

Revista Saúde.Com

ISSN 1809-0761

www.uesb.br/revista/rsc/ojs

A DOR CRÔNICA NO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS: O OLHAR DO FAMILIAR CUIDADOR**CHRONIC PAIN IN THE PATIENT IN PALLIATIVE CARE: THE FAMILY CAREGIVER' PERSPECTIVE****Rudval Souza da Silva, Marília Gabriela Silva, Kellen Karoline Alemida dos Santos, Gabriela de Almeida Mestre, Noemy dos Reis Souza, Eliã da Silva Araújo Oliveira**

Universidade do Estado da Bahia (UNEB) - Campus VII

Abstract

This is an exploratory and descriptive research with a qualitative approach, which aimed to find out how the family member handle with chronic pain and which pharmacological and non-pharmacological measures are used in palliative care patients with oncological or non-oncological diagnosis. The investigation was carried out between the months of January to June 2019, with thirteen family caregivers of patients in palliative care residing in a city in the Northern Piedmont Territory of Itapicuru, Bahia, using the interview technique, which were organized and analysed based on the Thematic Content Analysis Technique, so that emerged three thematic categories: Living with disinformation; Inappropriate use of analgesics to control pain crises: limited use of morphine and Use of herbal medicines as an adjunct to pain control. It was observed a profile of family members who deal with emotional pain due to the under-treatment of their loved one's physical pain in palliative care, marked by the limited use of morphine and restricted to the use of weak-acting opiates.

Key words: Palliative Care; Family; Chronic Pain; Treatment Outcome.

Resumo

Trata-se de pesquisa exploratória e descritiva de abordagem qualitativa, a qual teve como objetivo conhecer como o familiar lida com a dor crônica e quais as medidas farmacológicas e não farmacológicas utilizadas nos pacientes em cuidados paliativos com diagnóstico oncológico ou não oncológico. A investigação foi realizada entre os meses de janeiro a junho de 2019, com treze familiares cuidadores de pacientes em cuidados paliativos residentes numa cidade do Território Piemonte Norte do Itapicuru, Bahia, a partir da técnica de entrevista, as quais foram organizadas e analisadas com base na Técnica de Análise de Conteúdo Temática, de modo que emergiram três categorias temáticas: Conviver com a desinformação; Uso inadequado de analgésicos no controle das crises algicas: uso limitado da morfina e Uso de fitoterápicos como adjuvante no controle algico. Foi observado um perfil de familiares que lidam com uma dor emocional diante do subtratamento da dor física do seu ente querido em cuidados paliativos, marcado pelo uso limitado da morfina e restrito ao uso de opiáceos de ação fraca.

Palavras chave: Cuidados Paliativos; Família; Dor Crônica; Resultado do Tratamento.

Introdução

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou não à lesão tecidual real, que requer uma avaliação que deve envolver os aspectos emocionais, sociais, biológicos e espirituais. Considerada o quinto sinal vital, afeta de forma significativa a qualidade de vida dos pacientes, requerendo prevenção e tratamento adequados, principalmente para aqueles em cuidados paliativos, mais especificamente aqueles pacientes em fim de vida¹.

Dentre as especificidades da dor, há a dor crônica, a ser evidenciada neste estudo, a qual trata da representação de uma doença em si. É mais duradoura, pode ser contínua, ter períodos regulares ou crises intermitentes, com tempo de duração superior a três meses².

Em decorrência do aumento no número de mortes por doenças crônicas, atrelado ao envelhecimento populacional, tem se observado o aumento dos casos de adoecimento por câncer, demência e outras doenças crônicas não transmissíveis. Em decorrência desse cenário, os estudos apontam para a necessidade cada vez mais presente da oferta de serviços de cuidados paliativos, com um indicativo de crescimento considerável nos próximos 25 anos. Assim, observa-se que existe uma necessidade urgente em investimento na educação continuada dos profissionais de saúde de como lidam com esse perfil de pacientes, uma vez que, os modelos atuais de cuidados necessitam adaptações as novas mudanças epidemiológicas³.

