

Ciências da Saúde em Perspectiva Contemporânea:

interfaces entre pesquisa, prática clínica
e políticas públicas.



Mickael Rosendo da Silva Sousa
Anderson Alves da Silva

Conselho Editorial

Everton Henrique Mesquita De
Arruda
Andressa Santana Batista
Marcelo Carvalho da
Conceição
Patricia da Silva

Avaliadores

Maria Gabrielle Fernandes
Vieira de Sousa

Amanda Veríssimo

Publicação: Editora Publique-se

Número do volume: 01

Páginas: 01 à 790.

Número da edição/revisão: 01

Série: 01.

Cidade: Capão Bonito - SP.

ISBN: 978-65-979876-2-7

DOI: 10.5281/zenodo.19950570

CUIDADOS PALIATIVOS NA TERMINALIDADE ONCOLÓGICA: A EFICÁCIA DO CONTROLE ÁLGICO E DA SEDAÇÃO PALIATIVA NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES EM ESTÁGIO AVANÇADO.



10.5281/zenodo.20008106

José Vinícius Magalhães da Silva.

Graduado em Farmácia pela Kroton (2014–2018). Possui especialização em Farmacologia pelo Instituto de Educação de Montes Claros (2023–2024) e formações complementares nas áreas de Supervisão e Orientação Educacional, Farmácia Hospitalar e Farmácia Oncológica. Atua na área da saúde, com ênfase em farmacologia, assistência farmacêutica e práticas clínicas em ambiente hospitalar. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9192947225929002>. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-6666-0025>. E-mail: profviniciusadm@gmail.com

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos, no contexto oncológico contemporâneo, emergem como uma resposta clínica e ética à complexidade dos processos de adoecimento em estágios avançados, nos quais a progressão da doença impõe limites concretos às possibilidades terapêuticas curativas e desloca o eixo da prática assistencial para a gestão do sofrimento em suas múltiplas expressões. Conforme discutido por De Carvalho (2024), a experiência do câncer avançado é marcada por uma sobreposição de sintomas físicos intensos, sofrimento emocional persistente e desorganização das rotinas sociais, o que exige uma abordagem que não se restrinja ao tratamento da doença, mas que incorpore dimensões subjetivas e relacionais do cuidado. Nesse mesmo horizonte, De Sousa (2023) sustenta que os cuidados paliativos se estruturam a partir de uma lógica de integralidade que articula intervenções clínicas, suporte psicossocial e atenção às necessidades espirituais, configurando uma prática que redefine o sentido da assistência em situações de terminalidade.

Tal reconfiguração não se limita à introdução de novas técnicas, mas implica uma transformação do próprio paradigma assistencial, na medida em que o paciente deixa de ser concebido como objeto de intervenções curativas e passa a ser reconhecido como sujeito de necessidades complexas, cuja qualidade de vida se torna o critério orientador das decisões clínicas, como também apontam Firmino (2021) e Da Silva (2021) ao enfatizarem a centralidade da abordagem interdisciplinar no cuidado paliativo.

Nesse movimento de transição entre modelos assistenciais, observa-se um tensionamento entre a persistência de práticas centradas na prolongação da vida a qualquer custo e a consolidação de estratégias voltadas ao alívio do sofrimento e à preservação da dignidade no processo de morrer, o que se expressa de forma particularmente evidente na

organização dos cuidados nos últimos dias de vida. De Freitas (2020) evidencia que, em muitos contextos, a manutenção de intervenções agressivas nos momentos finais está associada a um uso desproporcional de recursos e a benefícios clínicos limitados, reforçando a necessidade de incorporação precoce dos cuidados paliativos como forma de qualificar a assistência.

Nessa direção, Wang (2025) demonstra que a integração de cuidados paliativos desde fases iniciais da doença está associada à melhora significativa da qualidade de vida, à redução da carga sintomática e à maior adequação das intervenções ao prognóstico clínico. A literatura também aponta que essa transição exige o desenvolvimento de competências específicas por parte das equipes de saúde, incluindo habilidades de comunicação, manejo de sintomas complexos e tomada de decisão compartilhada, como discutem Farias (2025) e Pimentel (2024) ao analisarem a prática profissional em contextos de terminalidade. Ao mesmo tempo, Santos (2022) amplia essa discussão ao evidenciar que a noção de qualidade de vida em cuidados paliativos ultrapassa parâmetros estritamente biomédicos, incorporando dimensões relacionadas ao bem-estar subjetivo e à percepção de conforto, o que reforça a necessidade de abordagens individualizadas e sensíveis às singularidades de cada paciente.

No interior desse campo, o controle de sintomas assume papel estruturante, sobretudo no que se refere à dor oncológica e aos quadros refratários que caracterizam a fase final da doença, configurando-se como condição indispensável para qualquer tentativa de preservação da qualidade de vida. Barcelos (2018) destaca que a dor oncológica, frequentemente de alta intensidade e difícil manejo, exige o uso criterioso de opioides e outras estratégias farmacológicas, cuja eficácia está diretamente relacionada à avaliação contínua e à adaptação das condutas terapêuticas. Em consonância com essa perspectiva, Silva (2015) ressalta que a avaliação sistemática da dor permite não apenas o controle sintomático, mas também a compreensão de seus impactos funcionais e emocionais, evidenciando sua natureza multifatorial.

De Carvalho (2025), ao propor um olhar multidimensional sobre o controle de sintomas, enfatiza que a dor não pode ser dissociada de outros elementos, como fadiga, ansiedade e sofrimento existencial, o que exige intervenções integradas e coordenadas. Quando tais estratégias se mostram insuficientes, a sedação paliativa emerge como alternativa clínica para o manejo de sintomas refratários, sendo definida por Prado (2018) como a redução intencional do nível de consciência com o objetivo de aliviar sofrimento intolerável, especialmente em situações de dispneia, delirium e dor intratável. Estudos como o de Parra Palacio (2018) indicam que, quando corretamente indicada, a sedação paliativa contribui para a redução do sofrimento sem impactar negativamente a sobrevida, reforçando seu papel como intervenção

legítima no contexto da terminalidade. Nesse sentido, Almeida (2025) argumenta que a articulação entre controle algíco eficaz e uso criterioso da sedação paliativa constitui uma das principais estratégias para a promoção do conforto e da qualidade de vida em pacientes oncológicos em estágio avançado, delimitando um campo de atuação no qual o objetivo não é a cura, mas a construção de um processo de cuidado que respeite a dignidade e as necessidades do paciente até o final da vida.

2. FUNDAMENTOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA TERMINALIDADE ONCOLÓGICA

2.1 CONCEITOS, PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Os cuidados paliativos configuram-se, no campo da oncologia, como uma abordagem assistencial orientada pela finalidade de melhorar a qualidade de vida de pacientes e de suas famílias diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, deslocando o eixo da prática clínica para a prevenção e o alívio do sofrimento por meio de identificação precoce, avaliação sistemática e manejo adequado de sintomas físicos, psicossociais e espirituais, conforme delineado por Gomes (2016) e reiterado por Silva (2021) ao enfatizar que tal modelo não se restringe à fase final, mas se integra progressivamente ao longo do curso da doença. Nesse sentido, Souza (2022) evidencia que a evolução conceitual dos cuidados paliativos acompanha transformações mais amplas na medicina, abandonando a centralidade exclusiva da cura e incorporando a noção de cuidado contínuo, enquanto Pineli (2016) destaca que essa abordagem se estrutura a partir de uma lógica que reconhece a complexidade do adoecimento crônico e terminal, exigindo respostas que transcendam o tratamento biomédico isolado.

Tal compreensão é aprofundada por Mendes (2015), ao relacionar os cuidados paliativos aos princípios do sistema de saúde brasileiro, especialmente no que diz respeito à universalidade e à integralidade, o que implica reconhecer o paciente em sua totalidade e não apenas como portador de uma patologia. Nessa mesma direção, Silva (2021) argumenta que o objetivo do cuidado paliativo não é prolongar ou abreviar a vida, mas oferecer condições para que o paciente vivencie seu processo de adoecimento com o menor nível possível de sofrimento, o que exige intervenções proporcionais ao seu estado clínico e alinhadas às suas necessidades e valores.

A sustentação desse modelo encontra-se nos princípios de integralidade, dignidade e autonomia, que orientam a prática assistencial e redefinem os parâmetros de decisão clínica no contexto da terminalidade. A integralidade, conforme discutido por Silva (2021) e reafirmado por Côbo (2019), implica a articulação de múltiplas dimensões do cuidado, contemplando não

apenas o controle de sintomas físicos, mas também o suporte emocional, social e espiritual, o que exige a construção de estratégias que integrem diferentes saberes e práticas profissionais. A dignidade, por sua vez, assume papel normativo ao orientar intervenções que respeitem o paciente como sujeito de direitos, evitando práticas desproporcionais ou fúteis, como ressalta Dadalto (2022) ao discutir os limites ético-jurídicos das intervenções no fim da vida.

Nesse contexto, a autonomia emerge como princípio indissociável, exigindo que o paciente participe das decisões relacionadas ao seu tratamento sempre que possível, sendo suas preferências consideradas na definição das condutas, como apontam Vianna (2026) e Brito (2025) ao enfatizarem a centralidade do respeito à vontade do indivíduo. Essa articulação entre princípios bioéticos não se dá de forma abstrata, mas se concretiza na prática cotidiana dos serviços de saúde, onde profissionais precisam equilibrar demandas clínicas, expectativas familiares e limites institucionais, como discutem Pantoja (2025) e Abobreira (2025) ao analisarem o papel da enfermagem nesse cenário.

