



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM FARMACOLOGIA

FERNANDA NUNES SOUZA

**AVALIAÇÃO DA DOR EM PACIENTES ONCOLÓGICOS EM UM HOSPITAL
ESCOLA NA CIDADE DE FLORIANÓPOLIS/SC**

FLORIANÓPOLIS
2020

Fernanda Nunes Souza

**AVALIAÇÃO DA DOR EM PACIENTES ONCOLÓGICOS EM UM HOSPITAL
ESCOLA NA CIDADE DE FLORIANÓPOLIS/SC**

Dissertação submetida ao Curso de Mestrado
Profissional em Farmacologia da Universidade Federal
de Santa Catarina para a obtenção do título de Mestre
em Farmacologia
Orientador: Prof. Alfeu Zanotto Filho, Dr.

Florianópolis/SC

2020

Ficha de identificação da obra

Souza, Fernanda Nunes

Avaliação da dor em pacientes oncológicos em um hospital escola da cidade de Florianópolis/SC [dissertação]; orientador, Alfeu Zanotto Filho – Florianópolis, SC, 2020.

79 p.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Biológicas. Programa de Mestrado Profissional em Farmacologia

Inclui referências

1. dor oncológica. 2. analgesia no câncer. 3. escalas de dor

Fernanda Nunes Souza

**Avaliação da dor em pacientes oncológicos em um hospital escola na cidade de
Florianópolis/SC**

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Tadeu Lemos, Dr(a).
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Alexandra Susana Latini, Dr(a).
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre em Farmacologia.

Prof. Dr. Leandro J. Bertoglio
Coordenador do Mestrado Profissional em Farmacologia

Prof. Dr. Alfeu Zanotto Filho
Orientador

Florianópolis, 27 de Outubro de 2020.

Dedico este trabalho aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof^o Dr^o. Alfeu Zanotto Filho, pela orientação, aprendizados proporcionados e sugestões enriquecedoras; pelo empenho e dedicação para com a realização deste trabalho.

Ao Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), pela oportunidade de desenvolver este trabalho em seu ambiente multidisciplinar.

Aos pacientes que se dispuseram a participar desta pesquisa, por sua receptividade, boa vontade e informações disponibilizadas. Aos Enfermeiros Michele, Daniel e Roseli, pela receptividade, atenção e agradável convivência.

Aos alunos da Pós-Graduação do Laboratório de Farmacologia e Bioquímica do Câncer, Raquel Neves e Jonathan Paulo Agnes, pelo auxílio nas coletas de dados deste estudo.

À minha colega Fernanda Souza, pela parceria e contribuição na pesquisa e na elaboração desta Dissertação.

A todos professores e colegas da turma de Mestrado 2018, pelo aprendizado e convivência inestimável e insubstituível às sextas-feiras.

Aos meus pais, Rosaura e Bertelli, minha irmã Andreia, pelo apoio e entusiasmo na realização deste objetivo.

Se eu pudesse, eu pegava a dor, colocava dentro de um envelope e devolvia ao remetente. (Mário Quintana)

RESUMO

O câncer é considerado um sério problema de saúde pública, podendo atingir a todos indistintamente. A dor é um dos sintomas mais comuns e angustiantes em pacientes oncológicos, afetando de 49 % a 57 % dos pacientes com câncer curável e 56 % a 75 % dos pacientes com doença avançada. O sintoma dor é um fenômeno de caráter multifatorial, sendo necessária uma avaliação da dor total, que extrapole os sintomas físicos, associando-os aos fatores psicológicos, sociais e, até mesmo, espirituais. O objetivo desta pesquisa foi avaliar o tratamento e controle da dor em pacientes oncológicos em tratamento no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, localizado na cidade de Florianópolis/SC, bem como identificar sua eficácia resolutive, por meio da mensuração da dor atual desses pacientes. Trata-se de um estudo de natureza observacional, analítico do tipo prospectivo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o nº 14381519.9.0000.0121, em 08/07/2019, e os pacientes consentiram formalmente em participar. Foram entrevistados 15 pacientes em tratamento quimioterápico, entre os meses de agosto a dezembro de 2019, utilizando os questionários de avaliação de dor McGill e de Avaliação Funcional da Terapia do Câncer / Grupo de Oncologia Ginecológica - Neurotoxicidade (*Funcional Assessment of Cancer Therapy/Gynaecologic Oncology Group – Neurotoxicity* - FACT/GOG-Ntx). Os dados coletados foram inseridos no Programa *SigmaPlot* 14.0 e analisados utilizando-se estatística inferencial. A população, em sua maioria, constituiu-se de indivíduos do sexo feminino, com média de 57,9 anos de idade, e nível de escolaridade médio em 46,7 % e superior completo em 33,3 % dos participantes. O principal sítio primário do câncer foi intestino (n=11; 73,3 %). A maioria da amostra apresentava-se sem sintoma doloroso (73,3 %). Para os pacientes que apresentaram dor nos últimos 07 dias (26,7 %), não foi possível detectar correlação do sintoma doloroso com os aspectos de qualidade de vida e bem-estar. O perfil predominante foi o de pacientes com boa capacidade funcional e com condições de desenvolver relativamente bem suas atividades de vida diárias. Para o controle da dor, observamos predominância de analgésicos não opioides e AINEs quando comparado aos analgésicos opioides. Entretanto, o *N* amostral obtido não permitiu análises estatísticas robustas quanto às variáveis dependentes analisadas, e da correlação direta entre dor e qualidade de vida e bem-estar dos pacientes.