Historicamente os Cuidados Paliativos têm tido um impacto social com repercussão positiva na qualidade de vida das pessoas em processo de morrer. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS)⁴, os cuidados paliativos compreendem uma abordagem de cuidados desenvolvida por uma equipe interdisciplinar, que tem como objetivo proporcionar qualidade de vida tanto do paciente quanto da família, a partir da prevenção, implementação precoce e alívio do sofrimento, com um olhar para os aspectos biopsicossocioespiritual, associado a terapêutica modificadora da doença sempre que necessário.

Ademais, os conhecimentos sobre Tanatologia e Cuidados Paliativos visam proporcionar ao binômio (paciente/família), suporte, apoio na tomada de decisões e atitudes de resiliência de modo a ajudar ao familiar no como lidar com a situação de adoecimento do seu ente querido e proporcionar dignidade no processo de morrer e na morte⁵.

No contexto dos cuidados paliativos, no processo de avaliação da dor, a família também deve ser incluída, em especial nos momentos mais difíceis, quando se tratam dos pacientes que se encontram numa fase avançada da doença, caracterizados como pacientes em cuidados de fim da vida, referindo-se ao período de cuidados prestados à pessoa a partir do momento em que ela se encontra em estado de declínio progressivo e inexorável, aproximando-se da morte⁶.

Nesse aspecto, a equipe de enfermagem tem o compromisso ético e estético de procurar interagir com a família, a fim de que sejam repensadas novas estratégias que busquem minimizar o sofrimento e auxiliar no enfrentamento das dificuldades. Ademais, essa equipe pode transmitir segurança tanto no cuidado técnico quanto relacional e, de forma indireta incentivar o paciente a lutar pelo exercício de sua autonomia⁶.

Desse modo, conhecer como a família percebe e atua no cuidado a seu ente querido com dor crônica, pode proporcionar oportunidade de reflexões por parte da equipe de saúde sobre mudanças de paradigmas na assistência, com ênfase no melhor manejo da dor e no alívio do sofrimento.

Diante do exposto, a justificativa para tal estudo baseia-se na dificuldade dos profissionais em lidarem com pacientes em cuidado de fim de vida, principalmente no enfrentamento da dor e a relação de envolvimento do familiar no cuidado, quando se observou a necessidade de aprofundar sobre o assunto, buscando compreender a importância do tratamento da dor.

Pressupõe-se que, diante das dificuldades enfrentadas pelos familiares, seja na negação da doença, seja no desconhecimento sobre os cuidados paliativos, ou ainda na sua sobrecarga, existe uma dificuldade no lidar com a dor do seu ente querido, e conhecer tais dificuldades podem subsidiar a equipe de saúde numa reflexão para uma melhor prática baseada em evidências. Por conseguinte, surge a seguinte questão de pesquisa: Qual a perspectiva da família no tratamento da dor dos pacientes em cuidados paliativos?

Assim, tem-se como objetivo conhecer como o familiar lida com a dor crônica e quais as medidas farmacológicas e não farmacológicas utilizadas nos pacientes em cuidados paliativos com diagnóstico oncológico ou não oncológico.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa, que buscou analisar dados levantados por meio de entrevistas semiestruturadas com treze familiares cuidadores de pacientes em cuidados paliativos e com relato de dor crônica, na região do Piemonte Norte do Itapicuru. As entrevistas ocorreram em local reservado, nos meses de janeiro a junho de 2019, foram audiogravadas e em seguida transcritas para posterior análise.

A seleção dos participantes se deu com base na Técnica da Bola de Neve⁷, a qual buscou identificar participantes a partir de redes de convivência/social como forma de chegar aos participantes do estudo. A indicação veio de pessoas-chaves que deram a recomendação de uma fonte de informação e fez a primeira intermediação entre o pesquisador e os participantes ampliando assim o leque destes.

Foram adotados como critérios de inclusão: ser familiar cuidador de pessoa com doença oncológica ou não oncológica com histórico de dor crônica. E como critérios de exclusão: ausência de queixa de dor crônica e o cuidador principal não ser familiar. Todos os participantes foram esclarecidos e após o aceite, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). O estudo foi apreciado e aprovado pelo Conselho de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia recebendo o Parecer nº 2.152.726. Foram respeitados os preceitos éticos e legais concernentes às investigações com seres humanos, conforme preconiza a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde⁸.

A coleta dos dados foi encerrada quando foram identificados sinais de saturação, ou seja, ponto no qual não se obtinha nova informação sobre o fenômeno em estudo⁹. Para assegurar o anonimato, os participantes foram identificados por uma codificação a saber: "EO" para os pacientes com diagnóstico oncológico e "ENO" para aqueles com diagnóstico não oncológico.

