

## **Manejo farmacológico da dor em cuidados paliativos: Contribuições do Farmacêutico Clínico em uma pesquisa convergente assistencial**

**Pharmacological management of pain in palliative care: Contributions of the Clinical Pharmacist in a convergent care research**

**Manejo farmacológico del dolor en cuidados paliativos: Aportes del Farmacéutico Clínico en una investigación asistencial convergente**

Recebido: 09/12/2022 | Revisado: 26/12/2022 | Aceitado: 27/12/2022 | Publicado: 01/01/2023

### **Mariana Tatsch Souza Piovesan**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7119-2132>  
Hospital Santa Cruz, Brasil  
E-mail: [tatschmariana@gmail.com](mailto:tatschmariana@gmail.com)

### **Fernanda Souza Coimbra**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2411-7628>  
Hospital Santa Cruz, Brasil  
E-mail: [fernandacoimbra@unisc.br](mailto:fernandacoimbra@unisc.br)

### **Mariana Portela de Assis**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9695-9237>  
Hospital Santa Cruz, Brasil  
E-mail: [marianaportela@unisc.br](mailto:marianaportela@unisc.br)

### **Adalia Pinheiro Loureiro**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1956-0414>  
Hospital Santa Cruz, Brasil  
E-mail: [adaliafp@unisc.br](mailto:adaliafp@unisc.br)

### **Kemberly Godoy Basegio**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0729-2259>  
Universidade de Santa Cruz do Sul, Brasil  
E-mail: [kgodoybasegio@gmail.com](mailto:kgodoybasegio@gmail.com)

### **Eduardo Vestena Rossato**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6384-4639>  
Universidade de Santa Cruz do Sul, Brasil  
E-mail: [rossato@unisc.br](mailto:rossato@unisc.br)

### **Rochele Mosmann Menezes**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1548-1607>  
Hospital Santa Cruz, Brasil  
E-mail: [rochelemenezes@unisc.br](mailto:rochelemenezes@unisc.br)

### **Resumo**

Diante da necessidade de amenizar o sofrimento da dor em pacientes que enfrentam doenças ameaçadoras à vida, o objetivo deste estudo foi elaborar um protocolo multiprofissional para o manejo da dor em pacientes sob cuidados paliativos. Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo do tipo convergente assistencial, mediante a vivência de uma Residente de Farmácia, juntamente com a participação da Comissão de Cuidados Paliativos e Terminalidade e da Equipe de Gerenciamento da Dor de um hospital de Ensino do Interior do Rio Grande do Sul. Realizou-se encontros para revisão, discussão e padronização das escalas para avaliação da dor conforme perfil assistencial, assim como, a seleção dos medicamentos elegíveis de acordo com a escada analgésica da dor da Organização Mundial da Saúde. Além disso, incluiu-se novos medicamentos para garantia de maior variabilidade na escolha terapêutica e elaboração de prescrições padrões com propósito de evitar erros de prescrições, garantir maior agilidade na prescrição e na adesão ao protocolo. Após elaborado o protocolo, realizou-se capacitações às equipes assistenciais e ao corpo clínico do hospital. Desta forma, o farmacêutico clínico ocupou papel de suma importância na elaboração do protocolo mediante o estudo da farmacoterapia dos medicamentos elegíveis no manejo da dor, o uso racional desses medicamentos, o manejo adequado dos efeitos adversos, o auxílio na padronização das escalas para avaliação da dor e participação nas capacitações das equipes assistenciais.

**Palavras-chave:** Protocolo; Dor; Cuidados paliativos; Escalas; Medicamentos.

### **Abstract**

Faced with the need to alleviate pain suffering in patients facing life-threatening diseases, the objective of this study was to develop a multiprofessional protocol for pain management in palliative care patients. This work is a qualitative

research of a convergent care type, developed through the experience of a Pharmacist Resident, the Commission for Palliative Care and Terminality and the Pain Management Team of a teaching hospital in the state of Rio Grande do Sul. Furthermore, meetings were held to review, discuss and standardize the scales for pain assessment according to the care profile, like the selection of eligible drugs according to the World Health Organization's analgesic pain ladder. In addition, new drugs were included to guarantee greater variability in the therapeutic choice and the elaboration of standard prescriptions with the purpose of avoiding prescription errors, guaranteeing greater agility in the prescription process and the adherence to the protocol. After the protocol was elaborated, training was developed for the care teams and the hospital's clinical staff. Therefore, the clinical pharmacist played an extremely important role in the elaboration of the protocol by studying the pharmacotherapy of the eligible drugs in pain management, the rational use of these drugs, adequate management of adverse effects, assistance in the standardization of the scales for the evaluation of pain and participation in the training of care teams.

**Keywords:** Protocol; Pain; Palliative care; Pain scales; Medicines.

### Resumen

Ante la necesidad de aliviar el sufrimiento del dolor en pacientes que enfrentan enfermedades que amenazan la vida, el objetivo de este estudio fue desarrollar un protocolo multiprofesional para el manejo del dolor en pacientes en cuidados paliativos. Se trata de una investigación cualitativa del tipo atención convergente, a través de la experiencia de un Residente de Farmacia, junto con la participación de la Comisión de Cuidados Paliativos y Terminalidad y el Equipo de Manejo del Dolor de un hospital escuela del interior de Rio Grande do Sul. Se realizaron reuniones para revisar, discutir y estandarizar las escalas para la evaluación del dolor según el perfil de atención, así como la selección de medicamentos elegibles según la escala analgésica del dolor de la Organización Mundial de la Salud. Además, se incluyen nuevos fármacos para garantizar una mayor variabilidad en la elección terapéutica y la elaboración de recetas estándar con el fin de evitar errores de prescripción, garantizando una mayor agilidad en la prescripción y en el cumplimiento del protocolo. Posterior a la elaboración del protocolo, se realizaron capacitaciones a los equipos asistenciales y al personal clínico del hospital. De esta forma, el farmacéutico clínico jugó un papel sumamente importante en la elaboración del protocolo al estudiar la farmacoterapia de los medicamentos elegibles en el manejo del dolor, el uso racional de estos medicamentos, el manejo adecuado de los efectos adversos, la asistencia en la estandarización de las escalas para la evaluación del dolor y la participación en la formación de equipos de atención.

**Palabras clave:** Protocolo; Dolor; Cuidados paliativos; Escala de dolor; Medicamentos.

## 1. Introdução

Sabe-se que atualmente a expectativa de vida da população vem crescendo consideravelmente justificada pelos avanços tecnológicos e científicos, sobretudo, na área da saúde. Entretanto, esse prolongamento da vida e o uso desenfreado das tecnologias tem propiciado o surgimento de tratamentos fúteis, resultando em uma expectativa de vida sem qualidade e com a incompreensão do ciclo natural da vida. Desta forma, o cuidado paliativo surge como uma filosofia do cuidado aos pacientes com doenças com risco de vida, onde a cura não se torna mais possível e, portanto, o alívio de qualquer sofrimento e o estabelecimento de metas de cuidado torna-se primordial para a qualidade de vida até o seu fim (Bifulco & Caponero, 2016; Roth & Canedo, 2019).

Entre as principais doenças que se destacam pela necessidade dos cuidados paliativos, encontram-se as doenças crônicas não transmissíveis, câncer e HIV/AIDS. Estas que, por sua vez, apresentam-se de forma progressiva e avançada, incurável e/ou grave e, portanto, necessitam de assistência por uma equipe multiprofissional, com percepções individuais para que o paciente seja acolhido em suas dimensões espirituais e biopsicossociais (Fonseca et al., 2021; O. Ribeiro et al., 2020; Wassmansdorf Mattos & D'Agostini Derech, 2020).

A dor além de um sintoma físico, pode ser compreendida como um sintoma de natureza multidimensional, como nas esferas sociais, espirituais, psíquicas e familiares. Posto isto, a assistência paliativa destina-se ao monitoramento e controle desse sintoma com o intuito de preservar a qualidade de vida até o fim, sem atribuição curativa. Sendo assim, os pacientes com doença avançada e/ou que vivenciam a aproximação da morte, necessitam de um ambiente de descanso, dignidade, paz e de comunicação para que haja satisfação e conforto no cuidado. E, portanto, torna-se imprescindível o envolvimento de equipes multiprofissionais em cuidados paliativos (Brinkman-Stoppelenburg et al., 2018; Pegoraro, 2018; Rabelo & Borella, 2013; B. Yang et al., 2020).