Palavras-chaves: 1. dor oncológica 2. analgesia no câncer 3. escalas de dor.

ABSTRACT

Cancer has been considered a serious public health problem that can affect anyone indistinctly. Pain is one of the most common and distressing symptom in cancer patients, affecting approximately 49 % to 57 % of patients with curable cancer and 56 % to 75 % of patients with advanced disease. The pain symptom is a multifactorial phenomenon, requiring an evaluation of total pain scores, which typically go beyond the physical manifestations of pain but are also associated with psychological, social and spiritual factors. The aim of this research was to evaluate the pharmacological treatment and its efficacy in controlling pain in cancer patients undergoing treatment at the Professor Polydoro Ernani de São Thiago University Hospital, located in the city of Florianópolis/SC. This is an observational, analytical prospective study. The study was approved by the Research Ethics Committee under the protocol nº 14381519.9.0000.0121 approved on 07/08/2019, and the patients were enrolled after formal consent to participate. Fifteen patients undergoing chemotherapy treatment were interviewed between august and december 2019 by means of the pain scales McGill and Funcional Assessment of Cancer Therapy/Gynaecologic Oncology Group – Neurotoxicity (FACT/GOG-Ntx). The data were loaded into the *SigmaPlot* 14.0 software and analyzed using inferential statistics. Most of individuals consisted of women, with an average 57.9 years-old, and an average education level in 46.7% and a college degree in 33.3 % participants. The main primary cancer site was the intestine (n = 11; 73.3 %), and most of patients did not report painful symptoms (73.3 %). Among the patients who reported pain within the last 07 days (26.7 %), it was not possible to detect a correlation between painful symptoms and quality of life and well-being aspects. The predominant profile was that of patients with good functional capacity and able to perform their routine activities without major issues. Most of the patients achieved good control of pain with non-opioid analgesics and NSAIDs. However, the sample N obtained did not allow robust statistical analyzes as to the dependent variables analyzed, and the direct correlation between pain and quality of life and well-being of patients.

Keywords: 1. cancer pain 2. analgesia in cancer 3. pain scales

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Escada analgésica da dor	30
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico de pacientes oncológicos tratados com oxaliplatina, paclitaxel, cisplatina e gencitabina, com e sem dor, Florianópolis, 2020	42
Tabela 2 - Perfil clínico de pacientes oncológicos tratados com oxaliplatina, paclitaxel, cisplatina e gencitabina, com e sem dor, Florianópolis, 2020.....	44
Tabela 3 - Estadiamento TNM (em Estágio) de pacientes oncológicos tratados com oxaliplatina, paclitaxel, cisplatina e gencitabina, Florianópolis, 2020.....	46
Tabela 4 - Avaliação de percepção de dor por meio do Questionário de McGill, em pacientes oncológicos tratados com oxaliplatina, paclitaxel, cisplatina e gencitabina, Florianópolis, 2020.....	48
Tabela 5 - Características sociodemográficas de pacientes oncológicos tratados com oxaliplatina, paclitaxel, cisplatina e gencitabina e a percepção de Dor, Florianópolis, 2020	49
Tabela 6 - Características clínicas de pacientes oncológicos tratados com oxaliplatina, paclitaxel, cisplatina e gencitabina e a percepção de dor, Florianópolis, 2020.....	50
Tabela 7 - Estadiamento TNM (em estágio) de pacientes oncológicos tratados com oxaliplatina, paclitaxel, cisplatina e gencitabina e a percepção de dor, Florianópolis, 2020 ..	52
Tabela 8 - Escores de qualidade de vida (FACT/GOG-Ntx) de pacientes oncológicos tratados com oxaliplatina, paclitaxel, cisplatina e gencitabina e a percepção de dor Florianópolis, 2020	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AINE - Anti-inflamatório não-esteroidal

CESH - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

EAPC - *European Association for Palliative Care* (Associação Européia de Cuidados Paliativos)

FACT/GOG-Ntx - Questionário *Funcional Assessment of Cancer Therapy/Gynaecologic Oncology Group – Neurotoxicity*

HU/UFSC - Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina

IAD - Índice Atual da Dor

IASP - *International Association for the Study of Pain* (Associação Internacional para o Estudo da Dor)

