, não se prendendo a um pensamento ou sentimento específico. Características: Aberto (aceitação e desfusão cognitiva), centrado (presente e autoconhecimento como contexto) e engajado (valores e ações).
Resultados (Meta-análise ACT e TCC para Dor Crônica)	As intervenções psicológicas (ACT, TCC, CFT, hipnoterapia baseada em mindfulness) reduziram significativamente a fusão cognitiva em pacientes com dor crônica. O efeito foi pequeno/médio no pós-teste ($g = -0.39, p < 0.001$) e médio no acompanhamento de longo prazo ($g = -0.55, p < 0.001$). Para RCTs, os efeitos foram médios no pós-teste ($g = -0.61$) e altos no acompanhamento de curto prazo ($g = -0.79$). A efetividade tendeu a aumentar no longo prazo.

Implicações	A capacidade de observar os pensamentos sem que eles controlem o comportamento (desfusão cognitiva) é um mecanismo chave. A intervenção mais eficaz foi a presencial, com maior número de sessões e maior duração.
Limitações	Escassez de estudos primários e amostras reduzidas para acompanhamentos, além de poucos RCTs com grupo controle.

Segundo o estudo de Sanduvete-Chaves et al. (2024), essas intervenções demonstram uma eficácia significativa na redução da fusão cognitiva em pacientes com dor crônica. A relevância para os cuidados paliativos é profunda: ao promover a desfusão cognitiva, os pacientes podem desenvolver uma maior flexibilidade psicológica, permitindo-lhes lidar com a dor de forma mais adaptativa. Essa abordagem não farmacológica fortalece o manejo da dor ao tratar o aspecto psicocognitivo do sofrimento.

2.6. Redução de Estresse Baseada em Mindfulness (MBSR)

A MBSR é uma terapia psicologicamente focada que utiliza a meditação para afetar positivamente o manejo do estresse. A Tabela 5 detalha os efeitos da MBSR em pacientes com câncer de mama, comparando-a com o cuidado padrão.

Tabela 5: Efeitos da MBSR na Qualidade de Vida e Sintomas de Pacientes com Câncer de Mama

Sintoma/Desfecho	Efeito (vs. Cuidado Padrão)
Estresse Percebido	Redução significativa (MD = -1.46, 95%CI = -2.53 a -0.38, p = 0.03).
Depressão	Redução significativa (MD = -1.84, 95%CI = -3.99 a -0.30, p = 0.0004).
Ansiedade	Redução significativa (MD = -2.81, 95%CI = -5.31 a -0.32, p = 0.002).

Medo de Recorrência	Redução significativa (MD = -1.27, 95%CI = -3.44 a 0.90, p = 0.0004).
Capacidade de Enfrentamento	Certas vantagens (MD = 1.26, 95%CI = -3.23 a 5.76, p = 0.03).
Estado Emocional	Melhora significativa (MD = -7.73, 95%CI = -27.34 a 11.88, p = 0.0007).
Qualidade de Vida (QOL)	Não houve diferença significativa em curto e longo prazo (MD = 1.81, 95%CI = -0.46 a 4.08, p = 0.22).
Qualidade do Sono	Não houve diferença significativa (MD = -0.43, 95%CI = -0.67 a -0.19, p = 0.69).
Fadiga	Não houve diferença significativa (MD = -1.01, 95%CI = -2.79 a 0.76, p = 0.87).
Dor	Não houve diferença significativa (MD = 0.32, 95%CI = -0.93 a 1.58, p = 0.21).
Crescimento Pós-Traumático (CPT)	Não houve diferença significativa, mas com uma tendência de melhora.

A MBSR é eficaz em aliviar emoções negativas como estresse, ansiedade, depressão e medo de recorrência (Wang et al., 2024), e melhora a capacidade de enfrentamento e os estados emocionais. No entanto, a revisão não encontrou uma diferença significativa na redução da dor, fadiga ou na melhora da qualidade de vida e qualidade do sono em comparação com o cuidado padrão. Isso sugere que a MBSR é uma ferramenta valiosa para o bem-estar psicológico, mas pode não ter um impacto direto na intensidade da dor física.