Um estudo realizado por Fonseca *et al.* (2021) evidenciou a existência de lacunas sobre o conhecimento dos cuidados paliativos nas disciplinas de graduação da área da saúde e atividades extracurriculares. Além disso, a formação acadêmica ainda possui ênfase apenas no modelo de cura, tratamento e reabilitação. Portanto, o processo de inserção dos cuidados paliativos tanto nos cursos de graduação como também na educação permanente do trabalho em saúde além de literaturas ainda escassas, tornam-se um desafio para superar as dificuldades e liderar as condutas paliativistas (Franco *et al.*, 2020).

De acordo com a Resolução N°585 de 29 de Agosto de 2013 do Conselho Federal de Farmácia, destaca dentre as atribuições do Farmacêutico, promover o cuidado ao paciente, família e comunidade por meio da adequada farmacoterapia, do uso racional de medicamentos da promoção, proteção, recuperação da saúde e prevenção de enfermidades com intuito final de melhorar a qualidade de vida do paciente (Resolução N° 585 de 29 de Agosto de 2013, 2013). Diante disso, tem-se como problema de pesquisa: De que forma o farmacêutico clínico pode contribuir para o manejo da dor e qualidade na assistência de pacientes em cuidados paliativos?

Assim sendo, o objetivo deste trabalho designa-se na elaboração de um protocolo multiprofissional para manejo da dor em pacientes adultos sob cuidados paliativos, uma vez que, o manejo inadequado oferece, além da dor, imenso sofrimento tanto aos pacientes, como aos seus familiares e/ou cuidadores.

## 2. Metodologia

O presente trabalho trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) e de caráter qualitativo. A PCA foi desenvolvida por Trentini e Paim e define-se como a prática assistencial de saúde com o investimento em melhoramentos mediante um projeto de pesquisa. Para isso, torna-se necessário o envolvimento de equipes, inseridas no cenário da assistência, em constante diálogo na construção da pesquisa. A convergência na PCA define-se como o entrecruzamento de ações de assistência e ações de pesquisa. Desta forma, a pesquisa deu-se através da vivência na prática assistencial de uma Residente de Farmácia juntamente com a participação da Comissão de Cuidados Paliativos e Terminalidade (CCPT), bem como, a Equipe de Gerenciamento da Dor (EGD) de um hospital de Ensino do Interior do Rio Grande do Sul (Paim *et al.*, 2008; Trentini *et al.*, 2017).

A Pesquisa Convergente Assistencial proporciona que o pesquisador esteja ao lado da equipe prestadora dos cuidados assistenciais mediante interferências com inovações teorizadas da prática assistencial. E assim, o produto final torna-se a produção de conhecimentos e novos instrumentos à equipe assistencial envolvida. Essa pesquisa compreende etapas que vão desde o planejamento até a produção e análise dos dados obtidos. As quatro fases são: Concepção, Instrumentação, Perscrutação e Análise (Paula *et al.*, 2018).

A Fase de Concepção define-se como a etapa em que o pesquisador pesquisa e estabelece quais são os problemas e o que pode ser modificado. Portanto, deve haver justificativa da escolha da pesquisa, os objetivos e a busca de conhecimentos na literatura. Sendo assim, considerando a necessidade de construção de um protocolo para manejo da dor em adultos sob cuidados paliativos, compartilhou-se ideias e sugestões com o médico da CCPT do Hospital Santa Cruz, em conjunto com a enfermeira e farmacêutica clínica. Visto que, o Grupo de Cuidados Paliativos da presente instituição, encontra-se em etapa inicial de elaboração e, portanto, necessita de pesquisas e estudos referente ao tema, bem como, a identificação das principais deficiências na assistência dos pacientes em cuidados paliativos, sendo o manejo da dor, uma das principais demandas institucionais. Em contrapartida, a presente instituição necessita definir os parâmetros para avaliação da dor, para então, seu posterior manejo, para isso, tornou-se necessária a inclusão de escalas para avaliação da dor. Com base nisso, deu-se a definição da construção do tema do estudo, o objetivo geral e os específicos, bem como a pergunta de pesquisa (Pegoraro, 2018).

Na Fase de Instrumentação define-se o cenário do estudo, participantes, as técnicas de produção de dados e a análise

individual de cada técnica, sendo esta de caráter qualitativo (Paula et al., 2018). O estudo foi abordado mediante reuniões da EGD composta por enfermeiros, médicos e farmacêuticos, dentre eles profissionais pertencentes ao CCPT do Hospital de Ensino. A pesquisa atendeu todos os preceitos éticos e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) sob o parecer nº 5.194.636. Todos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com o intuito de garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Posteriormente, tem-se a Fase de Perscrutação a qual determina-se as estratégias para obtenção das informações e definição da análise de dados. Essa fase encontra-se entrelaçada com as Fases de Instrumentação e Análise pois, elas ocorrem simultaneamente (Pegoraro, 2018). O instrumento de pesquisa baseou-se na revisão bibliográfica dos medicamentos para manejo da dor bem como, na busca das principais escalas de avaliação, por meio de artigos científicos, diretrizes, protocolos e bibliografia referente ao tema. Paralelo a isso, realizou-se a busca ativa dos principais medicamentos padronizados na instituição elegíveis para o manejo da dor. Após obtida a relação de medicamentos padronizados tal como, a aplicação de cada medicamento de acordo com a intensidade da dor do paciente e das características farmacológicas e farmacocinéticas dos medicamentos, apresentou-se essa revisão de literatura ao CCPT e à EGD. Assim, foram promovidos encontros para discussões de condutas frente a realidade da assistência do cuidado. Após a contribuição dos profissionais envolvidos, desenvolveu-se o Protocolo.

Na presente pesquisa, as fases de Perscrutação e Análise ocorreram de maneira simultânea, o que é comumente esperado em Pesquisas Convergente Assistenciais. Uma vez que, estudos qualitativos, as etapas de amostragem, coleta, análise e interpretação dos dados, podem ocorrer no mesmo momento. A fase de análise é dividida em quatro processos: apreensão, síntese, teorização e transferência. O processo de apreensão consistiu na coleta de informações ao qual na presente pesquisa, baseou-se na etapa da busca bibliográfica referente aos medicamentos para manejo e as principais escalas aplicadas para avaliação da dor. No processo de síntese, reuniu-se todos os elementos citados anteriormente, sintetizou-se e identificou-se padrões para esclarecer o problema pesquisado, ou seja, mediante a busca bibliográfica dos medicamentos para manejo da dor associou-se aos medicamentos padronizados, bem como, definiu-se as principais escalas de avaliação da dor de acordo com o perfil assistencial do Hospital. Paralelo a isso, avaliou-se a necessidade de padronização, sendo esta encaminhada para à Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) para avaliação. O terceiro processo destaca-se a teorização ao qual constrói-se e reconstrói-se o trabalho para o alcance do fenômeno estudado, portanto, etapa em que, após coleta de todos os dados, elaborou-se o Protocolo juntamente com a equipe multidisciplinar. Já no último processo, definido como transferência, consiste em contextualizar e socializar os resultados para que seja aplicado na prática assistencial. Neste último, corresponde a apresentação final do Protocolo para sua implementação no cuidado aos pacientes, fornecida à equipe assistencial por meio de treinamentos. Além disso, instituiu-se no sistema informatizado prescrições padrões a fim de, evitar possíveis erros de prescrição, bem como, maior agilidade na prescrição (Pegoraro, 2018).