ICD - Índice de Classificação da Dor

IMC - Índice de Massa Corporal

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

MOC - Manual de Oncologia Clínica do Brasil

MPQ - *The McGill Pain Questionnaire*

NPE - Número de Palavras Escolhidas

OMS - Organização Mundial da Saúde

SN - Se necessário

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento de Livre Esclarecido

TNM - Tumor-nódulo-metástase

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	O CONCEITO “DOR”	16
1.2	FISIOPATOLOGIA DA DOR	18
1.3	CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DA DOR	20
1.4	OBESIDADE: UM FATOR ASSOCIADO À DOR.....	22
1.5	O CÂNCER	23
1.6	DOR ONCOLÓGICA	24
1.7	FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO E MENSURAÇÃO DA DOR EM ADULTOS	26
1.7.1	O QUESTIONÁRIO MCGILL DE DOR (MPQ).....	27
1.8	TRATAMENTO DA DOR ONCOLÓGICA	29
1.9	OBJETIVOS	32
1.9.1	Objetivo Geral.....	32
1.9.2	Objetivos Específicos	32
2	LOCAL DE ESTUDO, PACIENTES E METODOLOGIA UTILIZADA ...	34
2.1	LOCAL DO ESTUDO	34
2.2	CARÁTER DO ESTUDO E SUA POPULAÇÃO.....	35
2.2.1	Critérios de Inclusão.....	35
2.2.2	Critérios de Exclusão.....	36
2.3	ENTREVISTA CLÍNICA	36
2.4	INSTRUMENTOS DE PESQUISA	37
2.4.1	Fichas clínica e sociodemográfica.....	38
2.4.2	Avaliação da dor através do Questionário McGill de Dor (adaptado ao português)	38
2.4.3	Avaliação da qualidade de vida através do Questionário <i>Funcional Assessment of Cancer Therapy/Gynaecologic Oncology Group – Neurotoxicity (FACT/GOG-Ntx)</i>, versão em português	40
2.5	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	40
2.6	ASPECTOS ÉTICOS	41
3	RESULTADOS	42
3.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO	42

3.2	PERFIL CLÍNICO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO	43
3.3	AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE DOR POPULAÇÃO DO ESTUDO	47
3.4	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA	53
4	DISCUSSÃO	53
5	CONCLUSÃO.....	62
	REFERÊNCIAS.....	63
	ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	69
	ANEXO B - Questionário sobre os perfis sociodemográfico e clínico	73
	ANEXO C - Questionário McGill de dor (adaptado ao Português)	74
	ANEXO D - Questionário Funcional Assessment of Cancer Therapy/Gynaecologic Oncology Group – Neurotoxicity (FACT/GOG-Ntx), versão em Português	75
	ANEXO E - Folheto	78

1 INTRODUÇÃO

O tratamento do câncer tem sido aprimorado ao longo dos anos. Novos medicamentos e esquemas de tratamento que possibilitam cura ou controle do crescimento tumoral têm sido utilizados na prática clínica com sucesso, porém, o controle de efeitos adversos permanece sendo um desafio para equipe clínica. Em muitas situações, o surgimento de efeitos adversos acarreta em redução de dose ou até mesmo suspensão do tratamento, podendo impactar diretamente na saúde do paciente (CHU, 2013).

A dor é uma das manifestações mais associadas à baixa qualidade de vida do paciente oncológico, sendo um fator chave na morbidade associada ao câncer, afetando de 49 % a 57 % dos pacientes com câncer curável e 56 % a 75 % dos pacientes com doença avançada. Por tratar-se de uma situação clínica indesejada, porém comum, com potencial efeito prejudicial à saúde e possível comprometimento do tratamento do paciente, a correta identificação e tratamento adequado da dor são questões relevantes para equipe clínica (HUI; BRUERA, 2014).

O Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina – HU/UFSC, fundado em 02 de maio de 1980 é um hospital geral de ensino que atua nos três níveis de assistência ao paciente: básico, secundário e terciário. É referência estadual em patologias complexas, clínicas e cirúrgicas e tratamentos de alta complexidade, como o tratamento oncológico. Sua característica de hospital de ensino e por ser referência estadual em serviços de alta complexidade fazem dessa instituição um cenário ideal para realizar pesquisas científicas.

Para o desenvolvimento do presente estudo partiu-se da hipótese de que os pacientes oncológicos assistidos no serviço ambulatorial de Quimioterapia do HU/UFSC desenvolvem dor ao longo do tratamento quimioterápico e que o tratamento analgésico utilizado não possui uma resolutividade no alívio e/ou cessar da sensação dolorosa. Além disso, de que a falta de resolutividade da dor está associada à ausência de uma rotina de mensuração da dor e ausência de uma assistência farmacêutica relacionada a adesão ao tratamento analgésico e monitoramento de possíveis reações adversas a medicamentos.

Espera-se que este estudo avaliativo possa fornecer informações que contribuam com o sucesso da terapia da dor em pacientes oncológicos auxiliando assim na minimização do sofrimento desses indivíduos, com vistas a preservar e/ou promover uma qualidade de vida.