A abordagem multidimensional do sofrimento constitui um dos fundamentos mais densos dos cuidados paliativos, na medida em que reconhece que a experiência do adoecimento oncológico avançado não pode ser reduzida à dimensão física da dor, mas envolve um conjunto complexo de manifestações que incluem sofrimento psicológico, desorganização social e inquietações de natureza existencial e espiritual. Silva (2021), ao analisar a prática da enfermagem em oncologia, aponta que a dor frequentemente se articula a estados de ansiedade, medo e perda de sentido, o que exige intervenções que ultrapassem o manejo farmacológico e incorporem estratégias de acolhimento e escuta qualificada. Nessa mesma perspectiva, Gomes (2025) destaca que a dimensão espiritual assume relevância particular na terminalidade, pois pacientes e familiares mobilizam crenças e valores na tentativa de atribuir sentido à experiência da morte iminente, enquanto Benites (2021) evidencia que o sofrimento existencial pode se intensificar diante da ausência de suporte adequado, impactando não apenas o paciente, mas também seus cuidadores.

A literatura também aponta que o suporte psicossocial desempenha papel relevante na reorganização das relações e na adaptação ao processo de adoecimento, como discutem Frossara (2018) e Louzado (2023), ao enfatizarem a necessidade de intervenções que considerem o contexto familiar e social do paciente. Nesse cenário, a prática paliativa se configura como um campo de articulação entre diferentes dimensões do cuidado, no qual o controle de sintomas físicos se integra a ações voltadas ao enfrentamento do sofrimento emocional e espiritual, constituindo uma resposta assistencial que busca não eliminar a

finitude, mas transformar a experiência de viver o processo de morrer em condições de maior conforto e reconhecimento da singularidade do sujeito.

2.2 CARACTERIZAÇÃO DA TERMINALIDADE EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

A caracterização da terminalidade em pacientes oncológicos exige deslocar a análise de um critério exclusivamente biológico para uma leitura clínica mais ampla, na qual prognóstico, declínio funcional, refratariedade terapêutica e intensificação do sofrimento passam a compor um quadro interpretativo integrado. Gomes (2016) assinalam que os cuidados paliativos se tornam mais incisivos quando a doença ameaça a continuidade da vida e as intervenções modificadoras do curso clínico deixam de oferecer benefício proporcional, o que demanda reconhecer o momento em que a terapêutica curativa perde centralidade e o cuidado passa a se orientar pelo conforto e pela qualidade de vida. Nessa direção, Souza (2022) mostra que a própria evolução histórica do conceito de cuidados paliativos conduziu a uma ampliação dos critérios de elegibilidade, afastando a ideia de que a terminalidade seria um instante isolado e claramente delimitado, para concebê-la como processo progressivo de agravamento clínico.

Essa compreensão é retomada por Silva Rocha (2022) e por Porto (2020), que descrevem a terminalidade oncológica como fase marcada pela irreversibilidade do quadro, pela limitação das respostas terapêuticas e pela necessidade de readequação dos objetivos assistenciais. Em perspectiva semelhante, Dadalto (2022) observa que o reconhecimento da terminalidade possui implicações éticas e jurídicas relevantes, pois condiciona a legitimidade de decisões voltadas à proporcionalidade terapêutica, à limitação de procedimentos fúteis e ao respeito à vontade do paciente. Por isso, mais do que identificar a proximidade estatística da morte, a avaliação da terminalidade requer examinar a combinação entre progressão tumoral, piora do estado geral, falência orgânica, perda de desempenho funcional e aumento da dependência, aspectos que Almeida (2019) sistematiza ao discutir a síndrome de terminalidade como diagnóstico de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos.

No plano clínico, a progressão da doença e o declínio funcional constituem marcadores decisivos para o reconhecimento da fase avançada, pois expressam a deterioração progressiva da capacidade do organismo de sustentar atividades básicas, tolerar intervenções e manter estabilidade sintomática. Pimenta e Calvalcante (2022) observam que, na oncologia terminal, a evolução da doença costuma ser acompanhada por dor persistente, fadiga intensa, anorexia, fraqueza, dispneia, rebaixamento do desempenho físico e dependência crescente para

autocuidado, o que exige monitoramento contínuo e redefinição das metas terapêuticas. De Freitas (2025) e Louzado (2023) reforçam que esse declínio não é apenas biológico, mas repercute na autonomia, na comunicação e na participação do paciente nas decisões, tornando indispensável a atuação de profissionais capazes de reconhecer mudanças sutis no quadro clínico. Xavier (2025) e Abobreira (2025) mostram que a enfermagem ocupa posição privilegiada nesse acompanhamento, porque observa de forma contínua as alterações funcionais, a piora sintomática e os sinais de sofrimento não verbalizado.

No campo pediátrico, Silva (2021), Do Nascimento e Bittencourt (2022) e Dias (2020) indicam que a caracterização da terminalidade apresenta particularidades, já que o processo de agravamento é atravessado por estágios de desenvolvimento, dependência familiar ampliada e dinâmicas específicas de comunicação, mas ainda assim mantém como eixos centrais a progressão irreversível, a perda funcional e a necessidade de priorizar conforto e morte digna. Sob outra chave, Silva (2016) propõe que a qualidade da sobrevivência do paciente oncológico deve ser considerada parte da leitura prognóstica, já que o prolongamento biológico da vida, quando dissociado de condições mínimas de conforto e relação, não pode ser tomado como critério suficiente de benefício assistencial. Essa interpretação dialoga com Mendes (2015), Pineli (2016), Côbo (2019), Vianna (2026), Tótolli (2025) e Brito (2025), para quem a identificação da terminalidade não deve servir à exclusão do cuidado, mas ao contrário, à intensificação de práticas clinicamente adequadas, eticamente proporcionais e coerentes com as necessidades reais do paciente.

As necessidades específicas do paciente em fase avançada derivam justamente dessa condição de vulnerabilidade ampliada e exigem leitura multidimensional, uma vez que a terminalidade oncológica concentra sofrimento físico, instabilidade emocional, desorganização familiar, dependência progressiva e inquietações espirituais ligadas ao sentido da vida, à perda e à morte. Pantoja (2025) e Rodrigues Pantoja (2025) observam que, nesse estágio, o cuidado precisa contemplar controle rigoroso de sintomas, apoio emocional, preservação da dignidade e manutenção do vínculo com a família, o que afasta qualquer compreensão restrita da assistência como simples administração de medicação. Farias (2025) acrescenta que o reconhecimento dessas necessidades exige competências clínicas, comunicacionais e relacionais específicas, pois o paciente terminal apresenta demandas complexas que não se resolvem por protocolos rígidos. Macêdo (2023) mostra que os profissionais de saúde identificam como recorrentes, nessa fase, a necessidade de alívio da dor, acolhimento do sofrimento psíquico, suporte à família e manejo de conflitos em torno das decisões terapêuticas.

No mesmo sentido, Santos Moura (2022) evidencia que a percepção da qualidade do cuidado em cuidados paliativos depende da capacidade da equipe multiprofissional de responder de forma articulada a esse conjunto de necessidades, o que aproxima a discussão de Da Assunção (2025), Pinho (2025), Silva (2022), Alves (2026) e Da Silva (2021), que demonstram como a integração entre diferentes profissionais qualifica a resposta assistencial em contextos de alta complexidade. A dimensão espiritual também ganha relevo particular nesse momento. Gomes (2025), Benites (2021), Souza (2019), Mota (2020) e Mota, Santos e Oliveira Cardoso (2024) mostram que pacientes e familiares, ao vivenciarem a terminalidade, reinterpretem suas experiências à luz de perdas sucessivas, medos, esperança, culpa, finitude e busca de sentido, o que transforma o cuidado espiritual em necessidade concreta, e não acessória.

Cunha (2024) acrescenta que a conferência familiar, quando bem conduzida, favorece a comunicação sobre prognóstico, preferências e limites terapêuticos, permitindo que o planejamento do cuidado seja compartilhado e mais aderente aos valores do paciente. Frossara (2018), ao tratar da inserção do serviço social na oncologia paliativa, reforça ainda que as necessidades materiais, sociais e institucionais do paciente em fase avançada também devem ser consideradas, pois a terminalidade não ocorre fora das condições concretas de vida. Assim, caracterizar a terminalidade em oncologia implica reconhecer uma fase em que o agravamento clínico, o declínio funcional e a ampliação das necessidades assistenciais convergem para exigir um cuidado intensivo em presença, escuta, manejo sintomático e proteção da dignidade até o final da vida.

2.3 ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO E ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

A organização do cuidado em cuidados paliativos oncológicos pressupõe uma ruptura com a lógica fragmentada da assistência e exige a construção de arranjos interdisciplinares capazes de responder à complexidade clínica, relacional e ética que acompanha a terminalidade. Mendes e Vasconcellos (2015) já indicavam que os cuidados paliativos, quando lidos à luz dos princípios doutrinários do SUS, reclamam integralidade assistencial e articulação entre diferentes pontos e saberes do cuidado, o que afasta a ideia de que a atenção ao paciente em fase avançada possa ser reduzida a procedimentos médicos isolados. Na mesma direção, Gomes e Othero (2016) assinalam que o cuidado paliativo envolve necessariamente a composição de equipes multiprofissionais, uma vez que o sofrimento produzido pelo câncer avançado não se limita ao plano orgânico e alcança esferas emocionais, sociais, familiares e espirituais. Essa exigência aparece também na reconstrução histórica do conceito apresentada

por Souza et al. (2022), segundo os quais a ampliação contemporânea do cuidado paliativo implicou reconhecer que a resposta clínica adequada depende de cooperação entre profissões, planejamento compartilhado e leitura ampliada da condição do paciente.