### **3. Resultados e Discussão**

#### **3.1 Fase de Instrumentação: formação de uma equipe para o gerenciamento da dor**

De acordo com a última definição da Organização Mundial da Saúde em 2018, Cuidados Paliativos define-se como cuidado destinado na melhora da qualidade de vida tanto dos pacientes, quanto de seus familiares que encaram doenças ameaçadoras à vida. Essa abordagem tem como objetivo a identificação precoce, avaliação e tratamento adequado da dor e demais problemas físicos, psicossociais e/ou espirituais, promovendo assim, o alívio do sofrimento. Desta forma, o hospital de ensino da presente pesquisa, considerado de alta complexidade, possui como perfil assistencial majoritariamente pacientes elegíveis aos Cuidados Paliativos, como por exemplo, pacientes com DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), HIV, cardiopatas, entre outros. Entretanto, a CCPT encontra-se ainda incipiente e o manejo da dor torna-se umas das principais

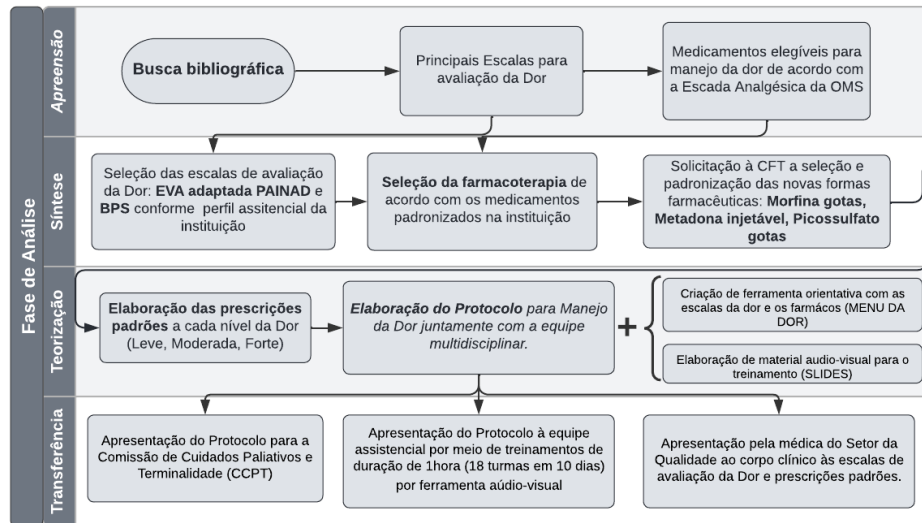
urgências institucionais, sendo o alívio desta, um dos princípios dos cuidados paliativos (Castilho et al., 2021).

Além disso, para um tratamento adequado da dor torna-se imprescindível mensurá-la previamente por meio da utilização de escalas de avaliação da dor para que assim, se possa identificar e tratar mediante medidas farmacológicas e não-farmacológicas. E para que isso ocorra, torna-se fundamental que os profissionais de saúde estejam aptos e envolvidos neste processo. Diante deste cenário, formou-se uma equipe responsável pelo gerenciamento da dor, composta por sete enfermeiros atuantes nas seguintes áreas: Qualidade, Segurança do Paciente, Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Maternidade, Unidade Clínica de Internação, Sala de Recuperação Anestésica/Centro Cirúrgico e Urgência/Emergência/Pronto Atendimento, sendo a enfermeira desta última área também da CCPT); dois médicos sendo um da Unidade de Terapia Intensiva e outro do Setor de Qualidade e da CCPT; três farmacêuticos, sendo uma da Farmácia Clínica e da CCPT, uma do Centro Cirúrgico e outra da Residência. Em seguida, foram promovidos encontros mensais para discussões das principais escalas elegíveis e sua implementação no hospital conforme perfil assistencial, assim como, os estudos para a elegibilidade da farmacoterapia para manejo da dor (De Castro et al., 2018).

### 3.2 Fase de Perscrutação e Análise: elaboração do Protocolo

As etapas de elaboração do Protocolo compreenderam desde a Apreensão até a Transferência da Fase de Análise, conforme apresentado na Figura 1.

**Figura 1** - Descrição das etapas da Fase de Análise para a construção do protocolo para manejo da dor.



Fonte: Elaborado pelos autores.

O manejo da dor é direito fundamental na vida dos pacientes e os profissionais de saúde possuem o dever de fornecer esse cuidado, sendo a desvalorização e o descrédito dessa assistência, falha ética e na qualidade da atuação profissional. Um estudo realizado por (Maemura et al., 2021) avaliou, mediante aplicação de escalas da dor, a abordagem multidisciplinar no tratamento de pacientes com dor crônica e verificou que os pacientes obtiveram melhora na dor e conseqüentemente, melhoria na qualidade de vida. Assim sendo, mediante encontros com a equipe multidisciplinar de gerenciamento da dor, foram selecionadas as Escalas de avaliação da dor de acordo com o perfil assistencial da instituição: Escala Visual Analógica adaptada (EVA), *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD) e a *Behavior Pain Scale* (BPS) representadas no Quadro 1 (Pinheiro & Marques, 2019).

**Quadro 1** - Escalas de avaliação da dor conforme perfil assistencial.

Escalas	Indicação	Aplicação	Pontuação	Setores de Aplicação
Escala Visual Analógica (EVA) – adaptada	Pacientes com capacidade cognitiva preservada e que demonstram compreensão da escala.	Questiona-se o escore de dor do paciente, numa escala de 0 a 10; Sendo 0 sem dor, e 10 a pior dor que o paciente já sentiu. Podendo ser mostrado a escala visual.	0 a 10	Unidades assistenciais; Centro Obstétrico, Pronto atendimento SUS; ambulatório; UTI Adulto; Hemodinâmica e Sala de Recuperação.
PAINAD	Pacientes que não conseguem expressar a sua dor, através da EVA. Apresentando déficit cognitivo, alteração da função neurológica, comatosos e/ou sob sedação.	Baseada na avaliação do estado fisiológico e comportamentos: respiração, vocalização, expressão facial, linguagem corporal e consolabilidade.	0 a 10	Unidades assistenciais; Centro Obstétrico, Pronto atendimento SUS; ambulatório; UTI Adulto; Hemodinâmica e Sala de Recuperação.
BPS	Pacientes críticos em ventilação mecânica e sob sedação.	Avalia três aspectos: expressão facial, movimentos corporais e tolerância à ventilação mecânica.	3 a 12	UTI Adulto, Pronto Atendimento SUS e Ambulatório.

Fonte: Aguiar & Pinheiro, 2019; Azevedo-Santos et al., 2017; Oliveira et al., 2019; Pinheiro & Marques, 2019; Pinto et al., 2015.

O autorrelato do paciente define-se como a evidência mais precisa e confiável para avaliar a intensidade e a dor. A Escala Visual Analógica (EVA) define-se como uma escala contínua horizontal ou vertical autorreferida pelo paciente mediante o contato visual onde os extremos sinalizam a ausência de dor e pior dor imaginável, respectivamente. Nela o paciente sinaliza a intensidade de sua dor com auxílio de cores, expressões lúdicas e valores em números. Assim sendo, esta escala é definida como uma escala unidimensional pois mede apenas a intensidade da dor. A EVA neste estudo, obteve adaptações para que a soma de seus valores correspondesse aos mesmos valores das escalas de PAINAD e BPS, visto que era uma necessidade do sistema informatizado, então considerou-se na escala de EVA, o 0 corresponde ausência de dor, 1 à 4 dor leve, 5 à 7 dor moderada, 8 a 9 dor forte e acima de 10, dor refratária (insuportável) (Chiarotto et al., 2019; Karciglu et al., 2018).

Em contrapartida, pacientes com demência possuem comunicação verbal, memória e julgamento prejudicados tornando desta forma, o autorrelato insuficiente e, portanto, ocasionando muitas vezes equívocos no momento da aplicação da escala. A escala de PAINAD baseia-se na observação do estado comportamental e fisiológico destes pacientes, sendo portanto, multidimensional. De acordo com o estudo de (Pinto et al., 2015) realizou-se a tradução bem como, a adaptação cultural para o português do Brasil da escala de PAINAD mostrando resultados com boa confiabilidade, validade e adequada concordância interavaliadores. Além disso, existe uma escassez de estudos devido a inexistência de escalas validadas em língua portuguesa do Brasil para avaliar a dor em pacientes graves em ventilação mecânica, com nível de consciência reduzido e sob efeito de sedativos e analgésicos, assim sendo, um estudo realizado por (Azevedo-Santos et al., 2017) avaliou que a BPS apresenta boa confiabilidade, responsividade e validade. Sendo esta, o primeiro instrumento validado para avaliar a dor em UTIs brasileiras (Oliveira et al., 2019; Pinto et al., 2015).