1.1 O CONCEITO “DOR”

A experiência dolorosa faz parte do cotidiano humano desde os seus primórdios e, ao longo do tempo, o conceito de dor foi sendo reformulado aprofundamente por diversas vezes, a fim de se tentar incluir todas as facetas que configuram a sensação dolorosa que, hoje já se sabe, não implica apenas a veiculação de informação sensitiva através de vias nervosas até seu processamento no sistema nervoso central, ou seja, a nocicepção. Sabe-se também que há interação bastante íntima entre as diferentes qualidades sensoriais e a dolorosa, e entre esta e os sistemas responsáveis pelos aspectos cognitivos e afetivos do indivíduo, ou seja, elementos sensoriais, afetivos, culturais e emocionais também contribuem para compor a individualidade da sensação dolorosa (PIMENTA, 1998).

Ao longo dos anos, o homem veio procurando progressivamente compreender as causas da dor e como aliviá-la. Para os antigos egípcios, a dor era captada pelo coração, e a maneira de enfrentar o processo saúde-doença não se distinguia entre magia e medicina. Para os gregos, estes questionavam sobre ela ser sentida no coração ou no cérebro, e muitos métodos físicos e espirituais foram utilizados para o tratamento da dor, além do uso de plantas e de ervas. Para o mundo judaico-cristão durante a Idade Média, a dor era considerada a expressão de punição pelos pecados e transgressão das Leis Divinas, e a única possibilidade de cura seria a graça que dependeria da intervenção favorável ou não de Deus (TEIXEIRA E OKADA, 2009). No período Renascentista houve grandes avanços nas áreas da Química, da Física, da Fisiologia e da Anatomia (especialmente do Sistema Nervoso), e as relações com Deus, com o paraíso e com a vida após a morte tornaram-se menos enfatizadas; o estudo do homem, da natureza e da metodologia científica passou a ser institucionalizado (WHITE E STEIN, 2010; AMADOR, 2016).

A necessidade de uma definição de dor e de termos relacionados a ela para facilitar o entendimento e a comunicação com caráter universal fez com que a Associação Internacional

para o Estudo da Dor (IASP - *International Association for the Study of Pain*) constituísse, em 1976, uma subcomissão de taxonomia da dor (ARAÚJO, 2015). No ano de 1979, a IASP cunhou a importante definição sobre a dor, definida atualmente como sendo “uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial.” (SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR, 2020).

Essa definição trouxe em voga o conceito implícito de que dor nem sempre é uma consequência de dano tecidual, e pode ocorrer sem ele. Com isso, percebeu-se que fatores “somáticos” (dano tecidual) não poderiam ser separados de fatores “psicológicos” (aprendizado, lembrança, a alma e processos afetivos) (ARAÚJO, 2015). A dor estaria no cerne da relação do indivíduo com o mundo e de sua experiência acumulada com ele, ultrapassando, portanto, a esfera clínica configurada pela medicina; penetraria as experiências pessoais repletas de significação, interpretação e explicação, sempre mediadas pela cultura, pelas relações sociais e subjetividade. A soma desses fatores psicológicos associados com influências sociais na percepção dolorosa formam o denominado núcleo do conceito biopsicológico da dor (PIMENTA, 1998; CANESQUI, 2011; WHITE E STEIN, 2010).

Em meados dos anos 90, a IASP e a Sociedade Americana da Dor (*American Pain Society*) descreveu a dor como sendo o quinto sinal vital, e como tal, dever-se-ia ser avaliada tão automaticamente quanto os outros sinais vitais do paciente (temperatura, pulso, respiração e pressão arterial) (BOTTEGA E FONTANA, 2010; FORTUNATO et al., 2013). Como a dor não pode ser medida por instrumentos físicos que, usualmente, mensuram o peso corporal, a temperatura, a altura, a pressão sanguínea e o pulso (BOTTEGA E FONTANA, 2010), a sua mensuração acaba sendo o primeiro desafio do clínico no combate à experiência dolorosa (FORTUNATO et al., 2013).

O processo de avaliação da dor é amplo; e a dor, subjetiva. Envolve a obtenção de informações, por meio de quem a está experienciando, relacionadas a data de início, localização, intensidade, duração e periodicidade dos episódios dolorosos, e impactos nas funções cotidianas (dormir, trabalhar, socializar, entre outros); assim como a fatores que iniciam, aumentam ou diminuem a sua intensidade; e a informações relacionadas às qualidades sensoriais e afetivas do paciente. Além de subjetiva, a dor também se caracteriza

por ser um fenômeno multidimensional e, caracterizá-la como tal, significa observar e avaliar a experiência nas suas várias dimensões: 1) neurofisiológica, pois envolve mecanismos de ativação dos receptores periféricos; 2) psicossocial, considerando a influência emocional positiva e negativa sobre o indivíduo; 3) cognitivo-cultural, relacionando-a à crenças, significados e comportamentos prévios a dor; 4) comportamental, pois estressores situacionais, de desenvolvimento profissional e pessoal, podem exercer influência sobre o limiar da dor; 5) e sensorial, relativas às características semiológicas da mesma (BOTTEGA E FONTANA, 2010).