Tal entendimento ganha densidade normativa nas discussões de Pineli et al. (2016) e Vianna et al. (2026), que problematizam se os cuidados paliativos devem ser restritos a especialistas ou assumidos como competência generalista, concluindo que, embora a alta complexidade exija formação específica, a prática paliativa precisa atravessar toda a formação em saúde. Brito e Besserra (2025) e Tótolli (2025), ao retomarem a necessidade de precisão conceitual no debate acadêmico e clínico, reforçam que a equipe interdisciplinar não atua apenas por justaposição de profissões, mas por integração de perspectivas sobre prognóstico, sintomas, funcionalidade, valores e limites terapêuticos.

Nesse quadro, o papel da enfermagem adquire relevo pela continuidade da observação clínica e pela proximidade cotidiana com o paciente, como mostram Pantoja, Cardoso e Cruz (2025), Rodrigues Pantoja, Cardoso e Cruz (2025), Louzado et al. (2023), Farias et al. (2025), Xavier et al. (2025), De Freitas, Da Silva e Gonçalves (2025) e Abobreira e Dias (2025), ao descreverem uma prática que articula avaliação de sintomas, manejo do conforto, mediação relacional e identificação precoce de necessidades emergentes. Esse mesmo horizonte se desdobra no campo pediátrico, em que Silva et al. (2021), Do Nascimento e Da Silveira Bittencourt (2022) e Dias et al. (2020) demonstram que o trabalho em equipe precisa incorporar família, desenvolvimento infantil e comunicação gradual como partes do próprio cuidado, e não como tarefas periféricas.

A literatura que examina o cotidiano assistencial mostra que a efetividade da equipe multiprofissional depende menos da simples presença de vários profissionais e mais da capacidade de coordenação entre eles, de modo que a interdisciplinaridade se realiza quando há circulação de informações, definição de responsabilidades e construção de objetivos assistenciais comuns. Dos Santos-Moura, Cualhete e De Almeida Fernandes (2022) evidenciam que os pacientes oncológicos em cuidados paliativos percebem diferenças concretas quando a equipe atua de forma integrada, sobretudo no que diz respeito à continuidade da assistência e à coerência das condutas, enquanto Da Assunção et al. (2025) e Pinho et al. (2025) mostram, em revisão sobre qualidade do cuidado, que a colaboração estruturada entre profissionais reduz fragmentação, melhora a segurança do paciente e qualifica decisões clínicas.

Essa discussão é aprofundada por Silva et al. (2022), que identificam como obstáculos recorrentes à prática multiprofissional em cuidados paliativos a comunicação deficiente entre

membros da equipe, a sobrecarga de trabalho e a rigidez organizacional dos serviços, fatores que repercutem diretamente na experiência do paciente e da família. A importância da gestão do cuidado aparece, portanto, como dimensão inseparável da interdisciplinaridade, pois não basta reconhecer teoricamente a necessidade de atuação conjunta se o serviço não cria condições materiais e organizacionais para que ela ocorra. Nessa perspectiva, Côbo et al. (2019) demonstram que, mesmo na atenção primária, os profissionais identificam a necessidade de redes articuladas para sustentar a continuidade assistencial em cuidados paliativos, e Alves et al. (2026) ampliam essa formulação ao mostrar que o território e as redes de suporte comunitário podem fortalecer o cuidado quando há integração entre equipe e vínculos sociais.

Frossara et al. (2018), ao focalizarem o serviço social em oncologia, insistem que a equipe multiprofissional não apenas trata sintomas, mas enfrenta vulnerabilidades socioeconômicas, barreiras de acesso e demandas institucionais que atravessam o processo de morrer. Mesmo estudos de outras áreas clínicas, como o relato de Da Silva et al. (2021), contribuem para essa compreensão ao demonstrar que situações complexas exigem coordenação intensa entre profissionais, o que é plenamente aplicável à oncologia paliativa. Por isso, Macêdo (2023), Porto et al. (2020), Silva Rocha e Doi (2022) e Dos Santos, Ferreira e Guirro (2020) permitem inferir que a qualidade do cuidado paliativo em oncologia depende de serviços capazes de integrar clínica, gestão, rede de suporte e trabalho em equipe em torno de um projeto assistencial coerente com a fase avançada da doença.

A comunicação com paciente e família ocupa, nesse arranjo, posição decisiva, porque é por meio dela que se constroem compreensão prognóstica, vínculo terapêutico, manejo de expectativas e pactuação das condutas proporcionais ao quadro clínico. Cunha, Carvalho e Anastácio (2024), ao revisarem diretrizes práticas para a conferência familiar em cuidados paliativos, mostram que a comunicação não deve ser improvisada nem reduzida à transmissão de notícias difíceis, mas compreendida como processo estruturado de escuta, tradução clínica e deliberação compartilhada. Essa formulação dialoga com Dadalto (2022), que destaca a relevância jurídica e ética de registrar preferências, esclarecer limites terapêuticos e respeitar a autonomia do paciente ou de seu representante, evitando decisões pautadas apenas pela inércia tecnológica ou pela ansiedade institucional diante da morte.

No plano experiencial, Mota (2020) e Mota, Santos e Oliveira-Cardoso (2024) evidenciam que pacientes com câncer avançado vivenciam a terminalidade em meio a perdas sucessivas de voz, corpo, autonomia e imagem de si, o que exige uma comunicação sensível às rupturas subjetivas que acompanham o agravamento clínico. Essa exigência reaparece em

Benites (2021) e Souza (2019), que mostram como familiares e cuidadores, ao acompanhar a terminalidade, sofrem não apenas pela proximidade da perda, mas também pela ausência de espaços legítimos de escuta e elaboração. Gomes e Da Cruz Matos (2025) acrescentam que a dimensão espiritual da comunicação, muitas vezes negligenciada, torna-se particularmente relevante na fase final da vida, já que perguntas sobre sentido, culpa, despedida e transcendência emergem no discurso de pacientes e famílias como necessidades concretas de cuidado.

No âmbito da enfermagem, Almeida (2019) e Silva et al. (2021) permitem compreender que o reconhecimento clínico da terminalidade depende, em grande parte, da observação contínua e da comunicação cotidiana, pois são esses profissionais que frequentemente captam alterações funcionais, sofrimento não verbalizado e mudanças no desejo do paciente. Assim, a boa comunicação em cuidados paliativos oncológicos não se resume a informar sobre gravidade, mas a sustentar um processo relacional em que paciente e família possam compreender a situação, expressar valores, revisar objetivos e participar de decisões sem serem excluídos pela linguagem técnica ou pela pressa institucional.

O planejamento antecipado de cuidados e a tomada de decisão, por sua vez, constituem desdobramentos dessa organização do cuidado e dessa comunicação qualificada, na medida em que permitem alinhar condutas clínicas ao prognóstico, à funcionalidade e às preferências do paciente. Silva et al. (2021) salientam que os cuidados paliativos envolvem estratégias concretas de definição de metas assistenciais, enquanto Gomes e Othero (2016) observam que a proporcionalidade terapêutica se torna parâmetro decisivo quando a doença avança e as possibilidades curativas se exaurem. Ao discutir a síndrome de terminalidade, Almeida (2019) oferece subsídios para reconhecer que a piora funcional e a refratariedade sintomática devem acionar revisões do plano terapêutico, e não sua manutenção automática. Pimenta e Calvalcante (2022) e Silva Rocha e Doi (2022) reforçam que o planejamento antecipado permite evitar intervenções fúteis e organizar o cuidado segundo prioridades concretas de conforto, manejo sintomático e presença familiar. Esse processo decisório, contudo, não se realiza sem tensão.

Silva, Cinthia Pereira et al. (2016) mostram que a qualidade da sobrevivência do paciente oncológico depende de como os profissionais compreendem o valor do tempo restante de vida, ao passo que Pantoja, Cardoso e Cruz (2025), Xavier et al. (2025) e Abobreira e Dias (2025) destacam que a enfermagem frequentemente atua como mediadora entre prescrição clínica, percepção do sofrimento e necessidades manifestadas pela família. No campo pediátrico, Silva et al. (2021), Dias et al. (2020) e Do Nascimento e Da Silveira Bittencourt (2022) demonstram que a deliberação exige ainda maior cautela, pois envolve responsáveis,

desenvolvimento da criança e preservação do conforto em contexto de alta carga emocional. Nessa mesma linha, Mendes e Vasconcellos (2015) lembram que decidir em cuidados paliativos significa também defender o acesso a cuidado proporcional como direito em saúde. Quando a equipe consegue articular interdisciplinaridade, comunicação consistente e planejamento antecipado, a tomada de decisão deixa de ser resposta tardia ao colapso clínico e passa a constituir prática contínua de cuidado, pela qual se organiza a trajetória do paciente oncológico em fase avançada com maior coerência entre necessidade clínica, vontade do sujeito e responsabilidade ética da assistência.

3. CONTROLE ÁLGICO NA ONCOLOGIA AVANÇADA E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA

3.1 FISIOPATOLOGIA DA DOR ONCOLÓGICA E AVALIAÇÃO CLÍNICA

A dor oncológica, no contexto da doença avançada, apresenta-se como um fenômeno complexo cuja compreensão exige articulação entre dimensões neurofisiológicas, clínicas e subjetivas, sendo reconhecida como uma das manifestações mais frequentes e incapacitantes no curso do câncer. Ercolani, Hopf e Schwan (2018) descrevem que sua origem é multifatorial, envolvendo tanto os efeitos diretos do crescimento tumoral quanto as consequências do tratamento antineoplásico e condições associadas, o que implica a necessidade de uma leitura ampliada do sintoma. Nesse cenário, Zorzetti, De Zoppa e Ottman (2024) indicam que os mecanismos fisiopatológicos incluem processos inflamatórios induzidos pela neoplasia, acidose local, compressão de estruturas adjacentes e infiltração tumoral, elementos que contribuem para a sensibilização periférica dos nociceptores.