A análise dos dados se deu com base na Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin¹⁰ e seguiu o seguinte fluxo metodológico: pré-análise - realizada por meio da leitura exaustiva das falas resultantes das entrevistas, na busca por melhor conhecer, compreender e interpretar o conteúdo manifesto; exploração do material - etapa na qual ocorreu a codificação das entrevistas dando origem as unidades de registro e em seguida as unidades de significado; tratamento dos resultados - como etapa final de análise, possibilitou emergir as categorias de maior relevância em relação ao objeto de estudo, as

quais posteriormente foram discutidas de acordo com a literatura correlata.

Da análise emergiram três categorias temáticas: Conviver com a desinformação; Uso inadequado de analgésicos no controle das crises álgicas: uso limitado da morfina e Uso de fitoterápicos como adjuvante no controle álgico.

Resultados

A amostra foi constituída por 13 participantes, sendo dez mulheres e três homens, com idade que variou entre 25 a 65 anos. Todos informaram ser familiar e o cuidador principal do paciente. Quanto à religião três declararam sem religião; cinco evangélicos e cinco católicos. Em relação a escolaridade, cinco participantes informaram ter nível fundamental completo, seis com ensino médio completo e apenas dois com ensino superior completo. Sobre o tempo em que veem prestando os cuidados, este variou entre quatro meses a dez anos.

Com relação ao perfil dos pacientes, todos tem histórico de dor crônica e, quanto ao diagnóstico clínico, seis com doença oncológica e sete não oncológica.

Categoria 01: Conviver com a desinformação

As unidades de registros conduzem para um desconhecimento por parte dos familiares quanto as medidas para controle da dor, de modo que é possível inferir que as equipes de saúde têm demonstrado uma lacuna no que tange a prestar orientações para o controle da dor, limitando-se tão somente a prescrição medicamentosa. Consequentemente, esse fato faz com que a ação dos familiares cuidadores frente às crises álgicas seja apenas a de fornecer o medicamento, obedecendo à orientação.

Tal circunstância pode gerar um sentimento de impotência destes familiares cuidadores, provocando angústia, pena, tristeza, estresse, raiva e medo. O sentimento de impotência é gerado pela falta de domínio das medidas de prevenção e alívio da dor, uma vez que esses familiares são apenas orientados a administrar o medicamento, como pode ser observado nas unidades de significado transcritas a seguir:

"Só passaram remédio. Dava o remédio e esperava fazer o efeito. Sentimento de perda" (EO2). "Já veio o tratamento [...] que iniciou em Salvador. Para mim só [sinto] angústia. A gente tem que simplesmente enfrentar a doença" (EO3). "Dou remédio dipirona. Assim, eu tenho pena. Eu sinto angústia [...] Angustiada" (EO5). "Primeiro dá o remédio e depois dá um tempinho

pra ver a reação e não havendo melhora a gente chama imediatamente a SAMU. [...] angústia e tristeza” (EO6).

O que não difere quando se trata dos pacientes com diagnóstico não oncológico, inclusive há manifestação dos familiares de que não há nada a se fazer, como se o sofrimento fosse algo natural e sem solução.

“Eu recebi informações do posto, do hospital, dos dois lugares. Passaram uns remédios para dor de cabeça, dor nas costas, pomada, gel, massagem [...] Melhora, mas sempre volta. Sempre volta. Porque não estava servindo de nada” (ENO3). “Eu nem sei dizer, porque é tanta coisa [...]. A gente se sente angustiada com medo. Medo de acontecer alguma coisa mais grave” (ENO4). “A gente fica chateado vendo ela doente todo dia” (ENO5). “É muito preocupante, sabe? É bem preocupante tudo isso porque é muito ruim a gente ver uma pessoa que a gente ama sofrendo de dor, com limitações para andar e você tenta ajudar, mas não tem muito que fazer” (ENO7).