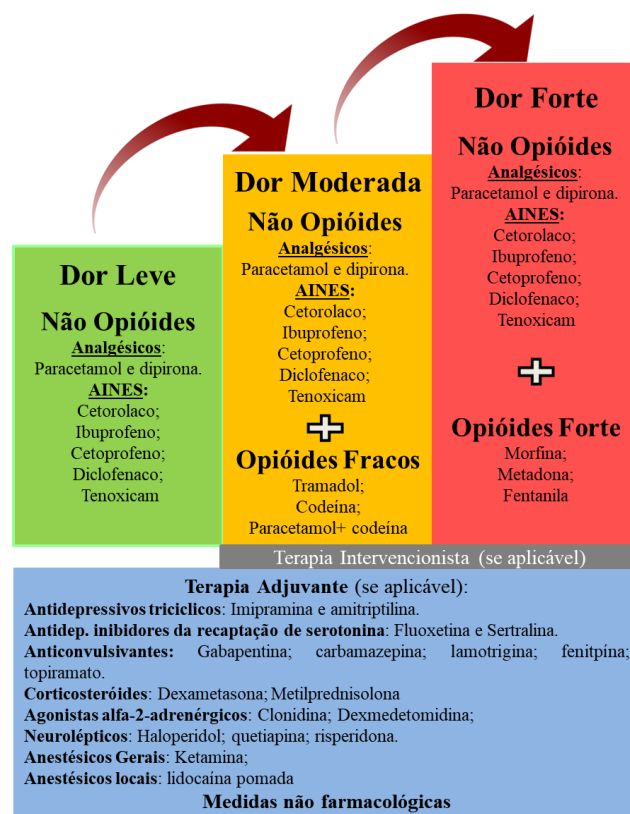
Dentre os princípios do manejo farmacológico da dor, destacam-se: dar preferência para administração de analgésicos por vias enterais e optar pelas vias subcutâneas e endovenosa quando a via oral não se encontra disponível; administrar os analgésicos em horários fixos para que os fármacos possam agir conforme suas características farmacológicas (salvo pacientes com episódios isolados de dor aguda); utilizar cada analgésico conforme intensidade da dor; prescrever as doses dos analgésicos de acordo com as necessidades individuais dos pacientes, para melhor controle da dor e mínimo efeitos adversos; prescrever sempre doses de resgate e, por fim, fornecer sempre comunicação efetiva e clara aos familiares e cuidadores com relação as posologias, manuseio das doses resgate e manejo dos efeitos adversos esperados (Coradazzi et al., 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1986 elaborou a Escada Analgésica da Dor com o intuito de aliviar a dor

em pacientes com câncer e desmistificar a insegurança na utilização e na prescrição de opióides. Assim sendo, até os dias atuais, utiliza-se essa diretriz para o manejo da dor tanto em pacientes com câncer como também, em pacientes com dor aguda e crônica. Cada degrau corresponde à terapia adequada conforme a intensidade da dor. Sendo assim, o primeiro degrau atribui-se a Dor Leve e os medicamentos indicados são os analgésicos não opióides e anti-inflamatórios não-esteroidais (AINES); no segundo degrau destina-se a Dor Moderada com a representação terapêutica do primeiro degrau somado aos analgésicos opióides fracos e, por fim; o terceiro degrau ao qual corresponde a Dor Forte com a indicação terapêutica do uso do primeiro degrau somado aos analgésicos opióides fortes (Figura 2). Somado a isso, para que se tenha êxito no manejo da dor e o uso racional dos analgésicos opióides, torna-se imprescindível o uso de abordagens multiprofissionais não-farmacológicas e analgesia multimodal mediante uso de medicamentos adjuvantes conforme indicação (J. Yang et al., 2020).

Diante disso, foram selecionados os medicamentos elegíveis para manejo da dor padronizados na presente instituição conforme elucidado na Figura 2. No protocolo os medicamentos foram tabulados com suas respectivas doses, posologias e quantidade máxima diária mediante pesquisa na base de dados do UpToDate®.

**Figura 2** - Escada analgésica da dor disponibilizada pela OMS e adaptada com a elegibilidade dos medicamentos padronizados na instituição para cada degrau de dor.



Fonte: Adaptada de Castilho et al. (2021).

No manejo da Dor Leve dentre os medicamentos analgésicos elegíveis destacam-se a dipirona e o paracetamol. A dipirona caracteriza-se por propriedades antitérmicas, analgésicas, antiespasmódicas e leve ação anti-inflamatória. Já o paracetamol não apresenta ação anti-inflamatória mas sim, propriedades analgésicas e antitérmicas. Em doses elevadas o paracetamol pode causar insuficiência hepática aguda farmacológica. Ambos incluem-se na analgesia multimodal pois, potencializam ação dos opióides e dos anti-inflamatórios não esteroides (AINES) e, com isso, redução do consumo. Entre a classe dos AINES elegíveis destacam-se, cetorolaco, cetoprofeno, diclofenaco, ibuprofeno e tenoxicam os quais possuem

características anti-inflamatórias, antipiréticas e analgésicas. Estes potencializam a ação analgésica e, por isso, podem ser utilizados em associação aos analgésicos não opióides, opióides e adjuvantes (Mattos et al., 2018).

Deve-se sempre atentar para os efeitos adversos dos AINES como os gastrointestinais (náuseas e sangramentos), renais, cardiovasculares (hipertensão arterial e insuficiência cardíaca), urticárias, broncoespasmo, disfunção plaquetária e cefaléia uma vez que, doses excedentes das recomendadas não elevam analgesia e sim, aumentam a incidência de efeitos adversos. Assim sendo, o seu uso deve ser limitado por períodos curtos de tratamento (Castilho et al., 2021).

No manejo da Dor Moderada soma-se os medicamentos elegíveis sugeridos na Dor Leve aos Opióides Fracos como o tramadol e a codeína. A codeína comumente é administrada por via oral sendo metabolizada pelo fígado em morfina, caracteriza-se por ser um pró-fármaco clássico, uma vez que, aumenta a biodisponibilidade e reduz a toxicidade. Deve-se, portanto, evitar uso em pacientes com insuficiência hepática. Além do mais, algumas pessoas não possuem a enzima responsável pela sua metabolização e com isso, não possuem ação analgésica. Já o tramadol é conhecido por sua analgesia dupla pois inibe a recaptção de noradrenalina e serotonina na via descendente da dor e atua (com baixa afinidade) nos receptores do tipo Mu (Santos et al., 2021).

Além disso, o tramadol administrado pela via oral possui sua metabolização realizada pelo fígado e em menor quantidade pelos rins, no fígado transforma-se em um metabólito ativo mais potente. Por conta disso, a esta forma farmacêutica possui maior potência analgésica e maior limiar convulsivo que a forma intravenosa. Em decorrência de seu mecanismo de ação, o tramadol possui menor potência terapêutica do que comparado com demais opióides, todavia, possui menos efeitos adversos de constipação, depressão respiratória, efeitos cardiovasculares e dependência (menor afinidade aos receptores Mu). O tramadol deve ser utilizado com cautela em pacientes que fazem uso de medicamentos inibidores seletivos da recaptção de serotonina para evitar os riscos de síndrome serotoninérgica, bem como, em pacientes com histórico de convulsões (Iaco et al., 2022; Maiello et al., 2020; Wick et al., 2017).