A essa dinâmica soma-se a sensibilização central, que amplia a percepção dolorosa e favorece a cronificação do quadro, conforme discutem Ganem et al. (2025), evidenciando que a dor no câncer não pode ser reduzida a uma resposta direta ao dano tecidual, mas deve ser compreendida como um processo neurobiológico dinâmico. Nesse sentido, Da Silva, Vanessa Ferreira Belo et al. (2024) e De Carvalho, Cecília Mendes et al. (2025) apontam que a dor oncológica integra o conjunto de sintomas que demandam abordagem multidimensional, sendo inseparável de fatores emocionais, sociais e espirituais que modulam sua intensidade e significado. A relevância clínica dessa compreensão é reforçada por Silva (2024), ao demonstrar que o impacto dos cuidados paliativos na qualidade de vida está diretamente relacionado à capacidade de reconhecer e intervir sobre esses múltiplos determinantes da dor.

A classificação da dor oncológica em nociceptiva, neuropática e mista constitui ferramenta fundamental para o raciocínio clínico e para a definição das estratégias terapêuticas,

uma vez que diferentes mecanismos implicam respostas distintas aos tratamentos disponíveis. Ercolani, Hopf e Schwan (2018) distinguem a dor nociceptiva como aquela decorrente de lesão tecidual, podendo assumir características somáticas, geralmente bem localizadas, ou viscerais, mais difusas e de difícil delimitação, enquanto a dor neuropática resulta de lesões ou disfunções no sistema nervoso central ou periférico, manifestando-se por sensações como queimação, choque ou formigamento. Essa distinção é aprofundada por Souza (2024) e Silva (2018), ao enfatizarem que a dor mista, frequentemente observada em pacientes oncológicos, combina elementos de ambos os mecanismos, exigindo abordagens terapêuticas mais complexas. Menezes e Miranda (2022) destacam que a percepção da dor é influenciada por variáveis individuais, incluindo experiências prévias, estado emocional e contexto sociocultural, o que reforça a necessidade de avaliação clínica cuidadosa.

Nesse mesmo eixo, Melo, Araujo e Oliveira (2024) retomam o conceito de dor total, originalmente proposto no campo dos cuidados paliativos, para evidenciar que a experiência dolorosa ultrapassa o plano fisiológico, sendo atravessada por sofrimento psicológico e existencial. Silva, Joicilene Oliveira da et al. (2015) acrescentam que a dimensão espiritual pode intensificar ou modular a dor, sobretudo em fases avançadas da doença, enquanto Barbosa et al. (2021) mostram que a presença persistente de dor compromete de forma significativa a qualidade de vida, afetando funcionalidade, relações sociais e autonomia. Esses elementos indicam que a tipificação da dor não se limita à descrição clínica, mas constitui etapa analítica que orienta a compreensão da experiência do paciente em sua totalidade.

A avaliação da dor oncológica, por sua vez, constitui etapa decisiva na organização do cuidado, uma vez que a subvalorização ou mensuração inadequada do sintoma está entre os principais fatores associados ao seu manejo insuficiente. Tomaz, Tomacheuski e Taffarel (2016) indicam que o reconhecimento da dor exige abordagem sistemática, baseada na escuta qualificada e na utilização de instrumentos padronizados que permitam mensurar intensidade, localização, características e impacto funcional. Ratto (2019) descreve que escalas como a Escala Visual Analógica, a Escala Numérica e o Inventário Breve da Dor são amplamente utilizadas em oncologia por sua aplicabilidade clínica e capacidade de monitorar a evolução do sintoma ao longo do tempo. Essa perspectiva é reforçada por Souza, Fernanda Nunes et al. (2020) e Do Nascimento, Júlio César Coelho (2017), ao demonstrarem que a aplicação sistemática desses instrumentos em ambientes hospitalares melhora a identificação da dor e favorece intervenções mais precisas.

No campo da prática assistencial, Do Nascimento et al. (2020) evidenciam que a enfermagem desempenha papel central nesse processo, sendo responsável pela avaliação

contínua e pela comunicação das alterações clínicas à equipe. Meier, Da Costa e Pissaia (2018) e Santos e Ayer (2023) destacam que a avaliação deve ser contínua e integrada ao acompanhamento terapêutico, permitindo ajustes conforme a resposta do paciente. Além disso, Lima (2024) e Da Costa Pereira (2025) apontam que a monitorização sistemática dos sintomas, incluindo a dor, contribui para maior segurança no uso de terapias e melhor controle clínico, especialmente em contextos de cuidados paliativos. Por fim, De Mendonça et al. (2023), Dos Santos Nascimento, Santos e Alves (2022), De Oliveira et al. (2024), Do Amaral et al. (2024), Dos Reis et al. (2024), Nogueira et al. (2025) e Guimarães et al. (2023) reforçam que a avaliação adequada da dor é condição para a escolha de intervenções eficazes, sejam farmacológicas ou não farmacológicas, enquanto estudos como os de Moreira, Siqueira e Chicayban (2018), Miranda et al. (2024), Lorena et al. (2016), De Castro Moura et al. (2017) e Mouta (2024) demonstram que a ausência de controle adequado do quadro álgico repercute negativamente na qualidade de vida, evidenciando que a avaliação clínica da dor não constitui etapa isolada, mas fundamento para toda a organização do cuidado em oncologia avançada.

3.2 ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS NO MANEJO DA DOR

No manejo da dor oncológica, a escada analgésica da Organização Mundial da Saúde permanece como o referencial clínico mais difundido para organizar a terapêutica de forma progressiva e proporcional à intensidade do sintoma, embora sua aplicação contemporânea exija adaptações à complexidade dos quadros avançados e à heterogeneidade dos mecanismos dolorosos presentes no câncer. Ercolani, Hopf e Schwan (2018) observam que essa estrutura orienta a passagem de analgésicos não opioides para opioides de menor e maior potência, podendo incorporar procedimentos invasivos e medidas complementares quando a resposta clínica é insuficiente, enquanto Souza, Samantha Pereira de (2024) e Silva, Carla Gabriela de Oliveira (2018) ressaltam que a indicação farmacológica deve sempre partir da avaliação continuada da intensidade, do padrão e da fisiopatologia da dor. Essa racionalidade também aparece em Zorzetti, De Zoppa e Ottman (2024), que descrevem o manejo da dor oncológica como processo de escalonamento terapêutico ajustado ao mecanismo subjacente e ao estado clínico do paciente, e em Ganem et al. (2025), para quem o emprego da escada não pode ser interpretado como prescrição automática, mas como guia que depende de julgamento clínico, reavaliação frequente e integração com outras abordagens.

No contexto paliativo, Da Silva, Vanessa Ferreira Belo et al. (2024) e De Carvalho, Cecília Mendes et al. (2025) mostram que o tratamento da dor deve ser inseparável do controle global de sintomas, pois a persistência do sofrimento álgico desorganiza sono, apetite, humor

e funcionalidade. Nessa mesma linha, Silva, V. H. G. (2024) destaca que, em neoplasias hematológicas avançadas, a eficácia dos cuidados paliativos está estreitamente vinculada à capacidade de oferecer alívio sintomático sustentado, o que torna a analgesia parte do próprio projeto terapêutico. Meier, Da Costa e Pissaia (2018), Santos e Ayer (2023), Rosa Silva et al. (2024), Menezes e Miranda (2022) e Tomaz, Tomacheuski e Taffarel (2016) reforçam que a dor frequentemente permanece subtratada quando a equipe falha em revisar o esquema analgésico com base na evolução clínica e na percepção do paciente, o que indica que a escada da OMS só produz benefício real quando associada a monitoramento sistemático, comunicação efetiva e revisão contínua das condutas.

O uso de opioides ocupa lugar de destaque nesse percurso terapêutico, sobretudo nos casos de dor moderada a intensa, mas seu emprego adequado exige domínio técnico, vigilância de efeitos adversos e compreensão de que analgesia eficaz não se resume à prescrição de uma classe medicamentosa. Da Rosa et al. (2024) mostram que os opioides permanecem a base do controle algico nos cuidados paliativos oncológicos, especialmente quando o sofrimento se intensifica em fases avançadas, enquanto Ercolani, Hopf e Schwan (2018) lembram que sua utilização deve ser regular, individualizada e ajustada conforme resposta analgésica e tolerabilidade. A necessidade de integrar segurança medicamentosa e controle sintomático é aprofundada por Lima (2024), ao discutir o acompanhamento farmacoterapêutico em internação paliativa, demonstrando que o benefício clínico depende da revisão de interações, ajuste de doses e prevenção de iatrogenias. Da Costa Pereira (2025), ao examinar a intervenção avançada do enfermeiro em oncologia, e Do Nascimento et al. (2020), ao analisar a percepção da enfermagem sobre a avaliação da dor, evidenciam que a atuação de enfermagem é decisiva na observação do efeito clínico, no reconhecimento de eventos adversos e na articulação com a equipe para corrigir inadequações analgésicas.