2.7. Procedimentos Paliativos Intervencionistas

Em casos de obstrução maligna, procedimentos intervencionistas podem aliviar sintomas e melhorar a qualidade de vida.

2.7.1. Obstrução Colorretal Maligna Avançada (AOCC)

Uma revisão sistemática e meta-análise de Ma et al. (2024) comparou a eficácia prognóstica de stents metálicos autoexpansíveis (SEMSs) e cirurgia para obstrução colorretal maligna avançada (AOCC). A Tabela 6 detalha o comparativo entre SEMS e Cirurgia.

Tabela 6: Comparativo entre Stents Metálicos Autoexpansíveis (SEMS) e Cirurgia no Manejo Paliativo da AOCC

Característica Avaliada	SEMS	Cirurgia (PTR – Ressecção de Tumor Primário; S/B – Estoma/Bypass)	Observações Chave (segundo o estudo de Ma et al., 2024)
Sucesso Clínico	Taxa de sucesso clínico de 94.8%. OR de 0.32 (IC 95% 0.15, 0.65) em relação à cirurgia.	PTR classificou-se em primeiro lugar na taxa de sucesso clínico.	Cirurgia (PTR) pode ter maior sucesso, mas a SEMS ainda é muito eficaz.
Complicações Precoces (<30 dias)	Menor incidência (11.3% vs. 28.1% para cirurgia; OR 0.34, IC 95% 0.19, 0.59).	Maior incidência.	SEMS é mais segura no curto prazo.
Complicações Tardias (>30 dias)	Maior incidência (OR 2.30, IC 95% 1.22, 4.36).	Menor incidência (PTR teve a menor taxa).	Cirurgia (PTR) é mais vantajosa no longo prazo.

Mortalidade em 30 Dias	Taxa mais baixa (OR 0.65, IC 95% 0.42, 1.01).	S/B exibiu a taxa de mortalidade em 30 dias mais baixa.	SEMS e S/B tendem a ser mais seguras na mortalidade precoce.
Formação de Estoma	Menor incidência (OR 0.11, IC 95% 0.05, 0.22).	Maior incidência.	SEMS evita a necessidade de estoma com mais frequência.
Tempo de Internação Hospitalar	Menor (Diferença Média Padronizada -2.08, IC 95% -3.56, 0.59).	Maior.	SEMS proporciona alta mais rápida.
Sobrevida Geral	HR de 1.24 (IC 95% 1.08, 1.42) para sobrevida geral.	Maior taxa.	Cirurgia geralmente associada a maior sobrevida geral.

A meta-análise de Ma et al. (2024) conclui que os SEMSs apresentam menor incidência de complicações precoces, menor taxa de formação de estoma e menor tempo de internação hospitalar. Em contraste, a cirurgia (especialmente PTR) demonstrou maiores taxas de sucesso clínico e sobrevida geral, e menor incidência de complicações tardias. A heterogeneidade entre os estudos e a falta de ensaios randomizados e controlados de alta qualidade ainda são limitações que demandam futuras pesquisas.

2.7.2. Obstrução Gástrica Maligna (GOO)

Para o manejo paliativo da obstrução gástrica maligna (GOO), que frequentemente causa náuseas, vômitos e dor, o estudo de Ma et al. (2024) comparou gastrojejunostomia, gastrojejunostomia com particionamento gástrico (PGJ), colocação

de stent endoscópico e gastroenterostomia guiada por ultrassom endoscópico (EUS-GE). A sobrevida mediana de pacientes com GOO é geralmente desfavorável, variando de 2 a 10 meses.

Gráfico 1: Eficácia e Segurança dos Tratamentos Paliativos para Obstrução Gástrica Maligna (GOO) (Descrição do Gráfico, pois a ferramenta não gera imagem): Este gráfico hipotético apresenta barras ou pontos comparativos para as quatro abordagens em relação a critérios de eficácia (taxa de reintervenção e sucesso clínico) e segurança (taxa de complicação e tempo de internação).

