

CONTROLE DE DOR DE PACIENTES COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

PAIN MANAGEMENT OF PATIENTS WITH HEAD AND NECK CANCER IN PALLIATIVE CARE: A LITERATURE REVIEW

Isadora Follak de Souza^{1,2}, Guiomar Viana¹, Leticia Silvestre Gomes Rocha¹, Raquel Richelieu Lima de Andrade Pontes¹

RESUMO

Pacientes com câncer de cabeça e pescoço (CCP) apresentam limitações e comprometimentos funcionais. A dor orofacial acomete grande parte desses pacientes e pode ser causada por inúmeros fatores, tanto nos tecidos moles quanto nos duros. Pacientes com CCP em estágio avançado, necessitam receber assistência que possibilite melhor qualidade de vida para ele e seus familiares, como forma de cuidado paliativo, principalmente quando a doença não tem mais chance de ser controlada. A analgesia farmacológica é o principal pilar no tratamento da dor oncológica, mas também pode ser realizada por meio de terapias não farmacológicas. Este estudo teve como objetivo revisar a literatura buscando as diferentes formas de controle da dor orofacial de pacientes com CCP em cuidados paliativos. Foram realizadas buscas nas bases de dados PubMed e SciELO com as palavras “(pain control) AND (palliative care) AND (head and neck cancer)”, buscando artigos dos dez últimos anos (2011-2021) e restringindo para ensaios clínicos e ensaios clínicos randomizados. Encontramos dez artigos na base PubMed e nenhum na SciELO. Após a leitura do título e resumo, excluímos cinco por não avaliarem pacientes com CCP ou não terem a abordagem analgésica como objetivo do estudo, sendo incluídos finalmente 5 artigos em nossa revisão. A maioria dos estudos mostrou que a analgesia realizada nos pacientes em cuidados paliativos acometidos por lesões malignas de cabeça e pescoço acontece com opioides. Nesta revisão observamos poucos estudos clínicos, sendo importante a realização de trabalhos que busquem novas formas de diminuir os sintomas e melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias bucais; Dor do câncer; Manejo da dor; Medição da dor; Cuidados paliativos; Analgesia.

¹ CEMOI, Rio de Janeiro, Brasil

² Hospital de Aeronáutica de Canoas, Força Aérea Brasileira, Rio Grande do Sul, Brasil

Como citar este artigo: Souza IF, Viana G, Rocha LSG, Pontes RRLA. Controle de dor de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em cuidados paliativos: Uma revisão de literatura. Rev Nav Odontol. 2022; 49(2): 39-45.

Recebido em: 30/06/2022

Aceito em: 19/08/2022

ABSTRACT

Patients with head and neck cancer (HNC) display limitations and functional impairments. Orofacial pain affects the majority of these patients and may be caused by various factors, both in soft and hard tissues. Patients with advanced stage HNC need to be assisted in a way that promotes quality of life for them and their relatives, as a form of palliative care, especially when the disease is no longer likely to be controlled. Pharmacological analgesia is the backbone of the treatment of cancer pain, but it can also be carried out through non-pharmacological therapies. This study aimed at reviewing the literature and seeking the different pathways to control orofacial pain in patients with HNC in palliative care. Searches in the PubMed and SciELO databases were performed with the words “(pain control) AND (palliative care) AND (head and neck cancer),” aiming to find papers published through the last ten years (2011-2021) and restricting them to clinical trials and randomized clinical trials. We found ten articles in the PubMed database and none in SciELO. After reading their titles and abstracts, we excluded five of them since they did not evaluate patients with HNC nor did they have the analgesic approach as a study objective; therefore, five papers were included in our review. Most studies have shown that analgesia in patients in palliative care affected by malignant head and neck injuries happens with opioids. In this review, we observed a few clinical trials, and further studies must be carried out to seek new ways to reduce symptoms and improve the quality of life of these patients.

KEYWORDS: Mouth Neoplasms; Cancer Pain; Pain Management; Pain Measurement; Palliative care; Analgesia

INTRODUÇÃO

Pacientes com câncer de cabeça e pescoço (CCP), principalmente após atingir a cavidade oral, apresentam graves limitações e comprometimento de função. Quando a lesão não apresenta formas de tratamento, os cuidados paliativos (CP) podem ser aplicados. Nestes caso, os sintomas podem piorar, sendo necessária atenção especial para cada caso (1). Os CP procuram melhorar a qualidade de vida de pacientes e de suas famílias diante de doenças ameaçadoras, por meio da prevenção e alívio do sofrimento (2). Os princípios dos cuidados paliativos são: promover o alívio da dor e demais sintomas angustiantes; afirmar a vida e reconhecer a morte como um processo natural; não buscar antecipar nem adiar a morte; integrar os aspectos psicológicos e espirituais como parte dos cuidados ao paciente; oferecer um sistema de suporte para ajudar o paciente a viver tão ativamente quanto possível até a morte; oferecer um sistema de suporte à família que permita que ela cuide do paciente até o final (3).