Os adjuvantes também assumem papel relevante, sobretudo quando a dor é neuropática ou mista. Ercolani, Hopf e Schwan (2018) e Souza, Samantha Pereira de (2024) mencionam antidepressivos tricíclicos e anticonvulsivantes como recursos úteis em determinadas síndromes dolorosas, e Melo, Araujo e Oliveira (2024) ampliam essa discussão ao sustentar que o tratamento da dor total em câncer metastático exige associação entre opioides, adjuvantes e intervenções psicossociais. Em chave semelhante, Zorzetti, De Zoppa e Ottman (2024), Ganem et al. (2025) e Da Silva, Vanessa Ferreira Belo et al. (2024) insistem que a escolha farmacológica precisa considerar o tipo de dor, a carga sintomática, o prognóstico, a reserva funcional e a experiência subjetiva do paciente. Mesmo estudos não centrados exclusivamente em oncologia, como os de Guimarães et al. (2023), Nogueira et al. (2025), Miranda et al.

(2024), Muniz et al. (2024) e Santos, Mariana Mendonça (2023), ajudam a reforçar que a boa prática em dor crônica depende de racionalidade terapêutica, monitoramento clínico e ajuste individualizado, pressupostos plenamente aplicáveis ao cuidado oncológico paliativo.

As intervenções não farmacológicas, por sua vez, deixaram de ocupar posição acessória e passaram a compor o manejo da dor como parte de uma estratégia interdisciplinar voltada à ampliação do alívio sintomático e à redução do sofrimento global. Dos Santos Nascimento, Santos e Alves (2022), em revisão sistemática sobre métodos não farmacológicos na dor oncológica, demonstram que recursos como relaxamento, massagem, musicoterapia, acupuntura e outras práticas complementares podem contribuir para reduzir intensidade dolorosa e melhorar conforto, especialmente quando articulados ao tratamento medicamentoso. De Mendonça et al. (2023), Do Amaral et al. (2024), Dos Reis et al. (2024), De Oliveira et al. (2024) e Nogueira et al. (2025) reforçam, a partir do campo da dor crônica, que abordagens multidisciplinares tendem a produzir melhores resultados do que estratégias isoladas, pois combinam alívio do sintoma com ganho funcional, educação em saúde e maior participação do paciente no tratamento.

A relevância da fisioterapia e do exercício terapêutico, ainda que muitas vezes documentada em outras condições dolorosas, como mostram Moreira, Siqueira e Chicayban (2018) e Lorena et al. (2016), serve para sustentar uma compreensão mais ampla de que dor, funcionalidade e qualidade de vida estão interligadas e devem ser manejadas conjuntamente. Mouta (2024), ao abordar psicoeducação em dor, e De Castro Moura et al. (2017), ao analisar impactos da dor crônica e a assistência de enfermagem, acrescentam que a experiência dolorosa é também moldada por cognições, medo, exaustão emocional e percepção de incapacidade, o que torna intervenções educativas e de apoio psicossocial clinicamente relevantes. No contexto específico do câncer avançado, Silva, Joicilene Oliveira da et al. (2015) mostram que a dimensão espiritual pode participar do controle do sofrimento e modular a experiência da dor, ao passo que Melo, Araujo e Oliveira (2024) defendem que o tratamento da dor total requer intervenção interdisciplinar precisamente porque o sintoma ultrapassa o corpo e alcança vínculos, identidade e sentido existencial. Mesmo estudos de dor em populações não oncológicas, como De Mesquita et al. (2022) e Duarte de Mesquita et al. (2022), ajudam a confirmar que a persistência do quadro álgico repercute negativamente em múltiplas esferas da vida, o que reforça a pertinência de abordagens combinadas e centradas na pessoa.

Em pacientes com câncer avançado, a eficácia das estratégias terapêuticas deve ser julgada não apenas pela redução numérica da intensidade da dor, mas pela sua capacidade de restaurar algum grau de conforto, comunicação, mobilidade e preservação da dignidade no

cotidiano do adoecimento. Barbosa et al. (2021) mostram que a dor crônica em pacientes ambulatoriais com câncer gastrointestinal compromete de forma expressiva a qualidade de vida, o que torna o alívio sintomático uma condição para manutenção de autonomia e participação nas atividades diárias. De Carvalho, Cecília Mendes et al. (2025) e Da Silva, Vanessa Ferreira Belo et al. (2024) ressaltam que o manejo da dor em cuidados paliativos precisa ser multidimensional porque a persistência do sintoma intensifica ansiedade, sofrimento emocional e sensação de desamparo.

Rosa Silva et al. (2024) chamam atenção para a onco geriatria, em que o controle da dor demanda ainda mais cautela diante de fragilidade, polifarmácia e vulnerabilidade funcional, enquanto Lima (2024) e Da Costa Pereira (2025) sublinham que a segurança do tratamento depende da coordenação entre profissionais e do acompanhamento próximo do paciente. Ratto (2019), Souza, Fernanda Nunes et al. (2020), Do Nascimento, Júlio César Coelho (2017) e Menezes e Miranda (2022) permitem compreender que o sucesso terapêutico está condicionado à avaliação sistemática da dor e à disposição da equipe para modificar a conduta quando necessário. Em perspectiva convergente, Silva, V. H. G. (2024), Santos e Ayer (2023), Silva, Carla Gabriela de Oliveira (2018) e Meier, Da Costa e Pissaia (2018) mostram que o tratamento adequado da dor repercute diretamente na experiência do cuidado paliativo, porque reduz sofrimento físico, melhora tolerância ao tratamento, favorece o descanso e amplia as possibilidades de convívio e tomada de decisão. Assim, a escada analgésica da OMS, o uso criterioso de opioides e adjuvantes e a incorporação de medidas não farmacológicas devem ser compreendidos como partes de uma mesma lógica clínica, na qual o objetivo não é apenas suprimir um sintoma, mas reorganizar o cuidado em torno de um viver menos atravessado pela dor.

3.3 IMPACTO DO CONTROLE ÁLGICO NA QUALIDADE DE VIDA

O impacto do controle álgico na qualidade de vida de pacientes com câncer avançado não pode ser compreendido apenas como redução mensurável da intensidade da dor, porque o quadro doloroso prolongado interfere simultaneamente no corpo, na estabilidade emocional, no sono, na alimentação, no vínculo com a família, na capacidade de comunicação e no modo como o sujeito experiencia a progressão da doença. Ercolani, Hopf e Schwan (2018) observam que a dor oncológica compromete de forma direta a qualidade de vida relacionada à saúde e, por essa razão, sua avaliação e seu manejo devem ocupar posição prioritária ao longo de todo o acompanhamento clínico. Essa interpretação é reforçada por Silva, V. H. G. (2024), ao discutir neoplasias hematológicas avançadas, e por Da Silva, Vanessa Ferreira Belo et al.

(2024), ao analisarem estratégias paliativas voltadas ao manejo da qualidade de vida, ambos indicando que o controle de sintomas, entre eles a dor, altera de forma concreta a experiência cotidiana do adoecimento.

De Carvalho et al. (2025) aprofundam essa leitura ao sustentar que a abordagem dos sintomas em cuidados paliativos precisa ser multidimensional, já que a persistência da dor amplifica fadiga, insônia, ansiedade e sensação de desamparo. No mesmo horizonte, Menezes e Miranda (2022) chamam atenção para o fato de que a percepção da dor em pacientes oncológicos é atravessada por significados subjetivos, memórias, medo da progressão da doença e incerteza diante do tratamento, o que torna o sofrimento emocional inseparável do sofrimento físico. Melo, Araujo e Oliveira (2024), ao retomarem a noção de dor total em câncer metastático, mostram que o quadro álgico repercute na identidade e na vida relacional do paciente, ultrapassando a descrição fisiológica do sintoma. Por isso, o controle álgico eficaz não se reduz ao alívio orgânico de uma sensação penosa, mas constitui intervenção que diminui angústia, melhora tolerância ao tratamento e reconfigura a experiência do cuidado, como sugerem Souza, Samantha Pereira de (2024), Silva, Carla Gabriela de Oliveira (2018), Zorzetti, De Zoppa e Ottman (2024) e Ganem et al. (2025).

Quando a dor é manejada de forma adequada, observa-se não apenas a diminuição do sofrimento físico, mas também uma alteração relevante na disposição psíquica do paciente, em sua capacidade de suportar a progressão da doença e em sua possibilidade de permanecer implicado em relações e decisões. Da Rosa et al. (2024) assinalam que o uso racional de opioides em cuidados paliativos oncológicos produz benefício clínico relevante ao permitir maior estabilidade sintomática, enquanto Lima (2024) evidencia que o acompanhamento farmacoterapêutico qualifica o controle da dor ao reduzir riscos, ajustar doses e favorecer segurança em contextos de internação hospitalar. A participação da enfermagem nesse processo aparece com nitidez em Da Costa Pereira (2025), Rosa Silva et al. (2024), Do Nascimento et al. (2020), Meier, Da Costa e Pissaia (2018) e Santos e Ayer (2023), que mostram como a observação contínua do paciente permite reconhecer respostas insuficientes ao tratamento, eventos adversos e mudanças na expressão do sofrimento. Tomaz, Tomacheuski e Taffarel (2016), assim como Souza, Fernanda Nunes et al. (2020) e Do Nascimento, Júlio César Coelho (2017), insistem que a avaliação sistemática da dor por meio de escalas e reavaliações frequentes aumenta a precisão do manejo e evita a banalização de queixas dolorosas intensas.