Como mencionado anteriormente, ainda não existe um instrumento padrão que permita medir essa experiência tão complexa que é a dor. Contudo, existem diversas escalas de mensuração da dor, que podem fornecer informações mais qualitativas ou quantitativas, sendo necessário, assim, escolher aquela que melhor se enquadra ao paciente que será avaliado (BOTTEGA E FONTANA, 2010).

1.2 FISIOPATOLOGIA DA DOR

O componente fisiológico da dor é denominado nocicepção, que consiste dos processos de transdução, transmissão e modulação de sinais neurais gerados em resposta a um estímulo nocivo externo (TAZAWA, 2006; KLAUMANN, 2008).

O primeiro processo da nocicepção é a decodificação de sensações mecânica, térmica e/ou química em impulsos elétricos por terminais nervosos especializados denominados nociceptores. Os nociceptores são terminações nervosas livres de neurônios de primeira ordem (fibras nervosas sensoriais), cuja função é preservar a homeostasia tecidual, assinalando uma injúria potencial ou real. Os neurônios de primeira ordem são classificados em três grandes grupos, segundo seu diâmetro, seu grau de mielinização e sua velocidade de condução (KLAUMANN, 2008):

- Fibras A β : são fibras de diâmetro grande (maior que 10 μ m), mielinizadas e de velocidade de condução rápida.

- Fibras A δ : são fibras de diâmetro intermediário (2 a 6 μm), mielinizadas, de velocidade de condução intermediária.
- Fibras C: são fibras de diâmetro pequeno (0,4 a 1,2 μm), não mielinizadas e de velocidade de condução lenta.

Normalmente, a informação nociceptiva é transmitida por fibras do tipo A δ e C localizadas na pele, vísceras, vasos sanguíneos, peritônio, pleura, periosteio, tendão, fáscia, cápsula articular e fibras do músculo esquelético. Na ausência de dano tecidual ou nervoso as fibras A β são responsáveis por sensações inócuas, ou seja, somente transmitem informação referente a estímulos inócuos tais como tato, vibração e pressão (KLAUMANN, 2008).

As fibras A δ são responsáveis pela primeira fase da dor, rápida e forte, do tipo picada ou ferroadada e são sensíveis a estímulos mecânicos intensos (mecanorreceptores de alto limiar). As fibras C produzem uma segunda fase de dor mais difusa e persistente e formam, na periferia, receptores de alto limiar para estímulos térmicos e/ou mecânicos. Existem também fibras do tipo C polimodais que respondem a estímulos mecânicos, térmicos e químicos (KLAUMANN, 2008).

O trajeto dos impulsos nervosos que originam a dor inclui o sistema nervoso periférico, a medula espinhal, o tronco cerebral, o tálamo e o córtex cerebral. As fibras nervosas que transmitem a informação dolorosa captadas pelos nociceptores se dirigem para o gânglio espinhal e deste, as fibras se dirigem para a região da medula espinhal denominada corno posterior ou dorsal, o qual representa uma organização laminar chamada de Lâminas de Rexed. A partir dessas estruturas, a informação é transmitida até o tálamo, e de lá segue para o córtex somatossensorial e outras regiões corticais (TAZAWA, 2006).

A comunicação da informação nociceptiva entre neurônios ocorre por mediadores químicos (neurotransmissores) que são: aminoácidos excitatórios ou inibitórios e neuropeptídeos que são produzidos, armazenados e liberados tanto nas terminações dos nervos aferentes como nos neurônios do corno dorsal. Os principais aminoácidos excitatórios são o glutamato e o aspartato porém, em fibras aferentes do tipo C também encontra-se uma

variedade de neuropeptídeos como a substância P, neurotensina, peptídeo intestinal vasoativo, peptídeo relacionado com o gene da calcitonina e colecistocinina (KLAUMANN, 2008).

A informação sobre o dano tecidual é conduzida por neurônios denominados neurônios de projeção, por meio de cinco vias ascendentes principais: trato espinotalâmico, trato espinorreticular, trato espinomesencefálico, trato espinocervical e/ou trato espinohipotalâmico. Esse complexo sistema de vias de transmissão das informações nociceptivas inervam o tálamo, o mesencéfalo, o sistema límbico e a formação reticular, que são os centros nervosos responsáveis pela localização da dor, sua intensidade, bem como os aspectos afetivos e cognitivos (KLAUMANN, 2008).

1.3 CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DA DOR

É ampla a variedade de sensações dolorosas que possam existir, estando relacionada à essa diversidade as numerosas etiologias de dor e as respostas peculiares aos estímulos dolorosos que cada indivíduo pode apresentar (VARANDAS, 2013).