Categoria 02: Uso inadequado de analgésicos no controle das crises algícas: uso limitado da morfina

No que diz respeito aos medicamentos utilizados para o controle das crises algícas, os analgésicos dipirona, paracetamol, miorrelax®, cloridrato de tramadol e tropinal® foram os citados, sendo que o alívio parcial da dor, é o que de fato marca as unidades de registros. Apenas três dos familiares mencionaram que seus pacientes usam morfina, inclusive demonstrando desconhecer o potencial e a real necessidade do uso desse medicamento. Há unidades de registros que nos remetem à inferência de que existe um mito em relação a morfina, como um medicamento que vicia e, por falta de informação o paciente permanece com dor, mas não toma a morfina, mesmo havendo o reconhecimento de que o seu uso de fato controla a dor crônica.

“Ela usa dipirona e miorrelax®. Esse aqui (dipirona) diz que alivia, mas se for pegar ela, ela não aguenta. Ela não tomou a morfina para não viciar” (EO1). “Cloridrato de tramadol e Tropinal®. Alivia um pouco sim” (EO2). Usa Cloridrato de tramadol e paracetamol. Alivia um pouco. Ainda não usa morfina” (EO3). Ultimamente o médico passou aquela morfina. Ele fala que alivia né” (EO5). “A menina do SAMU [...] disse que tinha que usar a morfina na hora da dor. Foi o SAMU que deu e aliviou” (EO6).

Os pacientes com diagnóstico não oncológico também vivenciam experiências de

dor não controlada e a subutilização da morfina.

“Não pode nenhum tipo de medicamento para a dor, a médica disse que não pode” (ENO2). “Não, nunca usou a morfina” (ENO3). “Sempre usa morfina. Alivia” (ENO5). “Não, nem tem vontade de tomar [morfina], porque o irmão dela uma vez estava ruim, aí deram esse remédio num instante ele não aguentou e morreu” (ENO6).

Categoria 03: Uso de fitoterápicos como adjuvante no controle algíco

Das unidades de registro, no que diz respeito ao uso de outros recursos para controle da dor, observa-se que os fitoterápicos são marcantes na vida destes pacientes, haja vista que apenas um dos treze familiares relatou o uso exclusivo de medicamento alopáticos.

O uso de chás de erva doce e camomila foram os mais citados e podem representar uma terapia adjuvante para o controle algíco. Embora os fitoterápicos citados não tenham ação direta no controle da dor, podem atuar como calmantes e tranquilizantes e potencializar o efeito do medicamento.

“Ela toma chá de erva doce, camomila, esses chazinhos assim” (EO1). “Só tomava chá, mas chá normal de erva doce” (EO2). “A gente está dando uns remédios naturais” (EO5). “Chá sim. Faço de camomila, erva doce né” (EO6).

“Não, só o medicamento” (ENO2). “Às vezes um chá, normal né? Um chá de camomila erva cidreira, capim santo [...] algumas vezes” (ENO3). “Quando ela não sabia [do diagnóstico] ela tomava um alho, fazia um remédio com alho, essas coisas. Depois que descobriu, o médico passou um remédio. Ela ficou com medo, a gente também foi tranquilizando, não estressando” (ENO4). “Chá de camomila e erva cidreira. Faz massagem, gel, doutorzinho [...]”(ENO7).

Discussão

Ao compreender e considerar a importância do tratamento da dor crônica em pacientes com diagnóstico oncológico e não oncológico é preciso propiciar as informações necessárias, aos familiares, por parte da equipe de saúde para que eles possam melhor lidar com o enfrentamento da dor do seu ente querido e assim, os cuidados dispensados favoreçam o alívio do sofrimento e uma melhor qualidade de vida^{11,12}.

O processo de terminalidade nos pacientes com doença oncológica e o sofrimento naqueles com diagnóstico não oncológico com histórico de dor crônica produz angústias e incertezas diante

todo o sofrimento e a inexorabilidade da morte, desestruturando o núcleo familiar. A descoberta de uma doença no seio familiar abala a todos e cada indivíduo é afetado de forma singular. Sendo assim, os familiares vivenciam etapas similares do processo de adoecimento do paciente, havendo uma inter-relação do sofrimento psíquico familiar com o sofrimento do doente, de modo que o binômio vivencia um processo de adoecimento mútuo¹³.