Ratto (2019), ao revisar escalas de avaliação em oncologia, reforça que mensurar a dor de forma padronizada contribui para intervenções mais oportunas e comparáveis ao longo do

tempo. Do ponto de vista subjetivo, Silva, Joicilene Oliveira da et al. (2015) demonstram que o alívio da dor pode repercutir inclusive na dimensão espiritual do paciente com câncer avançado, diminuindo sofrimento existencial e favorecendo maior serenidade diante da finitude. Nessa chave, o controle algico altera também a carga emocional imposta à família e à equipe, pois reduz situações de agonia prolongada, de impotência diante da piora e de ruptura da comunicação provocada pela dor intensa, aspecto já sugerido por De Carvalho et al. (2025) e Da Silva, Vanessa Ferreira Belo et al. (2024).

A influência do alívio da dor sobre funcionalidade e autonomia torna-se ainda mais nítida quando se observa que o quadro algico persistente limita mobilidade, autocuidado, alimentação, repouso e participação nas atividades mais ordinárias, produzindo dependência crescente e sensação de perda de controle sobre a própria vida. Barbosa et al. (2021), ao investigarem pacientes ambulatoriais com dor crônica e câncer gastrointestinal, mostram associação entre dor persistente e pior qualidade de vida, o que permite compreender que a melhora sintomática repercute diretamente no desempenho cotidiano. Ercolani, Hopf e Schwan (2018) já afirmavam que o manejo eficaz da dor influencia positivamente não apenas a percepção subjetiva de bem-estar, mas também a sobrevida e a capacidade de o paciente sustentar o tratamento em melhores condições.

Essa formulação encontra eco em Guimarães et al. (2023), Nogueira et al. (2025), De Mendonça et al. (2023), Dos Reis et al. (2024) e Do Amaral et al. (2024), que, ao analisarem abordagens farmacológicas e não farmacológicas para dor crônica, demonstram que a redução do quadro algico repercute em funcionalidade, adesão terapêutica e reorganização do cotidiano. Mesmo quando esses estudos não se concentram exclusivamente em oncologia, ajudam a sustentar a premissa de que dor controlada significa maior possibilidade de movimento, de descanso e de desempenho de atividades básicas. De Oliveira et al. (2024) e Dos Santos Nascimento, Santos e Alves (2022) reforçam a utilidade de intervenções não farmacológicas como medidas complementares para reduzir dor e ampliar conforto, enquanto Moreira, Siqueira e Chicayban (2018), Lorena et al. (2016) e Mouta (2024) permitem inferir que intervenções dirigidas ao quadro doloroso podem melhorar sono, disposição e autopercepção funcional. Em sentido semelhante, De Castro Moura et al. (2017), De Mesquita et al. (2022) e Duarte de Mesquita et al. (2022) mostram que a dor crônica reduz desempenho, concentração e qualidade de vida em diferentes populações, reforçando a compreensão de que, no câncer avançado, a preservação de algum grau de autonomia depende, em larga medida, do controle sintomático. Em idosos, Rosa Silva et al. (2024) lembram ainda que o controle da dor onco

geriátrica se articula à prevenção de maior fragilidade, imobilidade e perda acelerada de independência, o que amplia a relevância clínica da analgesia bem conduzida.

Na fase final da vida, a relação entre alívio da dor e dignidade assume espessura ética, porque a persistência de dor intensa compromete comunicação, descanso, lucidez possível, vínculo afetivo e capacidade de despedida, deslocando o processo de morrer para uma experiência marcada por sofrimento evitável. Silva, V. H. G. (2024) associa o impacto positivo dos cuidados paliativos à possibilidade de oferecer melhor qualidade de vida mesmo em doença hematológica avançada, e Da Silva, Vanessa Ferreira Belo et al. (2024) ressaltam que a qualidade de vida, nesse contexto, não deve ser lida como retorno à normalidade, mas como redução do sofrimento e manutenção de condições mínimas de conforto. De Carvalho et al. (2025) mostram que o controle de sintomas em cuidados paliativos precisa ser orientado por uma leitura integrada do paciente, justamente porque dignidade não se conserva apenas com medidas biológicas, mas com o reconhecimento de necessidades físicas, emocionais e relacionais. Melo, Araujo e Oliveira (2024) reforçam que a abordagem interdisciplinar da dor total em câncer metastático permite intervir sobre aspectos que ameaçam o senso de integridade do sujeito, ao passo que Silva, Joicilene Oliveira da et al. (2015) demonstram que o cuidado espiritual pode contribuir para a ressignificação do sofrimento quando a dor deixa de ocupar todo o espaço da experiência.

A boa prática clínica exige, portanto, que o controle algico seja interpretado como compromisso com a possibilidade de o paciente permanecer menos submetido ao tormento físico e mais apto a exercer vontade, presença e relação até onde isso for possível. Muniz et al. (2024), Miranda et al. (2024) e Santos, Mariana Mendonça (2023), ainda que em contextos não oncológicos específicos, reforçam a ideia de que estratégias analgésicas eficazes preservam conforto e evitam desorganização global do paciente, o que ajuda a sustentar, por analogia clínica, a centralidade do alívio da dor nos momentos de maior vulnerabilidade. Assim, na oncologia avançada, o controle algico incide sobre o sofrimento físico e emocional, protege funcionalidade residual, sustenta autonomia possível e se converte em condição para que o fim da vida não seja reduzido à experiência de dor sem trégua, mas vivido sob parâmetros mais compatíveis com cuidado, respeito e dignidade.

4. Considerações finais

A análise desenvolvida ao longo do capítulo permite compreender que os cuidados paliativos, no contexto da terminalidade oncológica, não se configuram como um recurso secundário acionado apenas diante da ausência de possibilidades curativas, mas como uma forma específica de organização do cuidado que redefine prioridades clínicas, éticas e

assistenciais. Ao deslocar o foco da doença para o sofrimento produzido por ela, essa abordagem introduz uma lógica assistencial orientada pela integralidade, pela escuta qualificada e pela adequação das intervenções às condições reais do paciente. Nesse cenário, a terminalidade deixa de ser interpretada exclusivamente como fase de esgotamento terapêutico e passa a ser compreendida como momento que exige decisões clínicas mais precisas, sustentadas por avaliação contínua, comunicação consistente e reconhecimento das necessidades físicas, emocionais e relacionais que emergem com a progressão da doença.

O controle algíco, nesse arranjo, assume posição estruturante, na medida em que a dor persistente interfere diretamente na experiência do adoecimento, limitando funcionalidade, comprometendo o vínculo com o entorno e reduzindo a capacidade de participação do paciente nas decisões sobre seu próprio cuidado. A efetividade das estratégias analgésicas não pode ser avaliada apenas pela redução da intensidade do sintoma, mas pela sua repercussão na possibilidade de o paciente manter algum grau de autonomia, conforto e interação. O alívio da dor, quando alcançado de forma consistente, reorganiza o cotidiano, reduz sofrimento emocional e permite que outras dimensões do cuidado sejam acessadas, incluindo comunicação, planejamento e elaboração do processo de finitude. Assim, a analgesia adequada não se restringe a uma intervenção técnica, mas integra o próprio sentido do cuidado paliativo ao sustentar condições mínimas para uma vivência menos marcada pelo sofrimento.

Nos casos em que a dor ou outros sintomas se mostram refratários às abordagens convencionais, a sedação paliativa emerge como prática clinicamente indicada e eticamente justificável, desde que fundamentada em critérios rigorosos e conduzida com transparência e responsabilidade. Sua indicação não se confunde com abreviação intencional da vida, mas se orienta pela necessidade de aliviar sofrimento intolerável que não responde a outras intervenções disponíveis. A decisão de iniciar sedação exige avaliação criteriosa da equipe, comunicação clara com paciente e família e registro adequado das condições que justificam sua adoção. Nesse sentido, a sedação paliativa se insere no campo da proporcionalidade terapêutica, sendo compreendida como extensão do cuidado voltado ao conforto quando os limites da intervenção convencional são atingidos.

Apesar da consolidação conceitual e do avanço das práticas paliativas, persistem obstáculos significativos para sua implementação nos serviços de saúde, que incluem formação profissional insuficiente, dificuldade de integração entre equipes, resistência cultural à abordagem da morte e limitação de recursos organizacionais. A fragmentação da assistência, a priorização de modelos centrados exclusivamente na cura e a ausência de protocolos bem definidos dificultam a incorporação consistente dessas práticas no cotidiano clínico. Diante

desse cenário, torna-se necessário investir na qualificação das equipes de saúde, ampliar a inserção dos cuidados paliativos na formação acadêmica e fortalecer políticas públicas que garantam acesso equitativo ao cuidado no fim da vida. A consolidação dessa agenda depende de articulação entre gestão, formação e prática clínica, de modo que o cuidado paliativo deixe de ocupar posição marginal e passe a integrar de forma estruturada os sistemas de saúde, respondendo às demandas reais de pacientes em situação de terminalidade.

REFERÊNCIAS

ABOBREIRA, Iasmin Santos; DIAS, Dênis Albuquerque Silva. O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE ONCOLÓGICO EM CUIDADOS PALIATIVOS: ABORDAGENS, DESAFIOS E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 11, n. 5, p. 2105-2119, 2025.

ALMEIDA, Antonia Rios. Diagnóstico de Enfermagem Síndrome de Terminalidade: validação clínica em cuidados paliativos oncológicos. 2019.

ALMEIDA, Matheus Vieira et al. Estratégias em cuidados paliativos para a promoção do conforto e da qualidade de vida de pacientes oncológicos: uma revisão integrativa. **Revista Educação em Saúde**, v. 13, n. Suplemento 2, p. 113-128, 2025.

ALVES, Raiane Mariah Roama et al. Rede entre vizinhos e equipe multidisciplinar da ESF: fortalecimento do cuidado em saúde no território. **RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218**, v. 7, n. 3, p. e737346-e737346, 2026.