Quando se pretende classificar a dor em relação à sua fisiopatologia, esta pode ser de origem nociceptiva, neuropática e psicogênica. A dor nociceptiva surge quando ocorre uma ativação fisiológica dos receptores ou da via dolorosa, podendo estar associada a lesões de tecidos dérmicos, musculares, ligamentos e ósseos (denominada de dor nociceptiva somática), e quando atinge órgãos mais internos nomeada de dor nociceptiva visceral. A primeira caracteriza-se por uma dor bastante intensa e de fácil localização; e a segunda, de carácter vago, persistente e de difícil localização (NETO, 2009; VARANDAS, 2013).

A dor neuropática é uma dor originada de lesão ou disfunção que afeta o sistema nervoso, podendo esta ser de origem central ou periférica. Manifesta-se com vários sintomas, sendo os mais comuns a dor contínua em queimação, a dor em choque e a alodínea mecânica (dor provocada por um leve toque na pele) (BARROS, 2016).

A dor psicogênica é uma classificação adotada para dores que não apresentam causas orgânicas. Este tipo de dor pode ser entendida como aquela que surge na ausência de qualquer processo lesional, ou que permanece após a resolução do processo lesivo. Tradicionalmente, esta dor é conhecida como sendo uma dor funcional. O processo mais comum desta resulta,

geralmente, de uma disfunção neuropsíquica com ou sem psicopatologia associada (depressão, distúrbios de personalidade, ansiedade). Muitas vezes a dor psicogênica pode também surgir associada à dor nociceptiva e à dor neuropática, podendo alterar a sua apresentação e evolução clínica. Mesmo sendo psicogênica, esse tipo de dor causa desconforto e sofrimento ao indivíduo. Geralmente ela se caracteriza por localizações dolorosas múltiplas e variáveis no tempo, por vezes relatada pelo paciente como sendo muito antiga (VARANDAS, 2013).

Sob o ponto de vista temporal, a dor pode ser classificada em aguda ou crônica. A dor aguda consiste numa resposta fisiológica normal e previsível do organismo frente a um estímulo adverso que pode ser químico, mecânico ou térmico, estando essa relacionada com os mecanismos de defesa da integridade do organismo contra reais ou potenciais agentes agressores. Apresenta-se como sendo uma dor pontual, de curta duração (inferior a seis meses) e reversível com a interrupção do estímulo. A geração de dor aguda implica na presença de um sistema nervoso sensorial (somatossensorial) intacto (NETO, 2009; VARANDAS, 2013).

Em contrapartida, a dor crônica não representa somente um sintoma, mas caracteriza-se por um estado patológico bem definido, isto é, uma disfunção do sistema somatossensorial que persiste além da solução da origem dessa. Desse modo, a dor crônica é considerada, por si só, uma doença: despe-se do valor biológico característico da dor aguda, uma vez que é constituída especialmente por reações musculoesqueléticas e psicocomportamentais que induzem incapacidade e repercussões biopsicossociais desfavoráveis. Por ser uma patologia complexa, na maioria das vezes, o fator etiológico da dor crônica é de difícil definição clínica, não sendo possível a simples aplicação de conceitos fisiopatológicos da dor aguda. A sua duração comumente perdura por um período superior a seis semanas, sendo considerado o marco temporal divisório entre o fenômeno agudo e o crônico a persistência da sintomatologia além de três meses (NETO, 2009; TEIXEIRA, 2009).

1.4 OBESIDADE: UM FATOR ASSOCIADO À DOR

A obesidade é uma condição de acúmulo anormal ou excessivo de gordura no tecido adiposo. Ela é geralmente definida pelas medidas de peso e altura para calcular o Índice de Massa Corporal (IMC). O IMC de peso normal varia de 18,5 kg/m² a 24,9 kg/m², e para sobrepeso varia de 25 kg/m² a 29,9 kg/m². Um IMC superior a 30 kg/m² é considerado um reflexo da obesidade, sendo a categoria de obesidade subdividida em classe I (30-34,9 kg/m²), classe II (35-39,9 kg/m²) e classe III (≥ 40 kg/m²) - acima de 40 kg/m² considera-se obesidade mórbida (OKIFUJI, 2015).

Estudos sugerem fortemente que a dor e a obesidade estão significativamente relacionadas entre si, e a obesidade é potencialmente um marcador de maiores complicações funcionais e psicológicas da dor crônica. Em relação às pessoas com peso normal, pessoas com sobrepeso relataram taxas 20% maiores de dor recorrente, e as taxas sobem para 68% para pessoas com obesidade classe I, 136% para pessoas com obesidade classe II e 254% para pessoas com obesidade mórbida. Uma revisão sistemática realizada por Chai *et al.* (2014) conclui que pessoas obesas têm maior risco de ter dores de cabeça, principalmente dores de cabeça crônicas. Da mesma forma, a obesidade parece ser um fator de risco para o desenvolvimento de dor abdominal, dor pélvica e dor neuropática (OKIFUJI, 2015).