A dor orofacial pode ser causada por inúmeras doenças ou anormalidades em tecidos moles e mineralizados da cavidade bucal e da face. Entre elas a disfunção temporomandibular (DTM), a neuralgia do trigêmeo, a síndrome da ardência bucal, infecções buco-dentais e câncer (4). A dor é um sintoma que 80% dos pacientes com câncer experimentam no último ano de vida, e um quarto deles possui dores graves (5,6). Pacientes com CCP em CP apresentam sérias restrições funcionais. Nessa condição, os sintomas podem se agravar e nem sempre são curáveis, necessitando de atenção e cuidados especiais (7). Os sintomas bucais mais frequentes são dor, disfagia, sangramento, trismo, feridas tumorais, infecções oportunistas, babação, xerostomia, desnutrição, desidratação, anorexia e desfiguração (1). Em casos de câncer de boca avançado, a dor, ulceração, sangramento e o trismo são os sintomas mais importantes (8).

Quando a dor é causada por uma lesão maligna, ela ocorre porque o crescimento desordenado das células tumorais pode levar a componentes nocivos, neurológicos, inflamatórios e isquêmicos que causam a dor oncológica. Os fenômenos periféricos são o resultado da sensibilização de mediadores inflamatórios dos neurônios aferentes primários. Além disso, existem alguns mecanismos centrais (coluna e supraespinhal) que podem afetar a dor. A dor pode ser causada pela ação direta do tumor (relacionada à invasão tumoral) ou pelo tratamento (mucosite causada por quimioterapia e radioterapia). A dor é uma experiência emocional e sensitiva desagradável, única, associada ao dano real ou subjetivo dos tecidos (9). Significa, assim, que a dor é uma experiência individual e única, alterada pelo conhecimento anterior de um dano que o paciente pode ter vivido ou imaginado,

sendo ela qualquer situação que o paciente se refere e descreve. Então, para o tratamento correto, uma avaliação completa é essencial (10).

Dessa forma, para promover o alívio da dor e de outros sintomas, é necessário o conhecimento específico da condição do paciente para a prescrição de medicamentos, adoção de medidas não farmacológicas e abordagem dos aspectos espirituais e psicossociais que caracterizam o “sintoma total”. Considera-se, assim, o conceito de “dor total” criado por Dame Cicely Saunders, em que todos esses fatores podem contribuir para a exacerbação ou atenuação dos sintomas e o cuidado deve ser voltado à sua multifatorialidade e levados em consideração na abordagem do paciente em CP (11,12).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1986, criou o primeiro protocolo sobre o manejo da dor oncológica levando em conta a “escada analgésica”. A tática era avaliar e adaptar as medicações utilizadas conforme a necessidade em cada momento do paciente, de forma sequencial e progressiva. O auxílio na diminuição dos sintomas pode ser em torno de 70% a 90% dos casos com o método proposto (13,14). A analgesia farmacológica é o principal pilar no tratamento da dor oncológica. Os princípios básicos da escada analgésica são os pontos *pela boca e pelo relógio* (respeito aos intervalos da administração), sendo individualizado para cada paciente, com avaliação contínua durante todo tratamento, ocorrendo reavaliações frequentes que possam permitir reajustes de doses de maneira mais eficiente, bem como diagnósticos mais precisos em relação ao quadro algíco (15).

Além da possibilidade do controle da dor com analgésicos farmacológicos, há o uso de terapias não farmacológicas, entre elas as técnicas de relaxamento, distração e imaginação dirigida, acupuntura, massoterapia, entre outras (10,16). O presente artigo tem como objetivo revisar a literatura buscando as diferentes formas de controle da dor orofacial em pacientes com CCP em CP.

REVISÃO DE LITERATURA

Foi realizada a busca nas bases de dados PubMed e SciELO com as palavras “((*pain control*) AND (*palliative care*)) AND (*oral cancer*)” e “((*pain control*) AND (*palliative care*) AND (*head and neck cancer*))”. A busca foi limitada ao período dos últimos dez anos (2011-2021) e restrita para ensaios clínicos e ensaios clínicos randomizados.