BARBOSA, Jessica Cristina Costa et al. Qualidade de vida de pacientes ambulatoriais com dor crônica e cancer gastrointestinal. **Revista Contexto & Saúde.[cited 2023 Mar. 8]**, v. 21, n. 44, p. 299-309, 2021.

BARCELOS, Isabella Favato. Controle Da Dor Com Opióides No Paciente Oncológico Em Cuidados Paliativos. 2018.

BENITES, Andrea Carolina. **A experiência da espiritualidade em cuidadores familiares de pacientes com câncer avançado vivenciando a terminalidade e o luto**. 2021. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

BRITO, Claudia; BESERRA, Vanessa dos Santos. A conceituação dos cuidados paliativos e a importância da integridade científica no debate acadêmico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 41, p. e00078925, 2025.

CÔBO, Viviane de Almeida et al. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: perspectiva dos profissionais de saúde. **Boletim-Academia Paulista de Psicologia**, v. 39, n. 97, p. 225-235, 2019.

CUNHA, Daniela; CARVALHO, Paula; ANASTÁCIO, Zélia Caçador. Diretrizes práticas na conferência familiar em cuidados paliativos: uma revisão integrativa. **Revista INFAD de Psicologia. International Journal of Developmental and Educational Psychology.**, v. 2, n. 1, p. 39-48, 2024.

DA ASSUNÇÃO, Cristina Pedrini et al. O impacto da equipe multidisciplinar e da gestão na qualidade do cuidado ao paciente. **ARACÊ**, v. 7, n. 8, p. e7360-e7360, 2025.

DA COSTA PEREIRA, Leonor. A INTERVENÇÃO AVANÇADA DO ENFERMEIRO NA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA SUBMETIDA A QUIMIOTERAPIA. 2025.

DA ROSA, Vitória Rodrigues Franco et al. O uso de opioides nos cuidados paliativos oncológicos: Uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 13, n. 6, p. e2413645987-e2413645987, 2024.

DA SILVA ROCHA, José Songlei; DOI, Songila MSR. Cuidados paliativos em pacientes terminais na oncologia revisão integrativa. **Conjecturas**, v. 22, n. 11, p. 1051-1065, 2022.

DA SILVA, Alexandra Martins et al. Atuação da equipe multiprofissional no atendimento de um grande queimado: Um relato de caso. **Rev Bras Queimaduras**, v. 20, n. 1, p. 70-4, 2021.

DA SILVA, Janete Maria et al. **Manual de condutas e práticas fisioterapêuticas em cuidados paliativos oncológicos da ABFO**. Thieme Revinter, 2021.

DA SILVA, Vanessa Ferreira Belo et al. Cuidados Paliativos em Pacientes Oncológicos: Estratégias e Desafios no Manejo da Qualidade de Vida. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 8, p. 1919-1933, 2024.

DADALTO, Luciana. **Cuidados paliativos: Aspectos jurídicos**. Editora Foco, 2022.

DE CARVALHO, Cecília Mendes et al. CONTROLE DE SINTOMAS EM PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS: UM OLHAR MULTIDIMENSIONAL. **ARACÊ**, v. 7, n. 7, p. 38992-39006, 2025.

DE CARVALHO, Rayssa Julliane et al. Cuidados paliativos em oncologia: gerenciamento da dor e suporte integral. **Journal of Medical and Biosciences Research**, v. 1, n. 4, p. 807-821, 2024.

DE CASTRO MOURA, Caroline et al. Impactos da dor crônica na vida das pessoas e a assistência de enfermagem no processo. **Avances en Enfermería**, v. 35, n. 1, p. 53-62, 2017.

DE FREITAS, Karine Gonçalves; DA SILVA, Milena Gomes; GONÇALVES, Ludmylla Borges. A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO CUIDADO DE PACIENTES

ONCOLÓGICOS: CUIDADOS PALIATIVOS E CONTROLE DE DOR. **Revista Saúde Dos Vales**, v. 10, n. 1, p. 1-12, 2025.

DE FREITAS, Renata. **Cuidados Paliativos Versus Cuidados de Saúde Usuais nos Últimos 30 Dias Antecedentes Ao Óbito em Pacientes com Câncer Avançado: Alocação de Recursos e Benefícios em Uma Unidade de Referência Nacional de Atenção Oncológica**. 2020. Dissertação de Mestrado. ISCTE-Instituto Universitario de Lisboa (Portugal).

DE LIMA PIMENTA, Luís Ricardo; CALVALCANTE, Layla Baptista. Cuidados paliativos em pacientes oncológicos terminais. **Revista SaúdeUNIFAN**, v. 2, n. 2, p. 77-81, 2022.

DE MENDONÇA, Juliana Coimbra et al. Abordagens Multidisciplinares para o Tratamento da Dor Crônica: Uma revisão das terapias integrativas e estratégias de manejo da dor crônica, incluindo medicamentos, fisioterapia e terapias alternativas. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 5, p. 129-144, 2023.

DE MESQUITA, Nathan Willyan Duarte et al. QUALIDADE DE VIDA E QUADRO ÁLGICO DE UNIVERSITÁRIOS EM AULAS ON-LINE DURANTE A PANDEMIA POR COVID-19: ESTUDO TRANSVERSAL. **Movimenta (ISSN 1984-4298)**, v. 15, n. 3, p. e20220041-e20220041, 2022.

DE OLIVEIRA, Alexsandro Narciso et al. Eficácia de intervenções não farmacológicas no manejo da dor. **Revista Missioneira**, v. 26, n. 1, p. 115-132, 2024.

DE SOUSA, Sandyla Leite et al. Cuidados Paliativos em Pacientes com Doenças Terminais: uma abordagem abrangente. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 5, p. 3543-3555, 2023.

DIAS, Kalina Coeli Costa de Oliveira et al. Cuidados paliativos em oncologia: assistência de enfermagem a crianças e familiares à luz da teoria final de vida pacífico. 2020.

DO AMARAL, Rennyson Siqueira et al. ESTRATÉGIAS EFICAZES PARA O MANEJO DA DOR CRÔNICA POR MEIO DE UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR. **Anais New Science Publishers| Editora Impacto**, 2024.

DO NASCIMENTO, Júlio César Coelho et al. Percepção da enfermagem sobre avaliação da dor oncológica. **Biológicas & Saúde**, v. 10, n. 32, p. 51-61, 2020.

DO NASCIMENTO, Júlio César Coelho. Avaliação da dor em paciente com câncer em cuidados paliativos à luz da literatura. **Saúde & ciência em ação**, v. 3, n. 1, p. 11-26, 2017.

DO NASCIMENTO, Pedro Lucas Andrade; DA SILVEIRA BITTENCOURT, Mariana Emília. Conduta da enfermagem pediátrica oncológica e sua assistência na fase de terminalidade. In: **Tudo é Ciência: Congresso Brasileiro de Ciências e Saberes Multidisciplinares**. 2022. p. 1-8.

DOS REIS, Bruno Fernandes et al. ABORDAGENS MULTIDISCIPLINARES NO TRATAMENTO DA DOR CRÔNICA: REVISÃO INTEGRATIVA DE EVIDÊNCIAS CLÍNICAS. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 9, p. 2299-2309, 2024.

DOS SANTOS NASCIMENTO, Natali; SANTOS, Amanda Tinôco Neto; ALVES, Priscila Godoy Januário Martins. Métodos e técnicas não farmacológicas no tratamento da dor oncológica: revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 68, n. 4, 2022.

DOS SANTOS, A. F.; FERREIRA, E. A.; GUIRRO, Ú. D. Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019. **São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos**, 2020.

DOS SANTOS-MOURA, Greice Herédia; CUALHETE, Deborah Nimitzovitch; DE ALMEIDA FERNANDES, Maria Teresa. Percepção dos cuidados da equipe multiprofissional na assistência ao paciente oncológico em Cuidados Paliativos. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 25, n. 2, p. 83-95, 2022.

DUARTE DE MESQUITA, Nathan Willyan et al. QUALIDADE DE VIDA E QUADRO ÁLGICO DE UNIVERSITÁRIOS EM AULAS ON-LINE DURANTE A PANDEMIA POR COVID-19: ESTUDO TRANSVERSAL. **Revista Movimenta**, v. 15, n. 3, 2022.

ERCOLANI, Daniel; HOPF, Lucas Brauner da Silva; SCHWAN, Luciana. Dor crônica oncológica: avaliação e manejo. **Acta medica**, v. 39, n. 2, p. 151-62, 2018.

FARIAS, Vitória Kellen Araújo de et al. Competências dos enfermeiros nos cuidados paliativos em pacientes oncológicos em fase terminal: revisão integrativa. 2025.

FIRMINO, Flávia et al. **Enfermagem em cuidados paliativos**. Difusão Editora, 2021.

FROSSARA, Andrea et al. Serviço social e oncologia: os cuidados paliativos em foco. **e-Revista Facitec**, v. 9, n. 02, 2018.

GANEM, Vitor Ramos Ali et al. Manejo da dor crônica em pacientes oncológicos: princípios fundamentais e abordagens clínicas. **Journal of Medical and Biosciences Research**, v. 2, n. 2, p. 320-341, 2025.

GOMES, Ana Luisa Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. Cuidados paliativos. **Estudos avançados**, v. 30, p. 155-166, 2016.

GOMES, Bruno Severo; DA CRUZ MATOS, Johnata. Cuidados paliativos e espiritualidade: conexões humanas na fase final da vida. **ARACÊ**, v. 7, n. 9, p. e7805-e7805, 2025.

GUIMARÃES, Maryane Karollyne Alves et al. Tratamentos atuais na gestão da dor crônica: uma abordagem abrangente. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 5, p. 3527-3538, 2023.