Para explicar essa associação entre peso e dor, o tecido adiposo não é uma unidade de armazenamento passiva para células de gordura. Esse é metabolicamente ativo, servindo como um órgão endócrino para produzir e liberar citocinas e adipocinas pró-inflamatórias. Assim, a obesidade envolve várias alterações endócrinas havendo evidências de que tais alterações podem ter um papel na modulação alterada da dor na obesidade. A literatura sugere que a obesidade pode ser caracterizada por um estado inflamatório crônico de baixo grau, refletido por níveis elevados em muitos marcadores inflamatórios no sangue, como a interleucina-6 (IL-6) e a proteína C reativa (PCR). Assim, a obesidade pode ser considerada um reflexo da inflamação sistêmica que pode contribuir para a dor (OKIFUJI, 2015).

1.5 O CÂNCER

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, tendendo a invadir tecidos e órgãos vizinhos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo, formando metástases (BRASIL, 2020; CÂNCER, 2019).

Segundo informações do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), o câncer é o principal problema de saúde pública no mundo e já está entre as quatro principais causas de morte prematura (antes dos 70 anos de idade) na maioria dos países. A incidência e a mortalidade por câncer vêm aumentando mundialmente, em parte pelo envelhecimento, pelo crescimento populacional, bem como pela mudança na distribuição e na prevalência dos fatores de risco de câncer, especialmente àqueles associados ao desenvolvimento socioeconômico. Verifica-se uma transição dos principais tipos de câncer observados nos países em desenvolvimento, com um declínio dos tipos de câncer associados a infecções e aumento daqueles associados à melhoria das condições socioeconômicas com a incorporação de hábitos e atitudes associados à urbanização (sedentarismo, alimentação inadequada, entre outros) (CÂNCER I, 2020).

A mais recente estimativa mundial realizada no ano de 2018, apontou que ocorreriam no mundo 18 milhões de novos casos de câncer (17 milhões, sem contar os casos de câncer de pele não-melanoma) e 9,6 milhões de óbitos (9,5 milhões, excluindo os cânceres de pele não melanoma) no ano de 2018 (ESTIMATIVA, 2020). O câncer de pulmão é o mais incidente no mundo (2,1 milhões) seguido pelo câncer de mama (2,1 milhões), cólon e reto (1,8 milhão) e próstata (1,3 milhão). A incidência em homens (9,5 milhões) representa 53 % dos casos novos, sendo um pouco maior nas mulheres, com 8,6 milhões (47 %) de casos novos. Os tipos de câncer mais frequentes nos homens foram o câncer de pulmão (14,5 %), próstata (13,5 %), cólon e reto (10,9 %), estômago (7,2 %) e fígado (6,3 %). Nas mulheres, as maiores incidências foram câncer de mama (24,2 %), cólon e reto (9,5 %), pulmão (8,4 %) e colo do útero (6,6 %) (ESTIMATIVA, 2020).

Para o Brasil, a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 aponta que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer (450 mil, excluindo os casos de câncer de pele não-melanoma).

O câncer de pele não-melanoma será o mais incidente (177 mil), seguido pelos cânceres de mama e próstata (66 mil cada), cólon e reto (41 mil), pulmão (30 mil) e estômago (21 mil). O cálculo global corrigido para o sub-registro aponta a ocorrência de 685 mil casos novos (ESTIMATIVA, 2020). Os tipos de câncer mais frequentes em homens brasileiros, com exceção do câncer de pele não-melanoma, serão próstata (29,2 %), cólon e reto (9,1 %), pulmão (7,9 %), estômago (5,9 %) e cavidade oral (5,0 %). Nas mulheres brasileiras, exceto o câncer de pele não-melanoma, serão os cânceres de mama (29,7 %), cólon e reto (9,2 %), colo do útero (7,5 %), pulmão (5,6 %) e tireoide (5,4 %) que figurarão entre os principais. O câncer de pele não-melanoma representará 27,1 % de todos os casos de câncer em homens e 29,5 % em mulheres no país (ESTIMATIVA, 2020).

1.6 DOR ONCOLÓGICA

A dor é um dos sintomas mais comuns e angustiantes em pacientes com câncer, afetando de 49 % a 57 % dos pacientes com câncer curável e 56 % a 75 % dos pacientes com doença avançada (HUI; BRUERA, 2014). Invasão tumoral, compressão extrínseca, obstrução visceral, ulceração cutânea e fraturas patológicas são exemplos de causas de dor relacionadas diretamente ao câncer. Contudo, o desconforto pode também ter origem nos próprios procedimentos diagnósticos ou de tratamentos relacionadas à doença (como exemplos, podemos citar as síndromes dolorosas pós-biópsias, cirurgias ou punções; assim como as neuropatias ou mucosites induzidas por quimioterapia e as injúrias por radioterapia). Infecções oportunistas dolorosas, como no Herpes Zoster, são frequentes em pacientes oncológicos, e há ainda queixas dolorosas advindas da redução da mobilidade que pode resultar em sintomas musculoesqueléticos (SUBI et al., 2018).