Foram analisadas as variáveis dos artigos, como tipo de estudo, número de pacientes avaliados, formas de analgesia, formas de medição da dor, possíveis efeitos colaterais e resultados encontrados.

Na busca por “((*pain control*) AND (*palliative care*)) AND (*oral cancer*)”, foram encontrados 39 artigos no PubMed e cinco na SciELO, mas nenhum deles atendeu aos critérios de inclusão da nossa

revisão. Com as palavras buscadas “((*pain control*) AND (*palliative care*)) AND (*head and neck cancer*)” foram encontrados 10 artigos na base PubMed e nenhum artigo na SciELO (Figura 1). Após a leitura do título e resumo, foram excluídos cinco artigos, por não avaliarem pacientes com CCP ou não terem a abordagem analgésica como objetivo do estudo.

Nos artigos selecionados, extraímos as informações de local de realização do estudo, delineamento do estudo, número de pacientes estudados, a forma de analgesia testada, forma de medição dos sintomas, possíveis efeitos colaterais e resultados obtidos pelo trabalho (Tabela 1). O ano dos estudos variou de 2015 até 2020, sendo dois do ano de 2018. Os locais de realização foram Índia, Itália, Londres e dois na Holanda.

Dos cinco trabalhos analisados, quatro foram ensaios clínicos controlados e randomizados e apenas um foi um ensaio clínico. A maneira de mensuração da dor dos pacientes variou em todos os trabalhos dos diferentes grupos de pesquisa, sendo elas: a escala de avaliação numérica (NRS-11) (17), a *Brief Pain Inventory* (BPI), que é uma escala de avaliação numérica preenchida pelo paciente (18,19) a Avaliação de Leeds da escala de sinais e sintomas neuropáticos (S-LANSS preenchível pelo paciente) (20), e a Escala de Autoavaliação Visual Analógica (VAS) (21). O único trabalho que relatou efeitos colaterais foi o que testou o fentanil versus metadona em 82 pacientes (19), encontrando a boca seca em 72% dos avaliados. Todos os outros estudos não relataram presença de efeitos.

No estudo de Kashyap et al., de 2020, 80 pacientes foram incluídos, sendo divididos em dois grupos com 40 em cada. O grupo controle recebeu o tratamento habitual com opioides orais (morfina e tramador), enquanto o grupo teste, além dos opioides, recebeu a terapia de Scrambler (ST) (17). Como resultado foi encontrado a diminuição de dor nos dois grupos, porém o grupo controle apresentou uma intensidade maior.

Nos trabalhos de Haumann *et al.*, de 2016 (12) e 2018 (13), foram avaliados os resultados entre os tratamentos com fentanil e metadona. No artigo de 2016, foram 52 pacientes incluídos, sendo 26 em cada um dos grupos, apresentando resultados significativamente melhores para o grupo metadona, comparado com o uso de fentanil nos casos de tratamento da dor neuropática. Já no trabalho de 2018, foram 82 indivíduos, com 40 no grupo fentanil e 42 no grupo metadona, no qual foi encontrado que a metadona não é inferior ao fentanil no tratamento da dor nociceptiva.

Já no artigo de Williams *et al.* (2015) (14), foram 156 pacientes, sendo 75 no grupo teste e 74 no grupo controle, no qual o objeto do estudo foram os pacientes do grupo teste em um protocolo de tratamento de dor, com adaptação das medicações de forma semanal, visitas regulares, associação com um programa de educação e orientações sobre o quadro de dor, enquanto os indivíduos do grupo controle mantiveram somente os cuidados habituais. Comparando os resultados entre os grupos, não foi encontrada diferença no índice de severidade de dor. No entanto, o grupo teste apresentou melhor conforto, maior aderência e menos queixas.