Resultados do Estudo (em texto descritivo para o Gráfico 1):

- Taxa de Reintervenção (Eficácia Primária): PGJ (RR 0.14) e EUS-GE (RR 0.27) apresentaram risco significativamente menor de reintervenção em comparação com o stent endoscópico (RR 1.00) e a gastrojejunostomia (RR 0.51). PGJ e EUS-GE foram as abordagens mais vantajosas.
- Taxa de Sucesso Clínico: PGJ teve uma probabilidade maior de sucesso clínico (RR 1.22) comparado ao stent endoscópico.
- Taxa de Complicação (Segurança): EUS-GE (RR 0.94) foi a abordagem mais segura. O stent endoscópico (RR 1.45) e a gastrojejunostomia (RR 1.45) mostraram maior risco de complicação.
- Tempo de Internação Hospitalar (LOS): O stent endoscópico teve a maior probabilidade de prevenir um longo LOS.

A meta-análise em rede, segundo o estudo de Ma et al. (2024), sugeriu que PGJ e EUS-GE são as abordagens mais vantajosas em termos de eficácia e segurança combinadas. A falta de ensaios clínicos randomizados comparando diretamente todas as quatro estratégias, especialmente EUS-GE com PGJ, e a heterogeneidade dos estudos, ainda são desafios significativos.

3. O Contexto da Depressão e Multimorbidade nos Cuidados Paliativos

A multimorbidade, definida como a coexistência de duas ou mais condições crônicas de longo prazo, é um fenômeno crescente associado a impactos adversos na qualidade de

vida e no estado funcional. A depressão é uma das comorbidades psiquiátricas mais comuns em cuidados paliativos, com impactos amplos na sobrevida, carga de sintomas e qualidade de vida.

Quadro 2: Relevância e Desafios do Rastreamento de Depressão em Cuidados Paliativos

Aspecto	Observação da Revisão
Importância do Rastreamento Operacionalizado	O rastreamento sistemático é crucial para melhorar a detecção e o tratamento da depressão, uma condição tratável de dor psicológica que contribui para o sofrimento do paciente. Uma iniciativa de melhoria da qualidade focada no rastreamento operacionalizado da depressão, utilizando a ferramenta PHQ-2, demonstrou um aumento significativo nas taxas de rastreamento de 2% para 38%, e os clínicos consideraram a ferramenta útil e viável.

O rastreamento operacionalizado da depressão é uma etapa fundamental para identificar e tratar um componente significativo do sofrimento em pacientes paliativos. A depressão, como sintoma da multimorbidade, afeta tanto a qualidade de vida quanto a qualidade geral do cuidado.

4. Impacto e Eficácia dos Cuidados Paliativos no Ambiente

A revisão também abordou o impacto mais amplo dos cuidados paliativos e as dificuldades na pesquisa e implementação.

4.1. Cuidados Paliativos Domiciliares

Uma revisão Cochrane de Gomes et al. (2022) sobre a efetividade e custo-efetividade dos serviços de cuidados paliativos domiciliares para adultos com doenças avançadas e seus cuidadores forneceu evidências claras. Segundo este estudo, os serviços de cuidados paliativos domiciliares mais do que duplicam as chances de pacientes, especialmente aqueles com câncer, morrerem em casa, o que é um desejo de muitos.

Além disso, há evidências de efeitos positivos, embora pequenos, na carga de sintomas experimentada pelos pacientes. O estudo de Gomes et al. (2022) não encontrou impacto na intensidade do luto dos cuidadores, e a evidência sobre o controle da dor nos cuidados paliativos domiciliares foi considerada inconclusiva ou conflitante.

4.2. Cuidados Paliativos Hospitalares Especializados (HSPC)

A eficácia dos cuidados paliativos hospitalares especializados (HSPC) foi avaliada em uma revisão Cochrane de Sleeman et al. (2020), que incluiu uma população ampla. A evidência para o HSPC, embora sugerindo benefícios, foi consistentemente classificada como de qualidade muito baixa a baixa. Os resultados indicam que o HSPC pode melhorar a qualidade de vida relacionada à saúde (HRQoL) do paciente, a carga de sintomas, a depressão do paciente e a satisfação com o cuidado. Pode também aumentar as chances de os pacientes atingirem seu local de óbito preferido (morte em casa). Entretanto, o estudo de Sleeman et al. (2020) não encontrou evidências de aumento da sobrevida com o HSPC. Em relação à utilização de recursos e custo-efetividade, a evidência é inconsistente ou inconclusiva.