Os resultados deste estudo apontam para os sentimentos de impotência, angústia, pena, tristeza e medo, que permeiam a realidade familiar de uma pessoa com diagnóstico clínico seja de uma doença oncológica ou não oncológica. Por conseguinte, é perceptível um estado de sofrimento mútuo que necessita de cuidados, pois, uma vez que as necessidades do seio familiar não são atendidas, há uma dificuldade nos cuidados com o paciente. Nessa perspectiva, cabe a equipe se preocupar e assistir também a família, cuidando dela como parte da unidade de cuidados, a qual poderá, se se sentir apoiada, ter mais força para auxiliar nos cuidados ao doente.

Na fase inicial da doença, o choque, o desespero, a angústia e a revolta são os sentimentos que provocam a reviravolta no seio familiar. Entretanto, no decorrer da doença há a tentativa familiar de normalizar as situações cotidianas, como forma de apoio ao doente e aceitação da doença terminal. Tal iniciativa precisa ser incentivada pela equipe de cuidados, especialmente por profissionais do campo da Psicologia e Serviço Social, para que a família e o familiar cuidador se tornem atuantes no alívio do sofrimento multifatorial do paciente com diagnóstico oncológico¹³.

No tocante ao subtratamento da dor, vale destacar que existem estratégias de analgesia que correspondem a um protocolo de gerenciamento farmacológico, começando com analgésicos de menor potência e aumentando gradualmente quando ocorre uma falha na resposta, a chamada Escada Analgésica da Dor da OMS^{11,14}.

Entretanto, existe um evidente subtratamento da dor quando se avalia as unidades de registros. Esse fato se deve ao uso de analgésicos de baixa potência sem uma progressão de acordo com a necessidade e individualidade de cada paciente, além da limitação quanto a prescrição da morfina, evidenciando um uso inadequado da Escada Analgésica no controle da dor oncológica e não oncológica, perfazendo uma lacuna na assistência e avaliação da equipe frente à eficácia

do tratamento farmacológico prescrito.

Deve-se levar em consideração o receio do paciente e as manifestações de medo quanto a dependência e os possíveis efeitos colaterais ocasionados pelo opioide, pelo fato de não haver um esclarecimento quanto a importância do controle da dor crônica a partir de fármacos mais potentes para o alívio da dor. Estudos mostram que muitos pacientes e familiares associam o uso, por exemplo, da morfina, com a evolução da doença e a iminência da morte¹⁵. A desmistificação do vício deve acontecer através da educação em saúde para a família e paciente.

Outro fato a ser levado em consideração no que concerne ao subtratamento da dor e ao baixo uso da morfina, é a percepção da dor como um sintoma inerente à história natural da doença, muitas vezes relegado a um segundo plano, apesar de hoje ser considerada como o quinto sinal vital. Esse fato pode explicar o uso de doses insuficientes para a analgesia total e/ou o início tardio do uso de fármacos mais potentes¹⁶.

Essa percepção também está presente no contexto dos familiares de paciente com diagnóstico oncológico, quando estes entendem a dor como um sintoma inerente ao câncer e, portanto, acreditam que esta não é passível de controle, e acabam por não relatar as suas queixas dolorosas aos respectivos profissionais da equipe de saúde, limitando a eficácia do tratamento^{2,15}.

Estudo¹⁷ aponta que há uma relutância no uso dos opioides por alguns profissionais e certa dificuldade de ouvir e responder às demandas de sensação dolorosa do paciente. O mesmo estudo, salienta quanto a importância de avaliar e identificar o paciente como um ser biopsicossocial e sua individualidade quando da necessidade de ajustar o tratamento, testando outras terapias além dos opioide.

A terceira categoria é marcada pelo uso das práticas populares, quando os familiares manifestam o uso de plantas medicinais, por exemplo, representando terapias complementares de valor estimado para a manutenção da saúde da população, podendo ser utilizada como forma de prevenção de doenças e promoção da saúde, inclusive no tratamento da dor.

Os fitoterápicos possuem princípios ativos e entre estes é possível encontrar alguns que atuam no mecanismo da analgesia. O efeito analgésico provocado por estas plantas pode, portanto, ampliar a eficácia da terapia para diversas doenças¹⁶. O relato do uso de terapias não farmacológicas para o controle da dor foi marcante nas unidades de registros, como o uso

de chás de erva doce e camomila. O princípio ativo da erva-doce não é direcionado à analgesia, entretanto, a camomila é indicada para quadros leves de ansiedade, como calmante suave¹⁸, e por isso pode servir como adjuvante da terapia farmacológica durante a crise algica.