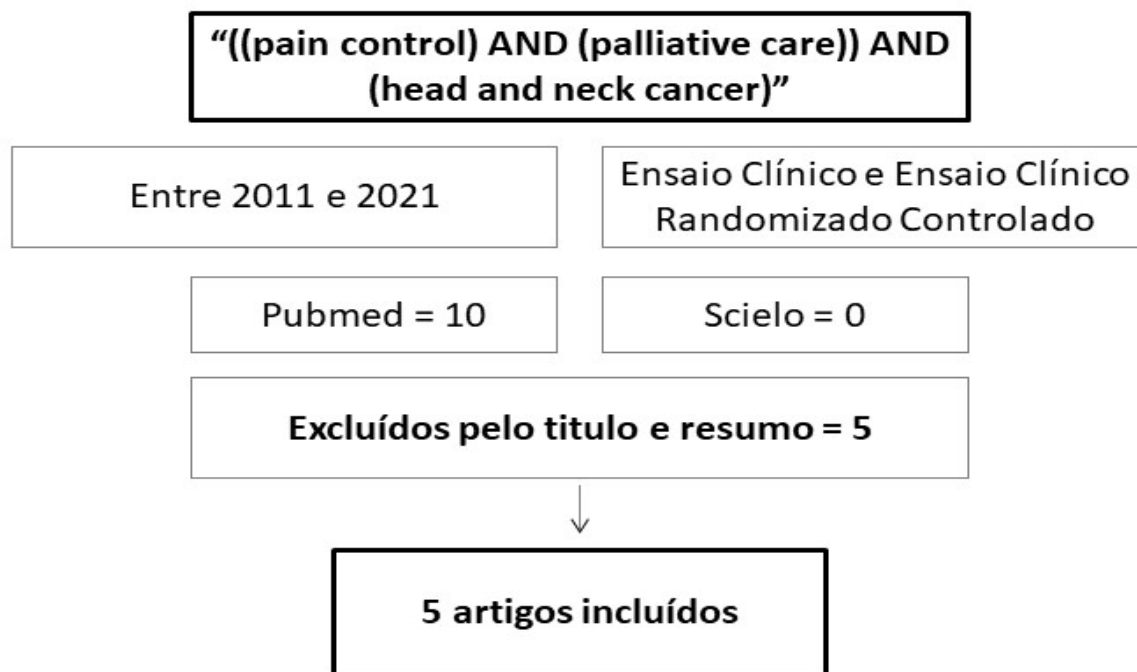


Figura 1. Fluxograma de artigos incluídos na revisão.

TABELA 1. ARTIGOS SELECIONADOS

Autor, ano	Local do estudo	Delineamento do estudo	Número de pacientes	GC	Tipo de analgesia	Mensuração da dor	Efeitos colaterais	Resultados
Kashyap <i>et al.</i> , 2020 (17)	Nova Deli (Índia)	ECR	80 pacientes – 40 no GT e 40 no GC	Sim	GT = opioides orais (morfina e tramadol) + terapia de Scramber GC= opioides orais (morfina e tramadol)	Escala de avaliação numérica (NRS-11)	Não relatado	No geral, a dor diminuiu nos dois grupos. No entanto, a partir do segundo dia de tratamento, houve uma diferença nos escores médios de dor, com os pacientes no braço de controle sentindo um pouco mais de dor do que os pacientes no braço de intervenção. A diferença na dor média aumentou ao longo do período de tratamento e acompanhamento.
Haumann <i>et al.</i> , 2016 (18)	Maastricht (Holanda)	ECR	52 pacientes – 26 no grupo fentanil e 26 no grupo metadona	Não	Fentanil e metadona	Brief Pain Inventory (BPI)	Nenhum efeito colateral sério foi observado no estudo	Metadona é significativamente melhor do que fentanil no tratamento da dor neuropática em pacientes com câncer de cabeça e pescoço, em termos de alívio da dor e tempo para obter alívio da dor em pacientes com câncer.
Haumann <i>et al.</i> , 2018 (19)	Maastricht (Holanda)	ECR	82 pacientes – 40 no grupo fentanil e 42 no grupo metadona	Não	Fentanil e metadona	Brief Pain Inventory (BPI)	O efeito colateral mais comum foi boca seca, relatada por 72% dos pacientes durante o estudo	A metadona não é inferior ao fentanil no tratamento da dor nociceptiva induzida por radiação em pacientes com câncer de cabeça e pescoço, entre uma e três semanas de tratamento farmacêutico da dor.
Williams <i>et al.</i> , 2015 (20)	Royal Marsden Hospital (Londres)	ECR	156 pacientes – 75 no GT e 74 no GC	Sim	GT = protocolo de tratamento da dor e um programa de educação. GC = cuidados habituais.	Avaliação de Leeds da escala de sinais e sintomas neuropáticos (S-LANSS preenchível pelo paciente)	Não relatado	Não houve diferença no Índice de Severidade da Dor entre os dois grupos.
Farina <i>et al.</i> , 2018 (21)	Campobasso (Itália)	Ensaio clínico	48 pacientes	Não	Avaliar a redução dos sintomas produzidos pela radioterapia acelerada, administrada em quatro frações totais, duas vezes ao dia.	Escala de Autoavaliação Visual Analógica (VAS)	Não relatado	A radioterapia acelerada de curto curso em cânceres localmente avançados ou metastáticos é eficaz em termos de alívio dos sintomas e bem tolerada mesmo em pacientes mais velhos.