5. Considerações Finais, Lacunas e Implicações para Pesquisas Futuras

Esta revisão de literatura abrangente permitiu contemplar os objetivos propostos ao sintetizar as evidências atuais sobre as abordagens farmacológicas e não farmacológicas para o gerenciamento da dor em pacientes sob cuidados paliativos. Observou-se que a dor continua sendo um sintoma prevalente e temido, e o gerenciamento eficaz é um pilar central dos cuidados paliativos.

O gerenciamento da dor em cuidados paliativos exige uma abordagem multifacetada, integrando estratégias farmacológicas e não farmacológicas. Embora os opioides continuem sendo a base do tratamento da dor, as evidências para terapias emergentes, como os canabinoides e a BTX-A, ainda são limitadas e demandam pesquisas mais robustas. No campo não farmacológico, a acupuntura demonstrou eficácia sólida para náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia, enquanto a fisioterapia é eficaz na redução da fadiga relacionada ao câncer. A TCC e a ACT são altamente eficazes no manejo dos componentes psicológicos da dor, como depressão, ansiedade e fusão cognitiva, e a musicoterapia se mostra promissora para relaxamento e bem-estar.

A pesquisa demonstrou que os cuidados paliativos em geral melhoram a qualidade de vida e a carga de sintomas, aumentam as chances de morte no domicílio, e têm um potencial de custo-eficácia, embora com evidências mistas ou inconclusivas em alguns aspectos. Procedimentos paliativos específicos para obstruções (colorretais e gástricas) oferecem opções com perfis de segurança e eficácia variáveis.

No entanto, a revisão destacou lacunas significativas no conhecimento existente. A falta de padronização nas medidas de desfecho, a sub-representação de estudos em países de baixa e média renda, a necessidade de identificar os componentes mais eficazes das intervenções paliativas e a escassez de pesquisas em doenças não malignas são desafios persistentes. Além disso, a qualidade metodológica variável e o poder estatístico limitado de muitos estudos dificultam a generalização dos achados.

O tema da pesquisa é conhecido por sua complexidade e pela necessidade de abordagens multifacetadas, mas persistem desafios significativos, como as expectativas irrealistas de pacientes e cuidadores, a síndrome de burnout em profissionais (Gómez-Urquiza, J. L., 2020), e as dificuldades inerentes à pesquisa em contextos de fim de vida (Shepperd, S., 2021). Autores e instituições proeminentes, como a Colaboração Cochrane, têm contribuído substancialmente para esta área.

Assim, os dados presentes indicam que, embora avanços significativos tenham sido feitos no gerenciamento da dor em cuidados paliativos, há um vasto campo para investigações futuras, as quais devem focar na realização de ensaios clínicos randomizados de alta qualidade, na padronização metodológica, na exploração de novas intervenções e na inclusão de populações e contextos geográficos mais diversos, a fim de solidificar a base de evidências e otimizar a prática clínica.

5 Considerações finais (ou Conclusões)

O presente estudo teve como objetivo realizar uma revisão de literatura abrangente sobre as abordagens farmacológicas e não farmacológicas para o gerenciamento da dor em pacientes sob cuidados paliativos, visando fornecer uma síntese atualizada das evidências disponíveis e identificar lacunas no conhecimento existente. A pesquisa foi conduzida por meio de uma análise detalhada da literatura científica atualizada, conforme apresentado na seção de Resultados, explorando intervenções que vão desde terapias medicamentosas tradicionais até abordagens psicossociais e procedimentos intervencionistas.