Já na Dor Forte os medicamentos elegíveis destacam-se a metadona, morfina e fentanil. A metadona caracteriza-se como um fármaco altamente lipossolúvel e que liga extensamente às proteínas plasmáticas, o que justifica o seu grande volume de distribuição e acúmulo pelos tecidos fazendo com que, em doses repetidas, aumente o risco de overdose. Entretanto, possui menor tendência de promover a síndrome abstinência, uma vez que, quando interrompido, ocorre uma redistribuição gradual e uma pequena concentração de fármaco mantém-se no meio intravascular. Além disso, possui uma alta biodisponibilidade e tempo de meia-vida longo, superior aos demais opióides. A metadona possui metabolismo hepático e excreção renal, sendo maior a sua influência por disfunção hepática e menor influência por disfunção renal do que comparado à morfina. Além do mais, por via oral possui variabilidade interindividual pois, a eliminação do fármaco depende da atividade enzimática intrínseca do fígado assim como, da fração livre do fármaco, além da influência do polimorfismo dos genes que codificam os receptores opióides. Com relação aos efeitos adversos, são semelhantes ao da morfina, todavia, por apresentar meia-vida longa o risco de acúmulo e toxicidade são maiores (Barbosa Neto et al., 2015).

Ademais, a metadona possui até 10 vezes maior potência analgésica do que a morfina, além de ocasionar menor efeitos adversos como náusea, sedação e constipação do que a morfina. A morfina define-se com um fármaco de meia vida curta e duração de analgesia de 4 a 6 horas. Sua metabolização é hepática e a excreção renal com uma pequena quantidade excretada pela vesícula biliar. Atenta-se aos cuidados aos pacientes com comprometimento na função renal, uma vez que, ocorre acúmulo de metabólitos ativos e, com isso, o efeito analgésico torna-se mais intenso e prolonga a duração de ação. A absorção da morfina ocorre no trato gastrointestinal com início de ação de 20 a 40 minutos, a mesma não possui efeito teto e linear, quanto maior a dose, maior a analgesia (L. J. da Silva et al., 2020).

E, por fim, o fentanil, fármaco com afinidade alta aos receptores Mu, sendo este, um opióide cerca de 75 – 100 vezes mais potente que a morfina. Pode ser utilizado em pacientes com insuficiência renal devido sua eliminação principalmente



hepática e possui menor incidência de constipação se comparado à morfina. Possui alta lipossolubilidade, alta afinidade com as proteínas plasmática e baixo peso molecular e, por isso, pode ser utilizado via transdérmica mediante uma liberação lenta. Para pacientes com dor intensa em que se torna necessário uma titulação rápida de opióide, o adesivo torna-se ineficaz e dá-se preferência para via subcutânea ou intravenosa. Dentre os efeitos adversos, incluem-se vômitos, náuseas, constipação, depressão respiratória, tolerância e dependência, entretanto, por necessitarem de doses menores que a morfina para obter o efeito desejado, produzem menos efeitos adversos. O uso é recomendado em pacientes com pouca dor episódica mas com dor constante (Oosten et al., 2016; Saiz-Rodríguez et al., 2019; L. J. da Silva et al., 2020).

Os medicamentos para manejo da dor devem ser sempre prescritos em doses fixas, doses de horário, entretanto, para casos em que a dor surge em crises torna-se necessário o uso de doses de resgate. Para os opióides fracos podem ser utilizados o próprio opióide para resgate. Já os opióides fortes, utiliza-se a morfina simples como dose de resgate por ser esta, de ação rápida e meia vida-curta. A dose de morfina deve ser equivalente a 1/6 a 1/10 da dose total diária de que o paciente faz uso. Recomenda-se reavaliar a dor em 15 minutos após a dose de resgate subcutânea (SC) ou intravenosa (IV) e 30 minutos se uso via oral (VO). Doses de resgate maiores que quatro vezes durante o dia e intervalos muito curtos, indica-se ajustar a dose de medicação contínua. Pacientes que necessitam receber doses noturnas de morfina, para que não haja interrupção do seu sono, indica-se dobrar a última dose de morfina de liberação imediata seja dobrada antes do paciente dormir (Ferreira & Mendonça, 2017; Maiello et al., 2020).

Alguns pacientes podem apresentar respostas inadequadas a determinados opióides, ou necessitam trocar a via de administração ou que, apresentam efeitos adversos intoleráveis inerente a um determinado opióide. A estes pacientes torna-se necessário a realização da rotação de opióides, ou seja, substituição de um opióide por outro ou de vias de administração. Recomenda-se nos casos em que a dor estiver inadequadamente controlada com o opióide em uso, a dose do opióide de rotação deve ser aumentada em 100 - 125%. Caso a dor estiver com adequado controle com o opióide em uso, a dose do opióide de resgate deve ser reduzida em 25 - 50%. Assim sendo, disponibilizou-se também ao protocolo a orientação para a rotação entre os opióides, conforme Quadro 1 (Coradazzi et al., 2019; Iaco et al., 2022).

**Quadro 1** - Orientação para Rotação entre os opióides .

<b>Rotação Opióides para Morfina Via Oral</b>		
<b>Droga</b>	<b>Dose Equivalente de Morfina Oral</b>	<b>Razão de Conversão</b>
Codeína 60mg	6mg	10:1
Tramadol 100mg	20mg	5:1
Morfina IV ou SC 5mg	15mg	1:3
Fentanil IV ou SC 1 mg	30mg	1:30

<b>Rotação de Morfina via oral para Metadona via oral</b>	
<b>Dose de Morfina Oral 24h</b>	<b>Razão de Conversão (Morfina/Metadona)</b>
Até 100 mg	4:1
101 a 300 mg	8:1
Mais que 301 mg	12:1

<b>Rotação de Metadona para Morfina Oral</b>	
<b>Metadona/Morfina</b>	<b>Razão de Conversão</b>
Metadona/Morfina	1:3

Fonte: Ferreira & Mendonça (2017).

Dentre os efeitos adversos mais comuns do uso de analgésicos opióides incluem constipação, náuseas, vômitos, efeitos geniturinários (retenção urinária), fadiga, efeitos no sistema nervoso central (como tontura e sedação), ganho de peso, supressão do reflexo da dor, prurido e rubor. Desta forma, elegeu-se os medicamentos padronizados na instituição como manejo farmacológico dos principais sintomas conforme Quadro 2.

**Quadro 2 - Manejo Farmacológico (medicamentos padronizados) dos principais efeitos adversos dos opióides.**

<b>Náuseas e Vômitos: Antieméticos, anticolinérgicos</b>		
<b>Medicamentos</b>	<b>Doses usuais</b>	
Metoclopramida	10 - 20 mg 4x dia VO, SC, IV	
Domperidona	10 - 20 mg 4x dia VO	
Haloperidol	1 mg - 2 mg 2 ou 3 x dia VO ou SC	
Ondansetrona	8 mg 3 x dia VO ou 4 mg 2 x dia IV ou SC	
Escopolamina	20 mg 4x dia	
Levomepromazina	6 mg – 12 mg à noite VO, SC	
Dimenidrinato	100 mg 4x dia ou 6x dia	
Dexametasona	4 a 8 mg 1 x dia	

<b>Constipação: lubrificantes, laxativos osmóticos, estimulantes, tratamento retal e fitoterápico</b>		
<b>Medicamento</b>	<b>Doses Usuais</b>	<b>Tempo de ação</b>
Óleo mineral	1 a 2 colheres de chá por dia	6 - 8 horas
Lactulose	15 - 20 mL 1 – 2 x dia VO	24 - 48 horas
Polietilenoglicol (PEG)	1 a 8 sachê/dia	2 - 4 dias
Macrogol + bicarbonato de sódio + cloreto de sódio + cloreto de potássio	1 a 2 envelopes ao dia.	
Picossulfato	5 a 10 mg (10 a 20 gotas) à noite	6 -12 horas
Bisacodil	5 - 15mg até 2 x dia	6 - 12 horas
Glicerol supositório	1 - 4g	15 - 60 minutos
Sorbitol + Laurilsulfato de sódio	1 a 2 bisnagas simultaneamente	5 - 40 minutos

Fonte: Coradazzi et al., 2019; Ferreira & Mendonça (2017).