ECR = Ensaio clínico controlado e randomizado; GT = Grupo teste; GC = Grupo controle.

Com o modelo de ensaio clínico de Farina *et al.*, de 2018 (15), 48 indivíduos foram avaliados quanto a redução dos sintomas após aplicação da radioterapia acelerada de curto curso, sendo tratados com um regime de radioterapia baseado em quatro frações, duas vezes ao dia, por dois dias consecutivos. A dose total variou entre 14 e 20 Gray (Gy) (mediana: 20 Gy), e a dose por fração variou entre 3,5 e 5 Gy (mediana: cinco Gy). Nos casos de câncer localmente avançados ou metastáticos foi eficaz no alívio dos sintomas.

DISCUSSÃO

As formas de analgesia que são utilizadas nos casos de pacientes paliativos ainda são basicamente medicamentosas. Na presente revisão, dos cinco artigos incluídos, quatro avaliaram os resultados de medicamentos e apenas um avaliou outra forma de analgesia. Para entendermos as formas de tratamento, as causas da dor e de onde elas se originam precisam ser esclarecidas. Na maioria dos casos, as causas das dores são variadas e crescentes, podendo ou não estar diretamente relacionadas à doença. Os aspectos que podem afetar a causa da dor são: tipo e origem do tumor, localização, estágio e tratamento (4,22).

A classificação neurofisiológica da dor é baseada no mecanismo de gatilho e é dividida em nociceptiva, neuropática e complexa ou mista. A dor nociceptiva é causada pela ativação de nociceptores (fibras δ e C), e pode ser somática ou visceral. A dor somática é desencadeada ou agravada pelo exercício, é aliviada pelo repouso e a localização é precisa. A dor visceral é causada pelo inchaço dos órgãos ocos. É caracterizada por compressão, contração ou cólica. É difícil de posicionar e pode ser acompanhada por náuseas, vômitos e sudorese. Por outro lado, a dor neuropática está relacionada à disfunção persistente ou ocasional, aguda ou crônica do sistema nervoso central ou periférico, e pode não estar relacionada a nenhum dano detectável. É descrita como sensação de queimação, formigamento e choque, podendo ou não ser acompanhada por parestesias e alodínia (estímulo que não produz dor, mas é considerado doloroso). A dor complexa ou mista é mais comum em pacientes com câncer e seu crescimento leva à inflamação e compressão das estruturas adjacentes. Ela inclui a associação entre dor nociceptiva e dor neuropática, tornando o diagnóstico e o tratamento mais complicados (4,23).

Pensando nas maneiras de tratamento dos pacientes, a OMS, em 1986, lançou a “escada analgésica” como seu primeiro protocolo sobre o manejo da dor oncológica. A estratégia era avaliar e adaptar as medicações utilizadas conforme a necessidade do paciente em cada momento, de forma sequencial e progressiva. O alívio dos sintomas com esse protocolo pode ser em torno de 70-90% (13,24,25). Porém, mesmo com os esforços da OMS, em 40% a 50% dos casos ele é inadequado (26,27). Dessa forma, encon-

tramos diversos relatos sobre o manejo da dor de forma inadequada em pacientes com câncer (6,28).

Levando em consideração os analgésicos opioides, eles são derivados do ópio, sendo naturais ou sintéticos, fracos ou fortes. Essa classe de medicamentos deve ser administrada com cautela, iniciando com baixas doses, aumentando se necessário. Não podem ser descontinuados abruptamente, pois geram abstinência (23). Nos trabalhos incluídos nessa revisão, foram usados o tramadol em associação com a morfina (17), e o fentanil comparado com a metadona (18,19). O tramadol é considerado um opioide fraco, é sintético e tem metabolização hepática, sua administração oral apresenta biodisponibilidade duas vezes maior que a parenteral. Já a morfina é considerada um opioide forte, sendo a droga mais usada para dores moderadas a intensas. No estudo de Kashyap *et al.*, de 2020 (17), os resultados apresentaram que, com a diminuição da dor dos pacientes, a morfina é reduzida primeiro, antes de reduzir o tramadol. Portanto, está dentro da expectativa que o tramadol seja reduzido de forma menos significativa do que a morfina.

O fentanil e a metadona, investigados nos trabalhos de Haumann *et al.* (18,19) são considerados opioides fortes. O fentanil de utilização transdérmica é um opioide sintético semelhante à morfina, e é utilizado ao longo de 72 horas. Já a metadona, também sintética, é utilizada para casos de dor neuropática e dores intensas, e, além de um efeito mediado pelo receptor opioide, apresenta um efeito adicional sobre o receptor N Metil-D-Aspartato (NMDA). Esse receptor é conhecido por ser importante na sensibilização central (29). Com esse duplo mecanismo de ação da metadona, os autores encontraram resultados positivos, sendo ela superior ao fentanil no alívio da dor em pacientes com dor oncológica com um componente de dor neuropática (18).