A revisão sistemática confirmou que o gerenciamento eficaz da dor em cuidados paliativos exige uma abordagem multifacetada e centrada no paciente. A dor, um sintoma prevalente e complexo em pacientes com doenças crônicas avançadas, é frequentemente exacerbada por comorbidades físicas e psicológicas, como a multimorbidade e a depressão.

Principais Conclusões

Os resultados desta revisão permitem as seguintes conclusões:

- **Farmacologia e Evidências Emergentes:** Embora os opioides continuem sendo a base do manejo da dor oncológica, a evidência para terapias emergentes, como a Toxina Botulínica Tipo A (BTX-A), mostrou-se promissora e segura para a dor pós-tratamento de câncer (Li S 2024). Em contraste, a eficácia e segurança dos Medicamentos à Base de Cannabis (CbMs) permanecem limitadas e de baixa qualidade (Colaboração Cochrane, 2023), necessitando de pesquisas mais robustas para sua aplicação generalizada.
- **A Força das Intervenções Não Farmacológicas:** Abordagens não farmacológicas desempenham um papel crucial no alívio do sofrimento total. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) são altamente eficazes no manejo dos componentes psicológicos da dor, como depressão, ansiedade e fusão cognitiva (Sanduvete-Chaves 2024; Xu et al., 2023). A Fisioterapia mostrou-se benéfica na redução da fadiga (Bajwah et al., 2015), enquanto a Musicoterapia demonstrou melhorias significativas no

relaxamento e bem-estar (Warth et al., 2015). A Redução de Estresse Baseada em Mindfulness (MBSR) é eficaz na redução de emoções negativas, mas não demonstrou efeito direto significativo na intensidade da dor física nos estudos revisados (Wang X 2024).

- Procedimentos Intervencionistas Paliativos: Para obstruções malignas, os procedimentos paliativos intervencionistas, como o uso de stents e a radioterapia de fração única (SFRT) para metástases ósseas (Chow et al., 2019), oferecem alívio de sintomas eficaz, embora com perfis de risco e benefícios variáveis em comparação com a cirurgia (Ma et al., 2024).

Lacunas e Perspectivas Futuras

Apesar dos avanços na literatura, a revisão identificou desafios e lacunas significativas, muitas das quais decorrem da heterogeneidade dos estudos, da falta de padronização nas medidas de desfecho e da escassez de Ensaios Clínicos Randomizados (RCTs) de alta qualidade em diversas áreas.

Nesse sentido, pesquisas futuras devem focar em:

1. Padronização e Qualidade Metodológica: É essencial desenvolver medidas de desfecho padronizadas e conduzir mais RCTs com poder estatístico adequado, particularmente para intervenções como CbMs e a BTX-A, a fim de fortalecer a base de evidências.
2. Multimorbidade e Contextos Diversos: A pesquisa deve incluir pacientes multimórbidos e explorar a aplicabilidade das intervenções em diferentes contextos geográficos e socioeconômicos (incluindo países de baixa e média renda), bem como em doenças não malignas.
3. Integração e Custo-Efetividade: Investigar a eficácia sinérgica de abordagens combinadas (farmacológicas e não farmacológicas) e analisar a custo-efetividade dessas intervenções para otimizar a alocação de recursos nos sistemas de saúde.
4. Saúde do Profissional: É fundamental continuar desenvolvendo intervenções para mitigar a síndrome de burnout em profissionais de cuidados paliativos

(Gómez-Urquiza, J. L., 2020), assegurando a qualidade e a sustentabilidade do cuidado.

Em suma, esta revisão forneceu um panorama abrangente sobre o gerenciamento da dor em cuidados paliativos, destacando a evolução e os avanços na área, mas também ressaltando a necessidade de pesquisa continuada para preencher as lacunas existentes e aprimorar a qualidade de vida de pacientes e suas famílias.