Náuseas e vômitos são sintomas que normalmente cessam em poucos dias, já a constipação intestinal geralmente torna-se persistente e inevitável. Em caso de persistência considerar rotação de opióides para metadona ou fentanil. Recomenda-se evitar a associação de procinéticos (metoclopramida) com anticolinérgicos (escopolamina) ao qual ocorre redução dos efeitos procinéticos. Assim como também, deve-se atentar para os riscos de síndrome extrapiramidal ao uso prolongado e de altas doses de metoclopramida. Além disso, aconselha-se evitar a associação de tramadol e ondansetrona pois o mesmo pode reduzir a ação do tramadol (Coradazzi et al., 2019; Ferreira & Mendonça, 2017; Stevens et al., 2015).

A terapia adjuvante conforme exposto na Figura 1, podem estar presente em todos os degraus da Escada Analgésica da Dor pois, em associação com analgésicos, potencializam a ação desses, prevenindo e tratando sintomas que intensificam a dor como distúrbios do sono, depressão e ansiedade. As principais classes e seus respectivos medicamentos foram selecionados para fazer parte do presente protocolo: os antidepressivos (imipramina, amitriptilina, sertralina e fluoxetina); os anticonvulsivantes (carbamazepina, gabapentina, lamotrigina, fenitoína e topiramato); os neurolépticos (haloperidol, quetiapina, risperidona); os relaxantes musculares (ciclobenzaprina, baclofeno); os corticosteróides (dexametasona e metilprednisona); os agonistas alfa-2-adrenérgicos (clonidina, dexmedetomidina); anestésico geral (cetamina) e os anestésicos locais (lidocaína). Estes medicamentos foram tabulados com suas respectivas doses, posologias e quantidade máxima diária mediante pesquisa na base de dados do UpToDate® (Rosa et al., 2020).

Os antidepressivos mediante atuação no sistema nervoso central e periférico, bloqueiam a recaptção de noradrenalina e serotonina modulando assim a dor. Os antidepressivos tricíclicos (imipramina e amitriptilina) atuam na inibição da serotonina e noradrenalina, entretanto, produzem vários efeitos adversos devido a sua não seletividade aos

receptores tais como, retenção urinária, constipação, hipotensão ortostática, ganho de peso, sedação, náuseas, sonolência (recomenda-se administrar à noite) entre outros. Por outro lado, os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (fluoxetina e sertralina) ainda são controversos pois, se usados isoladamente, apresentam pouca ação analgésica. Além disso, possuem efeitos adversos que devem ser observados como insônia, tremores, diarreia, anorexia e tremores. Recomenda-se administrar em horários diurnos (Rosa et al., 2020).

Os anticonvulsivantes (gabapentina, carbamazepina, lamotrigina, fenitoína e topiramato) são amplamente usados na dor neuropática, sendo a gabapentina, a droga de primeira escolha. A carbamazepina, de acordo com estudos, relata eficácia no tratamento da dor da neuropatia diabética, neuralgia do trigêmeo e dor neuropática central (Javed & Abdi, 2020).

Os neurolépticos são utilizados para tratar diversas doenças psiquiátricas, entretanto, maneja-se também em quadros de agitação e emergências psiquiátricas. Além do mais, podem ser aplicados para tratamento da dor neuropática, êmese e vertigem. Os neurolépticos típicos, de primeira geração (haloperidol) bloqueiam receptores dopaminérgicos inibindo o delirium hiperativo. Apresentam maiores efeitos adversos do que os neurolépticos atípicos, como efeitos extrapiramidais e discinesia tardia. O haloperidol define-se como primeira escolha pela sua alta potência, entretanto, não se recomenda uso em longo prazo devido sua cardiotoxicidade. Já os neurolépticos atípicos, de segunda geração (risperidona e quetiapina) influenciam tanto na liberação da dopamina, quanto da serotonina intervindo nos sintomas de delirium hipoativo. Somado a isso, são mais utilizados por apresentarem menores efeitos adversos e com potência similar. Os principais efeitos adversos são os anticolinérgicos, sedativos e hipotensores (F. S. Ribeiro et al., 2022).

Os relaxantes musculares (ciclobenzaprina e baclofeno) são recomendados na dor associada ao espasmo muscular, podendo estes estar associados ou não aos analgésicos. Outro medicamento adjuvante utilizado para a dor é a cetamina, utilizado em situações de difícil controle da dor que não obtêm resposta a outros tratamentos, como na síndrome da dor complexa regional. Dentre os agonistas alfa – 2 adrenérgicos, destaca-se a dexmedetomidina com propriedades ansiolíticas, sedativas, hipnóticas e analgésicas e não produz depressão respiratórias significativa e a clonidina, tendo esse propriedades sedativas e analgésicas. Além do mais, a clonidina tem seu uso aplicado no pós-operatório para prolongar a analgesia além de reduzir a pressão arterial sistêmica e o consumo de opióides (Castilho et al., 2021).

Os corticosteróides (dexametasona e metilprednisolona) auxiliam na intensidade da dor relacionada a edema e inflamação em pacientes oncológicos, entretanto, o seu uso não deve ser maior que sete dias pois, acarreta em efeitos colaterais significativos. Já a lidocaína pomada tem sua aplicação na dor neuropática localizada como neuralgia pós-herpética e síndrome da dor pós-operatória, além disso, a lidocaína pomada pode reduzir a alodinia (Chapman et al., 2020; Hasuo et al., 2019; van den Beuken-van, Everdingen et al., 2016).

Após realizada a revisão bibliográfica e a seleção dos medicamentos elegíveis padronizados para manejo da dor, tornou-se necessário a inclusão de três medicamentos a fim de, garantir maior variabilidade na escolha terapêutica: morfina gotas, metadona injetável e picossulfato de sódio. Estes medicamentos foram submetidos à Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) para avaliação e posteriormente obteve-se a aprovação.

Além disso, desenvolveu-se prescrições padrões no sistema informatizado da presente instituição a fim de, após aplicada a escala de dor pelos enfermeiros, técnicos de enfermagem e farmacêuticos, o médico possa selecionar a prescrição conforme intensidade da dor: leve, moderada e forte conforme representada na Figura 3. A elaboração dessas prescrições tem como finalidade evitar erros de prescrições, bem como, promover maior agilidade e adesão ao protocolo (Ney & Weathers, 2019).

**Figura 3** - Prescrição padrão conforme intensidade da dor.

<b>DOR LEVE</b> PARACETAMOL 750 mg - 1 cp - S/N - VO - 6/6 h DIPIRONA SÓDICA 1g - 1 CP - S/N - VO - 6/6 h DIPIRONA SÓDICA 500 mg/ml AMP 2mL - 1 AMPOLA - S/N - IV - 6/6 h PARACETAMOL GOTAS 20 0mg/mL - 3,5 mL - S/N - SE - 6/6 h CETOROLACO 30 mg/mL AMP 2mL - 1 AMPOLA - S/N - IV - 6/6 h
<b>DOR MODERADA</b> <b>*medicamentos da DOR LEVE +</b> CODEÍNA + PARACETAMOL 30/500 mg - 1 cp - S/N - VO - 6/6 h TRAMADOL 50mg/mL AMP 1mL - 1 AMPOLA - S/N - IV - 6/6 h TRAMADOL 50 mg - 1 cp - S/N - VO - 6/6 h LACTULOSE 667 mg/mL FR 120mL - 10mL - VO - 12/12 h METOCLOPRAMIDA 10 mg AMP 2 mL - 1 AMPOLA - S/N - IV - 6/6 h
<b>DOR MODERADA</b> <b>*medicamentos da DOR LEVE +</b> MORFINA SULFATO 10mg/mL AMP 1 mL - 1 AMPOLA - S/N - IV - 6/6 h (Incluir a dose no campo específico na observação do medicamento). MORFINA 10mg/mL FR/60 mL - 1 mL - S/N - VO - 4/4 h LACTULOSE 667 mg/mL FR 120mL - 10mL - VO - 12/12 h METOCLOPRAMIDA 10 mg AMP 2 mL - 1 AMPOLA - S/N - IV - 6/6 h

Fonte: Elaborado pelos autores.