O controle e o alívio das crises algicas em pacientes com dor crônica é responsabilidade da equipe multiprofissional. Como a equipe de enfermagem é que permanece a maior parte do tempo próxima ao paciente, é evidente seu papel na avaliação e manejo da dor de pacientes oncológicos e não oncológicos, em especial, com recursos não farmacológicos.

As condutas mais evidenciadas no que diz respeito ao manejo da crise algica por profissionais de enfermagem restringem-se à administração da terapia medicamentosa. Entretanto, no que concerne à terapia não farmacológica, as condutas mais aplicadas são a aplicação de calor, mudanças de decúbito e estímulo à deambulação, além de atenção, carinho, cuidados individualizados, medidas de conforto e proximidade com o paciente. Tais medidas são de baixo custo e de simples aplicação e, podem ser ensinadas aos pacientes e seus respectivos familiares cuidadores, tornando-os atuantes no controle da crise algica para além da terapia farmacológica¹⁹.

Outro fator a ser observado é que a dor é subtratada devido à dificuldade de se ouvir a queixa do paciente. Sendo assim, a comunicação também pode ser utilizada pelos profissionais de enfermagem como ferramenta de manuseio da dor no paciente oncológico. Quando uma boa comunicação é estabelecida entre profissional/paciente/família há um equilíbrio no processo de saúde-doença e uma humanização nas relações¹⁸.

Diante das estratégias não farmacológicas para alívio da dor que podem integrar o processo assistencial da enfermagem para os pacientes, a terapia farmacológica é preferencialmente orientada, como foi evidenciado neste estudo. Enfermeiros reconhecem a existência de medidas não farmacológicas para o alívio da dor, entretanto, o fato de inúmeras demandas de trabalho ocupar demasiadamente o tempo de assistência desses profissionais, faz com que as medidas farmacológicas, em muitos casos, sejam a primeira e única escolha para tratar a dor dos pacientes¹⁹.

Considerações Finais

Observou-se um subtratamento da dor crônica. As unidades de registros apontam para

um alívio parcial da dor. Soma-se a este fato a limitação do uso da morfina e o uso de opiáceos de ação fraca. Os pacientes utilizam principalmente os medicamentos do primeiro degrau da Escada Analgésica da OMS, além da falta de informações claras quanto ao enfrentamento e alívio da dor, seja por meio de medidas farmacológicas e/ou não farmacológicas. No que diz respeito ao uso de outros recursos para controle da dor, observa-se que o uso de fitoterápicos marca o cotidiano destes familiares.

Como limitação do estudo, pode ser citada a dificuldade na identificação dos participantes e consequentemente na coleta de dados, considerando que na região não há uma sistematização de dados de pacientes com diagnóstico oncológico e não oncológico em cuidados paliativos e/ou cuidados de fim de vida, justificando o número reduzido de participantes.

Espera-se que os resultados incentivem os profissionais de saúde a conhecerem a filosofia dos Cuidados Paliativos e a buscarem medidas que potencializam o tratamento da dor crônica, levando em consideração as terapias farmacológicas e não farmacológicas.

Referências

1. Mendes TR, Boaventura RP, Castro MC, Mendonça MAO. Ocorrência da dor nos pacientes oncológicos em cuidado paliativo. *Acta Paul Enferm* 2014, 27(4):356-61. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400059f>.
2. Wiermann EG, Diz MPE, Caponero R, Lages PSM, Araújo CZS, Bettega RTC, et al. Consenso Brasileiro sobre Manejo da Dor Relacionada ao Câncer. *Revista Brasileira de Oncologia Clínica*, out/dez. 2014. [Citado 2020 Fev 26]; 10(38). Disponível em: <https://www.sbec.org.br/sbec-site/revista-sbec/pdfs/38/artigo2.pdf>
3. Etkind SN, Bone AE, Gomes B, Lovell N, Evans CJ, Higginson IJ, Murtagh FEM. How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. *BMC Medicine* 2017. [Citado 2020 Fev 26]; 15:102. Disponível em: <https://bmcmedicine.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12916-017-0860-2>.
4. World Health Organization, Worldwide Palliative Care Alliance. *Global atlas of palliative care at the end of life*. London: WPCA; 2014. [Citado 2020 Fev 26]; Disponível em: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf.
5. Silva RS, Pereira A, Mussi FC. Comfort for a good death: perspective nursing staff's of