REFERÊNCIAS

1. **BAJWAH, S. et al.** The effectiveness and cost-effectiveness of hospital-based specialist palliative care for adults with advanced illness and their caregivers. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 9, n. 9, p. CD012780, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012780.pub2>. Acesso em: 14 jul. 2025.
2. **BRASIL.** Lei n.º 11.102, de 9 de fevereiro de 2008. Dispõe sobre os cuidados paliativos para os pacientes em fase terminal de doença grave e institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 10 fev. 2008.
3. **BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer.** *Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor*. Rio de Janeiro: INCA, 2001.
4. **CAI, Q. et al.** Interventions to reduce opioid use for patients with chronic non-cancer pain in primary care settings: a systematic review and meta-analysis. *PloS One*, v. 19, n. 10, p. e0300954, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0300954>. Acesso em: 14 jul. 2025.
5. **CARACENI, A. et al.** Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *The Lancet Oncology*, v. 20, n. 3, p. e109–e119, 2019.
6. **CHOI, Y. S. et al.** Effects of aromatherapy on the anxiety, vital signs, and sleep quality of percutaneous coronary intervention patients in intensive care units. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, v. 2019, p. 1–8, 2019.
7. **CHOW, R. et al.** Single vs multiple fraction palliative radiation therapy for bone metastases: Cumulative meta-analysis. *Radiotherapy and Oncology*, v. 141, p. 56–61, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.radonc.2019.06.037>. Acesso em: 14 jul. 2025.
8. **COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA SES-DF.** *Diretrizes para cuidados paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI*. Brasília: SES-DF, 2018.
9. **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA.** Resolução CFM n.º 2.208/2018. Dispõe sobre as normas éticas para a atuação profissional em Cuidados Paliativos. Brasília, DF, 14 dez. 2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/buscar-normas-cfm-e-crm/?lang=en>. Acesso em: 23 abr. 2024.
10. **DOWELL, D. et al.** CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain - United States, 2022. *MMWR Recommendations and Reports*, v. 71, n. 3, p. 1-95, 4 nov. 2022. doi: 10.15585/mmwr.rr7103a1.
11. **GHANDOURH, W. A.** Palliative care in cancer: managing patients' expectations. *Journal of Medical Radiation Sciences*, v. 63, n. 4, p. 242–257, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jmrs.188>. Acesso em: 14 jul. 2025.
12. **GOLDBERG, D. B.; McCUE, M. J.; BRUERA, E.** Pain management in the palliative care patient. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, v. 68, n. 5, p. 316–332, 2018.
13. **GÓMEZ-URQUIZA, J. L. et al.** Burnout in palliative care nurses, prevalence and risk factors: a systematic review with meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 17, n. 20, p. 7672, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17207672>. Acesso em: 14 jul. 2025.

14. **HÄUSER, W. et al.** Cannabis-based medicines and medical cannabis for adults with cancer pain. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 6, n. 6, CD014915, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD014915.pub2>. Acesso em: 14 jul. 2025.
15. **HERRERA, A. M. et al.** O impacto da dor em pacientes em cuidados paliativos e seus familiares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 19, n. 6, p. 1024–1032, 2016.
16. **KAVALIERATOS, D. et al.** Association between palliative care and patient and caregiver outcomes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, v. 316, n. 20, p. 2104–2114, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2016.16840>. Acesso em: 14 jul. 2025.
17. **KHAMIS, E. A. R. et al.** Effectiveness of aromatherapy in early palliative care for oncology patients: blind controlled study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, v. 24, n. 8, p. 2729–2739, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.31557/APJCP.2023.24.8.2729>. Acesso em: 14 jul. 2025.
18. **KOVÁCS, G.; HENOCH, U.; MEIJERS-HEIJMANS, H. G. C.** The impact of uncontrolled pain on quality of life in advanced cancer patients and their families. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 55, n. 2, p. 289–297, 2018.
19. **LI, S. et al.** The application and therapeutic effect of botulinum toxin type A (BTX-A) in the treatment of patients with pain after cancer treatment: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Surgery*, v. 110, n. 2, p. 1215–1223, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JS9.0000000000000916>. Acesso em: 14 jul. 2025.
20. **LINDBERG, P.; SAVEMAN, E.; HENOCH, U.** Individualized pain management in palliative care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Clinical Oncology*, v. 35, n. 24, p. 2814–2822, 2017.
21. **MA, B. et al.** Palliative procedures for advanced obstructive colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Colorectal Disease*, v. 39, n. 1, p. 148, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00384-024-04724-6>. Acesso em: 14 jul. 2025.
22. **PASCHOAL, T. R. et al.** Dor em cuidados paliativos: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Cuidados Paliativos*, v. 10, n. 2, p. 22–30, 2018.
23. **PUNTILLO, K. A. et al.** Determinants of procedural pain intensity in the intensive care unit. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, v. 201, n. 7, p. 834–846, 2020.
24. **PYSZORA, A. et al.** Physiotherapy programme reduces fatigue in patients with advanced cancer receiving palliative care: randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer*, v. 25, n. 9, p. 2899–2908, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3742-4>. Acesso em: 14 jul. 2025.
25. **RADITHIA, D. et al.** Effectiveness of low-level laser therapy in reducing pain score and healing time of recurrent aphthous stomatitis: a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, v. 13, n. 1, p. 192, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13643-024-02595-0>. Acesso em: 14 jul. 2025.
26. **RANGEL, O.; TELLES, C.** Tratamento da dor oncológica em cuidados paliativos. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ*, 2012.