Mediante a escolha da prescrição padrão de acordo com a intensidade da dor do paciente, o prescritor pode eleger os analgésicos que melhor enquadram-se na individualidade de cada paciente, bem como, proporcionar o manejo adequado aos efeitos adversos oferecidos pelos opióides. Além disso, as prescrições podem ser alteradas por meio da exclusão de item da prescrição e inclusão de medicamentos adjuvantes e opióides com dose de resgate.

A inadequada assistência ao paciente com dor atribui-se a falta de conhecimentos dos profissionais de saúde, a ausência da abordagem multidisciplinar e a falta de protocolos institucionais para manejo da dor. Desta forma, após finalizado protocolo, deu-se início às capacitações aos profissionais enfermeiros, técnicos de enfermagem e farmacêuticos. Para isto, elaborou-se um material audiovisual (slides) com apresentação do protocolo, assim como, uma ferramenta orientativa em uma folha tamanho A4 plastificada com as escalas de avaliação da dor juntamente com a escada analgésica com os respectivos medicamentos padronizados. Esta ferramenta foi desenvolvida com o intuito de nortear os profissionais de saúde no momento da avaliação da dor à beira leito, tal como, para consulta rápida dos medicamentos elegíveis para cada intensidade da dor (L. M. da Silva et al., 2020).

Além do mais, foi apresentado pela médica do setor de qualidade da instituição, por meio digital, ao corpo clínico do hospital, as escalas de avaliação da dor e as prescrições padrões, além da divulgação da construção desse protocolo institucional.

A autora e médica paliativista Ana Cláudia Quintana Arantes relata que a experiência da dor entre as pessoas passa por mecanismos distintos de percepção, expressão e comportamento, ou seja, cada dor é única, mesmo que o tratamento ofereça alívio a esse sofrimento. E acrescenta que, os pacientes em cuidados paliativos apenas conseguem refletir sobre o sentido da vida se qualquer desconforto físico intenso for amenizado. Desta forma, os cuidados paliativos compreende-se como um conhecimento de alta complexibilidade e portanto, torna-se indispensável buscar sempre um ensino de qualidade (Arantes, 2019).

#### 4. Considerações Finais

Levando-se em consideração o exposto, construiu-se um protocolo para manejo da dor em cuidados paliativos. Uma vez que, o cuidado adequado da dor torna-se de suma importância no alívio do sofrimento aos pacientes em cuidados paliativos e seus familiares. Deste modo, o farmacêutico clínico possui ampla atribuição na construção desse protocolo mediante a

revisão bibliográfica da farmacoterapia, elegibilidade dos medicamentos padronizados essenciais para manejo da dor, o uso racional e o controle adequado aos efeitos adversos dos opióides. Além disso, juntamente com a equipe multidisciplinar, o farmacêutico clínico participa da padronização das escalas para avaliação da dor e contribui nas capacitações às equipes assistenciais.

Dentre as limitações do estudo, pode-se destacar a incipiência da CCPT da presente instituição e a ainda escassa experiência e conhecimento em Cuidados Paliativos dos profissionais de saúde, tornando a aplicação do protocolo, um processo desafiador.

Diante disso, como proposta para trabalhos futuros, almeja-se avaliar, mediante os indicadores de qualidade na assistência, a aplicabilidade das escalas de dor, assim como, a utilização das prescrições padrões com o intuito de verificar a adesão ao presente protocolo e consequentemente, o adequado manejo da dor.

## Referências

- Aguiar, D. S., & Pinheiro, I. de M. (2019). Multidimensional instruments validated in Brazil for pain evaluation in the elderly: narrative review. *Brazilian Journal Of Pain*, 2(3), 289–292. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190051>
- Arantes, A. C. Q. (2019). *A morte é um dia que vale a pena viver*. Sextante.
- Azevedo-Santos, I. F., Alves, I. G. N., Cerqueira Neto, M. L. de, Badauê-Passos, D., Santana-Filho, V. J., & Santana, J. M. de. (2017). Validação da versão Brasileira da Escala Comportamental de Dor (Behavioral Pain Scale) em adultos sedados e sob ventilação mecânica. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 67(3), 271–277. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2015.11.006>
- Barbosa Neto, J. O., Garcia, M. A., & Garcia, J. B. S. (2015). Revisiting methadone: pharmacokinetics, pharmacodynamics and clinical indication. *Revista Dor*, 16(1), 60–66. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20150012>
- Bifulco, V. A., & Caponero, R. (2016). *Cuidados Paliativos: Conversas Sobre A Vida E A Morte Na Saúde*. Manola Ltda.
- Brinkman-Stoppelenburg, A., Witkamp, F. E., Zuylen, L. van, Rijdt, C. C. van der., & Heide, A. van der. (2018). Palliative care team consultation and quality of death and dying in a university hospital: A secondary analysis of a prospective study. *PLOS ONE*, 13(8), 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201191>
- Castilho, R. K., Silva, V. C. S., & Pinto, C. da S. (2021). Manual de Cuidados Paliativos. In *Academia Nacional de Cuidados Paliativos* (3ª edição). Atheneu.
- Resolução Nº 585 de 29 de Agosto de 2013, Conselho Federal de Farmácia 1 (2013). <https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>
- Chapman, E. J., Edwards, Z., Boland, J. W., Maddocks, M., Fettes, L., Malia, C., Mulvey, M. R., & Bennett, M. I. (2020). Practice review: Evidence-based and effective management of pain in patients with advanced cancer. *Palliative Medicine*, 34(4), 444–453. <https://doi.org/10.1177/0269216319896955>
- Chiarotto, A., Maxwell, L. J., Ostelo, R. W., Boers, M., Tugwell, P., & Terwee, C. B. (2019). Measurement properties of Visual Analogue Scale, Numeric Rating Scale and Pain Severity subscale of the Brief Pain Inventory in patients with low back pain: a systematic review. *Journal of Pain*, 20(2), 245–263. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.07.009>
- Coradazzi, A. L., Santana, M. T. E. A., & Caponero, R. (2019). *Cuidados Paliativos: Diretrizes para melhores práticas* (1ª). MG Editores.
- De Castro, C. C., Pereira, A. K. da S., & Bastos, B. R. (2018). Implementação da avaliação da dor como o quinto sinal vital. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 12(11), 3009–3014. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i11a236994p3009-3014-2018>
- Ferreira, G. D., & Mendonça, G. N. (2017). Cuidados Paliativos: Guia de Bolso. In *Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP* (1ª edição). Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP.
- Fonseca, L. dos S., de Araújo, M. S., Santos, R. N., da Silva Sá, L. T. G., Santos, J. C. de O., Ferreira, L. L. L., Carvalho, B. C., & Kameo, S. Y. (2021). Cuidados paliativos: Conhecimento de acadêmicos da saúde. *Research, Society and Development*, 10(6).
- Franco, I. da S. M. F., Batista, J. B. V., Freire, M. L., Evangelista, C. B., Santos, M. S. de L., & Lopes, M. E. L. (2020). Morte e luto em cuidados paliativos: vivência de profissionais de saúde. *Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 12, 703–709. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v12>
- Hasuo, H., Sakuma, H., Uchitani, K., Ohue, K., & Fukunaga, M. (2019). Short-Term Effects of 10% Lidocaine Ointment on Allodynia in Cancer Pain: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Crossover Study. *Journal of Palliative Medicine*, 22(11), 1364–1369. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0081>
- Iaco, F., Mannaioni, G., Serra, S., Finco, G., Sartori, S., Gandolfo, E., Sansone, P., & Marinangeli, F. (2022). Equianalgesia, opioid switch and opioid association in different clinical settings: a narrative review. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 26(6), 2000–2017. [https://doi.org/10.26355/eurrev\\_202203\\_28349](https://doi.org/10.26355/eurrev_202203_28349)
- Javed, S., & Abdi, S. (2020). Use of anticonvulsants and antidepressants for treatment of complex regional pain syndrome: a literature review. *Pain Management*, 11(2), 189–199. <https://doi.org/10.2217/pmt-2020-0060>
- Karcioglu, O., Topacoglu, H., Dikme, O., & Dikme, O. (2018). A systematic review of the pain scales in adults: Which to use? *American Journal of Emergency Medicine*, 36(4), 707–714. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.01.008>