Conforme os resultados encontrados na literatura existente, observamos que o tratamento da dor oncológica acontece ainda basicamente com os opioides. Porém, devemos levar em conta a sua ampla utilização *versus* sua toxicidade e efeitos colaterais. Os opioides podem ser naturais, semissintéticos e sintéticos, e têm ação nos receptores presentes no sistema nervoso central e no sistema nervoso periférico (10). Alguns pontos importantes: a probabilidade de tolerância, causada por dessensibilização dos receptores e consequente perda gradual de sua função, leva inicialmente a efeitos colaterais (exceto constipação) e, depois, para efeitos analgésicos, o que pode ser revertido com o aumento da dose ou rotação dos fármacos. Quanto aos efeitos colaterais, os mais comuns são náuseas, vômitos, sonolência e prurido, ocorrendo mais no início do uso e com o aumento da dose. Em CP, o objetivo de conforto prevalece na

escolha dos melhores fármacos para cada paciente e também na via de administração de cada um (16).

Dentre os estudos para controle de dor não medicamentoso, foi avaliado o uso da terapia de Scrambler, sendo essa parecida com a estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS). Elas são as técnicas neuromodulatórias mais utilizadas (30). A terapia de Scrambler é um método novo introduzido no início dos anos 2000, utilizando um dispositivo que produz 16 sinais de corrente elétrica diferentes. Esses sinais simulam o potencial normal de ação do nervo, e os eletrodos ao redor da área de dor normalmente levam ao seu alívio imediato. Cada sessão de ST leva cerca de 30 a 45 minutos. A maioria dos pacientes sente alívio da dor logo na primeira sessão, que continua depois disso (31,32). Tem sido usado para o tratamento da dor, incluindo a dor oncológica. O alívio da dor associado a essa terapia foi considerado significativo e duradouro entre vários grupos de pacientes (33). No estudo, os resultados foram melhorando com o tempo. Portanto, pode ser uma boa escolha para pacientes para os quais o manejo farmacológico da dor não trouxe alívio suficiente (17).

Outra terapia avaliada é a radioterapia paliativa, que pode ter relevante importância nesta população (34). Por ser uma terapia que não interfere nas demais, poderia ser simplesmente integrada ao plano de tratamento terapêutico sem causar a interrupção de outros tratamentos. O estudo de Farina *et al.*, de 2018, tratou os pacientes com um regime de radioterapia baseada em quatro frações, duas vezes ao dia, por dois dias consecutivos. A dose total variou entre 14 e 20 Gray (Gy) e a dose por fração variou entre 3,5 e 5 Gy. A taxa de resposta de alívio da dor foi de 89,7% após a radioterapia. Assim, encontramos na literatura outros relatos que avaliam essa terapia e que abordam os seus benefícios. Levando em conta os pacientes mais velhos, o tratamento com radiação desempenha um papel vital na terapia curativa e paliativa do câncer (35). Dessa forma, um tratamento paliativo com radioterapia poderia fazer parte do arsenal terapêutico neste cenário (21).

O problema da dor nos pacientes com câncer já vem sendo pensado, e inúmeras recomendações foram feitas por órgãos nacionais e internacionais (36,37). Elas incluem o rastreamento da dor e o uso de vias de tratamento analgésicas integradas ao tratamento oncológico de rotina (38). Um estudo com pacientes com CCP apresentou uma prevalência de dor “moderada a grave” em 34% dos pacientes tratados com diretrizes de cuidados usuais (39). Assim, o objetivo do estudo de Williams *et al.*, de 2015, foi determinar se haveria como melhorar os escores de diminuição da dor através da introdução de uma triagem combinada, tratamento e abordagem educacional (grupo de intervenção) nesses pacientes. Os

resultados não demonstraram um benefício adicional porque ambos os grupos experimentaram melhorias substanciais nos escores de dor. Os pacientes do grupo de intervenção tiveram algumas melhorias, porém com um custo substancialmente aumentado, não sendo adequado no custo-benefício (20). Assim, o modelo de rastreamento da dor é fácil de ser implementado e pode ser combinado com as terapias já existentes, sendo uma estratégia de tratamento eficaz e econômica para pacientes com dor oncológica.