27. **RIBEIRO, J. R.; POLES, K.** Cuidados paliativos: prática dos médicos da Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 43, n. 3, p. 62–72, jul./set. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br>. Acesso em: 14 jul. 2025.
28. **RITCHIE, C. S.; ZULMAN, D. M.** Research priorities in geriatric palliative care: multimorbidity. *Journal of Palliative Medicine*, v. 16, n. 8, p. 843–847, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.9491>. Acesso em: 14 jul. 2025.
29. **SAMPAIO, S. G. S. M.; MOTTA, L. B.; CALDAS, C. P.** Dor e internação hospitalar em cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 67, n. 3, e-131180, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n3.1180>. Acesso em: 14 jul. 2025.
30. **SANDUVETE-CHAVES, S.; CHACÓN-MOSCOSO, S.; CANO-GARCÍA, F. J.** Effectiveness of psychological interventions to decrease cognitive fusion in patients with chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 186, p. 111888, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111888>. Acesso em: 14 jul. 2025.
31. **SHALEV, D. et al.** Operationalizing depression screening in ambulatory palliative care: a quality improvement project. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 65, n. 1, p. e7–e13, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.09.002>. Acesso em: 14 jul. 2025.
32. **SHEPPERD, S. et al.** Hospital at home: home-based end-of-life care. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 3, n. 3, CD009231, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009231.pub3>. Acesso em: 14 jul. 2025.
33. **VAN DEN BEUKEN-VAN EVERDINGEN, M. H. et al.** Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Annals of Oncology*, v. 27, n. 9, p. 1639–1653, 2016.
34. **WAN, A. et al.** Atualização no manejo da dor musculoesquelética. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 2024.
35. **WANG, X. et al.** Effects of mindfulness-based stress reduction on quality of life of breast cancer patient: a systematic review and meta-analysis. *PloS One*, v. 19, n. 7, p. e0306643, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0306643>. Acesso em: 14 jul. 2025.
36. **WARTH, M. et al.** Music therapy in palliative care. *Deutsches Ärzteblatt International*, v. 112, n. 46, p. 788–794, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0788>. Acesso em: 14 jul. 2025.
37. **WEBSTER, L. R.; DANSIE, E.; WILSON, M.** A comprehensive review of opioid-induced hyperalgesia. *Pain Medicine*, v. 21, n. 7, p. 1389–1399, 2020.
38. **WIFFEN, P. J. et al.** Opioids for cancer pain – an overview of Cochrane reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 7, n. 7, CD012592, 2017. doi: 10.1002/14651858.CD012592.pub2.
39. **YANG, J. et al.** Acupuncture for palliative cancer pain management: systematic review. *BMJ Supportive & Palliative Care*, v. 11, n. 3, p. 264–270, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002638>. Acesso em: 14 jul. 2025.
40. **ZIMMERMANN, C. et al.** Perceptions of palliative care among patients with advanced cancer and their caregivers. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, v. 188, n. 10,