- Maemura, L. M., Matos, J. de A., Oliveira, R. F., Carrijo, T. M., Vieira, F. T., & Medeiros, R. P. (2021). Avaliação de uma equipe multidisciplinar no tratamento da dor crônica: estudo intervencionista e prospectivo. *Brazilian Journal Of Pain*, 4(4), 327–331. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210060>
- Maiello, A. P. M. V., Coelho, F. P., Messias, A. de A., & D'Alessandro, M. P. S. (2020). Manual de Cuidados Paliativos. In *Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde; CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde* (p. 175). Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde; CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v23i3.1048>
- Mattos, S. L. do L., Azevedo, M. P., Cardoso, M. G. de M., & Nunes, R. R. (2018). Dor e Cuidados Paliativos. In *Sociedade Brasileira de Anestesiologia*. Sociedade Brasileira de Anestesiologia. [http://www.amape.com.br/wp-content/uploads/2018/07/ebook\\_dor\\_e\\_cuidados\\_paliativos.pdf](http://www.amape.com.br/wp-content/uploads/2018/07/ebook_dor_e_cuidados_paliativos.pdf)
- Ney, J. P., & Weathers, A. L. (2019). Computerized prescriber order entry and opiate prescription in ambulatory care visits. *Journal of the American Pharmacists Association*, 59(2), S52–S56. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2019.01.010>
- Oliveira, D. S. da S., Roque, V. D. A., & Maia, L. F. dos S. (2019). A dor do paciente oncológico: as principais escalas de mensuração. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 9(26), 40–59. <https://doi.org/10.24276/recien2358-3088.2019.9.26.40-59>
- Oosten, A. W., Abrantes, J. A., Jönsson, S., De Bruijn, P., Kuip, E. J. M., Falcão, A., Van Der Rijt, C. C. D., & Mathijssen, R. H. J. (2016). Treatment with subcutaneous and transdermal fentanyl: results from a population pharmacokinetic study in cancer patients. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 72(4), 459–467. <https://doi.org/10.1007/s00228-015-2005-x>
- Paula, C. C. De, Zanon, B. P., Padoin, S. M. de M., & Ribeiro, A. C. (2018). Pesquisa Convergente Assistencial: Produção de dados para revelação do diagnóstico de HIV para crianças e adolescentes. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 6(10), 91–110.
- Pegoraro, M. M. de O. (2018). *Protocolo de Cuidados Paliativos para pacientes com limitação de suporte de vida em unidade de terapia intensiva*. Universidade Federal do Paraná - Curitiba.
- Pinheiro, A. R. de Q., & Marques, R. M. D. (2019). Behavioral Pain Scale e Critical Care Pain Observation Tool para avaliação da dor em pacientes graves intubados orotraquealmente. Revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(4), 571–581. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190070>
- Pinto, M. C. M., Minson, F. P., Lopes, A. C. B., & Laselva, C. R. (2015). Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão em português (Brasil) da escala de dor Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD-Brasil) em pacientes adultos não comunicantes. *Einstein*, 13(1), 14–19. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082015AO3036>
- Rabelo, M. L., & Borella, M. L. L. (2013). Papel do farmacêutico no seguimento farmacoterapêutico para o controle da dor de origem oncológica. *Revista Dor*, 14(1), 58–60.
- Ribeiro, F. S., Costa, B. M., & Garcia, J. B. S. (2022). Neurolépticos e o tratamento do delirium em pacientes oncológicos em cuidados paliativos: Há diferença na eficácia entre subclasses? In B. R. da S. Neto (Ed.), *A medicina como elo entre a Ciência e a Prática* (pp. 129–142). Atena Editora.
- Ribeiro, O., Lima, S., & Duarte, J. (2020). Literacia em Saúde em Cuidados Paliativos. *Millenium*, 2(5), 281–292.
- Rosa, A., Macedo, B., Assunção, D., Virgolino, G., Almeida, J., Rocha, L., Almeida, M., Figueira, M., Resende, N., Lobato, P., Ribeiro, T., & Vasconcelos, T. (2020). *Manual de Avaliação e Tratamento da Dor* (1ª edição). Editora da Universidade do Estado do Pará - EDUEPA.
- Roth, A. R., & Canedo, A. R. (2019). Introduction to Hospice and Palliative Care. *Primary Care - Clinics in Office Practice*, 46(3), 287–302. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2019.04.001>
- Saiz-Rodríguez, M., Ochoa, D., Herrador, C., Belmonte, C., Román, M., Alday, E., Koller, D., Zubiaur, P., Mejía, G., Hernández-Martínez, M., & Abad-Santos, F. (2019). Polymorphisms associated with fentanyl pharmacokinetics, pharmacodynamics and adverse effects. *Basic and Clinical Pharmacology and Toxicology*, 124(3), 321–329. <https://doi.org/10.1111/bcpt.13141>
- Santos, L. de P., Fontoura, L. H. M., Silva, S. F. A., Santos, A. L. B., Tanajura, G. L. C., Cunha, G. C., Rabelo, A. L. F., Maziero, C. de F., Almeida, L. M., & Arruda, J. S. D. (2021). Manejo seguro de opióides usados no cuidado paliativo: revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(6), 1–7.
- Silva, L. J., Mendanha, D. M., & Gomes, P. P. (2020). The use of opioids in the treatment of oncologic pain in the elderly. *Brazilian Journal Of Pain*, 3(1), 63–72. <https://doi.org/DOI.10.5935/2595-0118.20200014>
- Silva, L. M., Paula, E. C., Silveira, S. Q., Abib, A. C. V., Nunes, W. P. M., & Sasaki, H. H. (2020). Impacto de estratégias educativas nos indicadores de qualidade do controle de dor em um hospital de alta complexidade. *Brazilian Journal Of Pain*, 3(4), 342–347. <https://doi.org/DOI.10.5935/2595-0118.20200197>
- Stevens, A. J., Woodman, R. J., & Owen, H. (2015). The effect of ondansetron on the efficacy of postoperative tramadol: A systematic review and meta-analysis of a drug interaction. *Anaesthesia*, 70(2), 209–218. <https://doi.org/10.1111/anae.12948>
- Trentini, M., Paim, L., & da Silva, D. M. G. V. (2017). O método da pesquisa convergente assistencial e sua aplicação na prática de enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, 26(4), 1–10. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001450017>
- van den Beuken-van Everdingen, M. H. J., de Graeff, A., Jongen, J. L. M., Dijkstra, D., Mostovaya, I., & Vissers, K. C. (2016). Pharmacological Treatment of Pain in Cancer Patients: The Role of Adjuvant Analgesics, a Systematic Review. *Pain Practice*, 17(3), 409–419. <https://doi.org/10.1111/papr.12459>
- Wassmansdorf Mattos, C., & D'Agostini Derech, R. (2020). Cuidados paliativos providos por médicos de família e comunidade na atenção primária à saúde brasileira: um survey nacional. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 15(42), 2094. [https://doi.org/10.5712/rbmf15\(42\)2094](https://doi.org/10.5712/rbmf15(42)2094)
- Wick, E. C., Grant, M. C., & Wu, C. L. (2017). Postoperative Multimodal Analgesia Pain Management With Nonopioid Analgesics and Techniques: a review. *JAMA Surgery*, 152(7), 691–697. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.0898>
- Yang, B., Cui, Z., Zhu, X., Deng, M., Pan, Y., Li, R., Guo, M., Lu, G., Zhang, X., Guo, L., Huang, Y., & Li, F. (2020). Clinical pain management by a multidisciplinary palliative care team: Experience from a tertiary cancer center in China. *Medicine*, 99(48), 1–14.
- Yang, J., Bauer, B. A., Wahner-Roedler, D. L., Chon, T. Y., & Xiao, L. (2020). The Modified WHO Analgesic Ladder: Is it Appropriate for Chronic Non-Cancer Pain? *Journal of Pain Research*, 13(4), 411–417. <https://doi.org/10.2147/JPR.S244173>