CONCLUSÃO

A maior parte da analgesia realizada nos pacientes em CP acometidos por lesões malignas de cabeça e pescoço acontece com opioides. Nossa revisão de literatura constatou um pequeno número de estudos clínicos com esta população. Assim, acreditamos ser de suma importância a realização de mais trabalhos que busquem novas formas de diminuir os sintomas e trazer o alívio do sofrimento.

Os autores declaram que não há conflito de interesse.

Autora de Correspondência:

Raquel Richelieu Lima de Andrade Pontes
Endereço: Hospital Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rua Felipe Camarão - CUCC, Vila Isabel, CEP 20511010 - Rio de Janeiro, RJ – Brasil
E-mail: raquelrichelieu@gmail.com

REFERÊNCIAS

1. Jales SM da CP. Avaliação da efetividade de um protocolo de cuidados odontológicos no alívio da dor, sintomas bucais e melhora da qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço em cuidados paliativos: ensaio clínico não-controlado [Internet] [Doutorado em Neurologia]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2011 [citado 7 de julho de 2021]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5138/tde-08122011-161547/>
2. Cuidados paliativos | INCA – Instituto Nacional de Câncer [Internet]. [citado 8 de julho de 2021]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/acoes-de-controle/cuidados-paliativos>
3. Pimenta CA de M, Mota DDC de F, Cruz D de ALM da. Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia. 2006 [citado 24 de julho de 2021]; Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001482203>
4. Guimarães AN, Dias MF, Miranda RM de C, Aguiar T de M, Arantes DCB, Pedras RB de N. Diagnóstico e manejo da dor orofacial oncológica: relato de três casos clínicos. Arq Em Odontol [Internet]. 2015 [citado 7 de julho de 2021];51(4). Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquivosemodontologia/article/view/3693>
5. Pidgeon T, Johnson CE, Currow D, Yates P, Banfield M, Lester L, *et al.* A survey of patients' experience of pain and other symptoms while receiving care from palliative care services. *BMJ Support Palliat Care*. setembro de 2016;6(3):315–22.