LIMA, Victoria Mendes de. Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes oncológicos em cuidados paliativos: estratégias para promover segurança e controle de sintomas na internação hospitalar. 2024.

LORENA, Suélem Barros de et al. Avaliação de dor e qualidade de vida de pacientes com fibromialgia. **Revista dor**, v. 17, n. 1, p. 8-11, 2016.

LOUZADO, Maria Aparecida Neves et al. O enfermeiro frente ao paciente oncológico em cuidado paliativo: Revisão de literatura integrativa. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 14, n. 3, p. 70-80, 2023.

MACÊDO, Maria Ilane De Meneses. CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS EM FASE TERMINAL SOB O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE. **Repositório Institucional do Unifip**, v. 8, n. 1, 2023.

MEIER, Iohana Karina; DA COSTA, Arlete Eli Kunz; PISSAIA, Luís Felipe. Manejo da dor de pacientes oncológicos residentes em área de estratégia de saúde da família. **Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde**, v. 1, n. 3, p. 163-168, 2018.

MELO, Matheus Teixeira de; ARAUJO, Maria Eduarda de Oliveira; OLIVEIRA, Cláudia Alice Lopes Tavares Marques de. Tratamento farmacológico e terapêutico da dor total em pacientes com câncer de mama metastático: revisão narrativa sobre a importância da intervenção interdisciplinar. **BrJP**, v. 7, p. e20240058, 2024.

MENDES, Ernani Costa; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 881-892, 2015.

MENEZES, Layla de Cassia Bezerra Bagata; MIRANDA, Monica Karla Vojta. Percepção da dor em pacientes oncológicos. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem| ISSN**, v. 2674, p. 7189, 2022.

MIRANDA, ACRO et al. Impacto de medidas farmacológicas no pré, peri e pós operatório para controle algico em pacientes idosos submetidos à cirurgias no quadril. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 7, n. 2, p. e68750-e68750, 2024.

MOREIRA, Raphaely R.; SIQUEIRA, Julia ADA; CHICAYBAN, Luciano M. IMPACTO DA FISIOTERAPIA NA QUALIDADE DO SONO E DIMINUIÇÃO DO QUADRO ÁLGICO EM PACIENTES COM FIBROMIALGIA. **Biológicas & Saúde**, v. 8, n. 27, 2018.

MOTA, Marília Gabriela Mosca. **Vivendo a terminalidade: a experiência de pacientes com câncer de cabeça e pescoço avançado**. 2020. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

MOTA, Marília Gabriela Mosca; SANTOS, Manoel Antônio; OLIVEIRA-CARDOSO, Érika Arantes. Vivências da terminalidade em pacientes com câncer de cabeça e pescoço em Cuidados Paliativos. **Interação psicol**, p. 244-259, 2024.

MOUTA, Gabrielle Cabral. CAMINHOS PARA VIVER MELHOR, O IMPACTO DA PSICOEDUCAÇÃO EM DOR PARA PACIENTES COM FIBROMIALGIA. **Repositório Institucional do Unifip**, v. 9, n. 1, 2024.

MUNIZ, Ana Paula Mendes Duarte et al. Manejo da Dor em Cirurgias de Apendicectomia Infantil. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 1, p. 1559-1578, 2024.

NOGUEIRA, Isadora Sobral Cardoso et al. Manejo da Dor Crônica: Uma Revisão de Terapias Farmacológicas e Não Farmacológicas. **Journal of Health Science and Innovation-ISSN 3085-5748**, v. 5, n. 01, 2025.

PANTOJA, Anna Carollina Rodrigues; CARDOSO, Marja Taynã; CRUZ, Ann Caroline Nascimento. Cuidados paliativos oncológicos: o papel da enfermagem. **REVISTA FOCO**, v. 18, n. 5, p. e8746-e8746, 2025.

PARRA PALACIO, Santiago et al. Palliative sedation in advanced cancer patients hospitalized in a specialized palliative care unit. **Supportive Care in Cancer**, v. 26, n. 9, p. 3173-3180, 2018.

PIMENTEL, Lia Machado. Plano de ação para melhorias na qualidade dos registros em prontuários de pacientes em cuidados paliativos. 2024.

PINELI, Paula Pereira et al. Cuidado paliativo e diretrizes curriculares: inclusão necessária. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 4, p. 540-546, 2016.

PINHO, Laura Emanuely Costa et al. O impacto da equipe multidisciplinar na qualidade do cuidado ao paciente. **ARACÊ**, v. 7, n. 9, p. e7792-e7792, 2025.

PORTO, Vanessa Souto Maior et al. Abordagem dos cuidados paliativos na terminalidade: uma revisão sistemática Palliative care approach in the terminality: a systematic review. **Braz. J. of Develop**, v. 6, n. 12, p. 93782-93792, 2020.

PRADO, Bernard Lobato et al. Continuous palliative sedation for patients with advanced cancer at a tertiary care cancer center. **BMC Palliative Care**, v. 17, n. 1, p. 13, 2018.

RATTO, Camila Santejo Silveira. Escalas de avaliação de dor utilizadas em oncologia: revisão sistemática. **Ph. D. Thesis**, 2019.

RODRIGUES PANTOJA, Anna Carollina; TAYNÃ CARDOSO, Marja; NASCIMENTO CRUZ, Ann Caroline. CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS: O PAPEL DA ENFERMAGEM. **Revista Foco (Interdisciplinary Studies Journal)**, v. 18, n. 5, 2025.

ROSA SILVA, Pamala Fernandes et al. ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO CONTROLE DA DOR ONCOGERIÁTRICA NOS CUIDADOS PALIATIVOS. **RECIEN: Revista Científica de Enfermagem**, v. 14, n. 42, 2024.

SANTOS, Ester Lopes Correa dos; AYER, Maressa Neves. Manejo da dor de pacientes oncológicos em cuidados curativos ou paliativos. 2023.

SANTOS, Mariana Mendonça. Novas tecnologias e estratégias terapêuticas no manejo da osteoartrite: uma revisão de patentes. 2023.

SANTOS, Renan Mascarenhas dos. Importância dos cuidados paliativos na medicina veterinária e os fatores que influenciam no bem-estar e na qualidade de vida dos pacientes. 2022.

SILVA, Alexandre Ernesto et al. Cuidados paliativos: definição e estratégias utilizadas na prática médica. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. e18810111585-e18810111585, 2021.

SILVA, Carla Gabriela de Oliveira. O manejo da dor em pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica. 2018.

SILVA, Cinthia Pereira et al. Significado dos cuidados paliativos para a qualidade da sobrevivência do paciente oncológico. 2016.

SILVA, Joicilene Oliveira da et al. Dimensão espiritual no controle da dor e sofrimento do paciente com câncer avançado. Relato de caso. **Revista dor**, v. 16, p. 71-74, 2015.

SILVA, Monique Ellen de Sousa et al. Dor oncológica: avaliação e manejo clínico realizado por enfermeiros. 2015.

SILVA, Tatiana Pifano da et al. Cuidados paliativos no fim de vida em oncologia pediátrica: um olhar da enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, p. e20200350, 2021.

SILVA, Thalane Souza Santos et al. Desafios da equipe multiprofissional em cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 6, p. e18511628904-e18511628904, 2022.

SILVA, V. H. G. O IMPACTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM QUADROS DE NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS AVANÇADAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA. **Hematology, Transfusion and Cell Therapy**, v. 46, p. S183, 2024.

SOUZA, Fernanda Nunes et al. Avaliação da dor em pacientes oncológicos em um hospital escola na cidade de Florianópolis/SC. 2020.

SOUZA, Lorena Campos de et al. Análise da evolução histórica do conceito de cuidados paliativos: revisão de escopo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, p. eAPE01806, 2022.

SOUZA, Samantha Pereira de. Tratamento farmacológico da dor no paciente oncológico. 2024.

SOUZA, Waldir. Cuidados Paliativos e uma análise fenomenológica das vivências dos cuidadores de pacientes oncológicos. **Revista Caminhos-Revista de Ciências da Religião**, 2019.

TOMAZ, Débora Ferreira¹; TOMACHEUSKI, Rubia Mitalli; TAFFAREL, Marilda Onghero. Reconhecimento e avaliação da dor em pacientes oncológicos–Revisão de literatura. **Revista de Ciência Veterinária e Saúde Pública**, v. 3, n. 2, p. 117-124, 2016.

TÓTOLI, Jéssica Vitória Ribeiro. Introdução aos cuidados paliativos: conceitos básicos e importância na prática clínica hospitalar. 2025.

VIANNA, Paula Vilhena Carnevale et al. Cuidados paliativos à luz da Política Nacional de Cuidados Paliativos e das Diretrizes Curriculares Nacionais: especialidade ou cuidado generalista?. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 50, n. 1, p. e029, 2026.

WANG, Mei; DING, Xuan. Integrated palliative care improves the quality of life of advanced cancer patients. **BMC Palliative Care**, v. 24, n. 1, p. 162, 2025.

XAVIER, Maria Lucinda Vitória Alves et al. O PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO PACIENTE ONCOLÓGICO EM FASE TERMINAL: PRÁTICAS DE HUMANIZAÇÃO E CUIDADOS PALIATIVOS. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, v. 14, n. 1, p. 1-11, 2025.

ZORZETTI, Bruna Fernandes; DE ZOPPA, Aline Machado; OTTMAN, Juliana Ferraz. Revisão de literatura: fisiopatologia e manejo da dor em pacientes oncológicos. **Revista Contemporânea**, v. 4, n. 5, p. e4557-e4557, 2024.