- intensive care. Esc Anna Nery 2015. [Citado 2020 Fev 26]; 19(1): 40-46. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/en_1414-8145-ean-19-01-0040.pdf.
6. Silva RD, Santos RD, Evangelista CLS, Marinho CLA, Lira GG, Andrade MS. Atuação da equipe de enfermagem sob a ótica de familiares de pacientes em cuidados paliativos. REME – Rev Min Enferm 2016. [Citado 2020 Fev 26]; 20: e983. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1119>
7. Vituno J A. Amostragem em Bola de Neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Temáticas 2014. [Citado 2020 Fev 26]; (22): 203-220. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/cd8e/3ecb215bf9ea6468624149a343f8a1fa8456.pdf?_ga=2.256577035.1263404118.1580320376-1936839812.1580320376
8. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 dezembro 2012.
9. Fontanella BJC, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad Saúde Pública 2011. [Citado 2020 Fev 26]; 27(2):389-94. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v27n2/20.pdf>
10. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2011
11. Morales A, Cavada G, Miranda JP, Ahumada M, Derio L. Eficacia del Programa Alívio del Dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos de Chile. Revista El Dolor 2013. [Citado 2020 Fev 26]; 59: 18-25. Disponível em: https://www.ached.cl/upfiles/revistas/documentos/53dfbeb2ad188_original2_59.pdf
12. Sallum AMC, Garcia DM, Sanches M. Dor aguda e crônica: revisão narrativa da literatura. Acta paul enferm. 2012. [Citado 2020 Fev 26]; 25 (spe1): 150-154. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt_23.pdf
13. Encarnação JF, Farinasso ALC. A família e o familiar cuidador de pacientes fora de possibilidades terapêuticas: uma revisão integrativa. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde. 2014. [Citado 2020 Fev 26] 35(1): 137-148. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/semnabio/article/viewFile/16076/15812/>.
14. Ribeiro S, Schmidt AP, Schmidt SRG. O Uso de Opióides no Tratamento da Dor Crônica Não Oncológica: O Papel da Metadona. Rev. Bras Anestesiol. 2002; 52: 5: 644 – 651. [Citado 2020 Fev 26]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v52n5/v52n5a15.pdf>
15. Cella IF, Trindade LCT, Sanvido LV, Skare TL. Prevalence of opiophobia in cancer pain treatment. Revista Dor. 2016. [Citado 2020 Fev 26]; 17(4): 245-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rdor/v17n4/pt_1806-0013-rdor-17-04-0245.pdf
16. Haeffner R, Heck RM, Ceolin T, Jardim VMR, Barbieri RL. Plantas medicinais utilizadas para o alívio da dor pelos agricultores ecológicos do Sul do Brasil. Rev. Eletr. Enf. 2012. [Citado 2020 Fev 26]; 14(3): 596-602. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/pdf/v14n3a16.pdf>.
17. Alonso JP. El tratamiento del dolor por cáncer en el final de la vida: estudio de caso en un servicio de cuidados paliativos de la ciudad Autónoma de Buenos Aires. Salud Colectiva. 2013. [Citado 2020 Fev 26]; 9(1): 41-52. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2013.v9n1/41-52/es>
18. Amaral JB, Calasans MTA, Albuquerque KA, Moraes EB. As dimensões da dor na pessoa em cuidados paliativos. In: Silva RS, Amaral JB, Malagutti W. Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte. 2. ed. São Paulo: Martinari; 2019. pp. 133-51
19. Junior NJO, Oliveira SBS, Migowski ER, Riegel F. Nurses' role in the non-pharmacological pain treatment in cancer patients. Rev Dor. 2017. [Citado 2020 Fev 26]; 18(3):261-5. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rdor/v18n3/pt_1806-0013-rdor-18-03-0261.pdf

Endereço para Correspondência

Universidade do Estado da Bahia - UNEB -
Campus VII
Rodovia Lomanto Júnior, BR 407- Km 127, Senhor
do Bonfim (BA)

CEP.: 48.970-000

e-mail: rudvalsouza@yahoo.com.br

Recebido em 27/02/2020

Aprovado em 21/08/2020

Publicado em 20/01/2021