6. Sampaio SG dos SM, Motta LB da, Caldas CP. Medicamentos e Controle de dor: Experiência de um Centro de Referência em Cuidados Paliativos no Brasil. *Rev Bras Cancerol*. 24 de outubro de 2019;65(2):e-13365.
7. Jales SMCP, Siqueira JTT. Papel do dentista em Cuidado Paliativo. Em: *Manual de Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009.
8. Narayanan RS, Nair MK, Padmanabhan TK. Palliation of pain in advanced oral cancer. *Headache*. maio de 1988;28(4):258–9.
9. Merskey, H, Bogduk, N. Task force of taxonomy: classification of chronic pain. 2nd Edition. Seattle: IASP Press; 1994.
10. Medeiros e Silva S. MANEJO DA DOR NO PACIENTE ONCOLÓGICO. Em: *Diretrizes Oncológicas 2*. 2º ed São Paulo: Doctor Press Ed. Científica; 2019. p. 15–23.
11. Dalva Yukie Matsumoto. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. Em: *Manual de Cuidados Paliativos da ANCP*. 1a ed. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009.
12. Leticia Meda Vendrusculo-Fangel. CUIDADOS PALIATIVOS: CONCEITOS, FUNDAMENTOS E PRINCÍPIOS. Em: *Diretrizes Oncológicas 2*. São Paulo: Doctorpress; 2019.
13. Vargas-Schaffer G. Is the WHO analgesic ladder still valid? Twenty-four years of experience. *Can Fam Physician Med Fam Can*. junho de 2010;56(6):514–7, e202-205.
14. WHO | National cancer control programmes: [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 7 de julho de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9241545577/en/>
15. Rangel O, Telles C. Tratamento da dor oncológica em cuidados paliativos. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto [Internet]*. 2012;11(2). Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8928>
16. Cardoso MG de M. Controle da Dor. Em: *Manual de cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009.
17. Kashyap K, Singh V, Mishra S, Dwivedi SN, Bhatnagar S. The Efficacy of Scrambler Therapy for the Management of Head, Neck and Thoracic Cancer Pain: A Randomized Controlled Trial. *Pain Physician*. setembro de 2020;23(5):495–506.
18. Haumann J, Geurts JW, van Kuijk SMJ, Kremer B, Joosten EA, van den Beuken-van Everdingen MHJ. Methadone is superior to fentanyl in treating neuropathic pain in patients with head-and-neck cancer. *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990. setembro de 2016;65:121–9.
19. Haumann J, van Kuijk SMJ, Geurts JW, Hoebbers FJP, Kremer B, Joosten EA, *et al*. Methadone versus Fentanyl in Patients with Radiation-Induced Nociceptive Pain with Head and Neck Cancer: A Randomized Controlled Noninferiority Trial. *Pain Pract Off J World Inst Pain*. março de 2018;18(3):331–40.
20. Williams JE, Peacock J, Gubbay AN, Kuo PY, Ellard R, Gupta R, *et al*. Routine screening for pain combined with a pain treatment protocol in head and neck cancer: a randomised controlled trial. *Br J Anaesth*. outubro de 2015;115(4):621–8.
21. Farina E, Capuccini J, Macchia G, Caravatta L, Nguyen NP, Cammelli S, *et al*. Short course accelerated radiation therapy (SHARON) in palliative treatment of advanced solid cancer in older patients: A pooled analysis. *J Geriatr Oncol*. julho de 2018;9(4):359–61.
22. Siqueira JTT, Jales S, Vilarim RCB. Dor orofacial e cuidados paliativos orais em pacientes com câncer. *Revista Onco*. junho de 2013;Ano 3(nº 17):25–8.
23. Adriana Thomaz. Dor oncológica: conceitualização e tratamento farmacológico. *Revista Onco*. setembro de 2010;Ano 1(nº 1):24–9.
24. Ventafridda V, Tamburini M, Caraceni A, De Conno F, Naldi F. A validation study of the WHO method for cancer pain relief. *Cancer*. 15 de fevereiro de 1987;59(4):850–6.
25. Mercadante S, Fulfaro F. World Health Organization guidelines for cancer pain: a reappraisal. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol*. maio de 2005;16 Suppl 4:iv132-135.
26. Deandrea S, Montanari M, Moja L, Apolone G. Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol*. dezembro de 2008;19(12):1985–91.
27. Cipta AM, Pietras CJ, Weiss TE, Strouse TB. Cancer-related pain management in clinical oncology. *J Community Support Oncol*. outubro de 2015;13(10):347–55.
28. Haozous EA, Knobf MT. “All my tears were gone”: suffering and cancer pain in Southwest American Indians. *J Pain Symptom Manage*. junho de 2013;45(6):1050–60.
29. Ebert B, Andersen S, Krogsgaard-Larsen P. Ketobemidone, methadone and pethidine are non-competitive N-methyl-D-aspartate (NMDA) antagonists in the rat cortex and spinal cord. *Neurosci Lett*. 10 de março de 1995;187(3):165–8.
30. Coyne PJ, Wan W, Dodson P, Swainey C, Smith TJ. A trial of Scrambler therapy in the treatment of cancer pain syndromes and chronic chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. dezembro de 2013;27(4):359–64.
31. Marineo G. Inside the Scrambler Therapy, a Noninvasive Treatment of Chronic Neuropathic and Cancer Pain: From the Gate Control Theory to the Active Principle of Information. *Integr Cancer Ther*. dezembro de 2019;18:1534735419845143.
32. Marineo G, Iorno V, Gandini C, Moschini V, Smith TJ. Scrambler therapy may relieve chronic neuropathic pain more effectively than guideline-based drug management: results of a pilot, randomized, controlled trial. *J Pain Symptom Manage*. janeiro de 2012;43(1):87–95.
33. Chwistek M. Recent advances in understanding and managing cancer pain. *F1000Research*. 20 de junho de 2017;6:945.
34. Gillison TL, Chatta GS. Cancer chemotherapy in the elderly patient. *Oncol Williston Park N*. janeiro de 2010;24(1):76–85.
35. Smith GL, Smith BD. Radiation treatment in older patients: a framework for clinical decision making. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 20 de agosto de 2014;32(24):2669–78.
36. Gordon DB, Dahl JL, Miaskowski C, McCarberg B, Todd KH, Paice JA, *et al*. American pain society recommendations for improving the quality of acute and cancer pain management: American Pain Society Quality of Care Task Force. *Arch Intern Med*. 25 de julho de 2005;165(14):1574–80.
37. Miaskowski C. The next step to improving cancer pain management. *Pain Manag Nurs Off J Am Soc Pain Manag Nurses*. março de 2005;6(1):1–2.
38. Oldenmenger WH, Sillevius Smitt PAE, van Montfort CAGM, de Raaf PJ, van der Rijt CCD. A combined pain consultation and pain education program decreases average and current pain and decreases interference in daily life by pain in oncology outpatients: a randomized controlled trial. *Pain*. novembro de 2011;152(11):2632–9.
39. Williams JE, Yen JTC, Parker G, Chapman S, Kandikattu S, Barbachano Y. Prevalence of pain in head and neck cancer out-patients. *J Laryngol Otol*. julho de 2010;124(7):767–73.