As síndromes dolorosas relacionadas ao câncer podem ser agudas ou crônicas e ter origem nociceptiva (somática ou visceral), neuropática ou mista. Na maior parte dos casos têm as características da dor crônica e origem mista. Podem ainda ser recorrentes, episódicas ou ambas, sendo importante lembrar a dor de ruptura (*breakthrough pain*) ou dor incidental, quando associada ao movimento (SUBI et al., 2018).

Observa-se que o estresse gerado pela dor atua como um fator contribuinte para a lentificação dos processos de reabilitação e de recuperação de danos, redução da capacidade funcional e aumento de dependência, além de poder levar a alterações do humor, isolamento social, distúrbio do sono, alterações do apetite, dificuldade de movimentação e deambulação, prejuízo da autoavaliação de saúde, aumento da necessidade de gastos com cuidados de saúde e comprometimento da qualidade de vida (SUBI et al., 2018). Estudos atuais demonstram melhora da sobrevivência global, da tolerância ao tratamento oncológico e da qualidade de vida nos pacientes com dor e outros sintomas quando controlados. Valendo-se desses dados, observa-se a importância e o desafio que é tratar a dor nesses indivíduos. Essa prática terapêutica tramitará por áreas técnicas diversas, tais como a aplicação de escalas adequadas de avaliação, conhecimento da fisiopatologia da dor para correta avaliação e diagnóstico de sua origem, conceitos de farmacologia e noções de métodos intervencionistas. Mais ainda, considerando o caráter multifatorial da dor, tem-se também a necessidade de conhecer outros aspectos mais subjetivos, como a capacidade de acolher, desenvolver vínculo e avaliar a situação biopsicossocial do indivíduo em diferentes momentos do tratamento. Trata-se da avaliação da dor total, que definimos como além dos sintomas físicos, sendo associada aos fatores psicológicos, sociais e espirituais que resulta num impacto multidimensional do sofrimento e que afeta também familiares e cuidadores (WIERMANN et al., 2015; SUBI et al., 2018).

Aproximadamente 90 % dos pacientes podem alcançar a manutenção da estabilidade do sintoma doloroso seguindo as diretrizes de tratamento da dor. No entanto, o manejo da dor permanece sub-ótimo na esfera oncológica, o que representa muitas oportunidades perdidas para melhorar a qualidade de vida dos pacientes (a dor ainda é percebida por médicos, pacientes e familiares como um sintoma inerente à história natural da doença, muitas vezes colocado em um segundo plano). O manejo efetivo da dor começa com uma avaliação apropriada desse sintoma, que inclui documentação de suas características, determinação de seus mecanismos, identificação de fatores moduladores, definição de um tratamento objetivo e personalizado da dor, e reavaliações regulares ao longo do tempo (HUI; BRUERA, 2014; WIERMANN, 2014).

1.7 FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO E MENSURAÇÃO DA DOR EM ADULTOS

A comunicação da experiência dolorosa pelos doentes aos profissionais de saúde que os atendem é fundamental para a compreensão do quadro algico, implementação de medidas analgésicas e avaliação da eficácia terapêutica. Dor é um fenômeno individual e subjetivo; assim, os instrumentos de avaliação de dor são basicamente inferências e estão baseados no auto-relato, assim como na observação dos comportamentos de dor e em medidas das respostas biológicas. Sua finalidade é dar subsídios para que se identifiquem as alterações presentes no paciente e use a intervenção adequada. Pois, muito mais do que apontar a alteração presente, este tipo de instrumento deve nortear as ações, objetivando sempre a melhora da condição do paciente (PIMENTA; TEIXEIRA, 1996; SOUZA, 2002). Essas ferramentas podem avaliar somente uma das dimensões da experiência dolorosa (unidimensionais), ou várias dimensões (multidimensionais), e devem ser adequados não só ao objetivo que se pretende atingir, como também ao nível de compreensão do próprio paciente (SOUZA, 2002).

Os instrumentos unidimensionais são designados para quantificar apenas a severidade ou a intensidade da dor e têm sido usados frequentemente em hospitais e/ou clínicas para obtenção de informações rápidas, não invasivas e válidas sobre a dor e a analgesia. Exemplos desses instrumentos são: Escala Numérica de Dor, Escala Visual Analógica, Escala de Descritores Verbais e a Escala Facial de Dor do Adulto que são frequentemente empregadas em ambientes clínicos, por serem de aplicação fácil e rápida (SOUZA, 2002; SWARM et al., 2010; SUBI et al., 2018). Os instrumentos multidimensionais, de outro lado, são empregados para avaliar e mensurar as diferentes dimensões da dor a partir de diferentes indicadores de respostas e suas interações. As principais dimensões avaliadas são três: a sensorial-discriminativa, a motivacional-afetiva e a cognitiva-avaliativa. Algumas escalas multidimensionais também incluem indicadores fisiológicos, comportamentais, contextuais e, também, os auto-registros por parte do paciente. Exemplos desses instrumentos multidimensionais são a Escala de Descritores Verbais Diferenciais, o Questionário McGill de Dor, e a Teoria da Detecção do Sinal. Com essas escalas, torna-se possível avaliar a dor em suas múltiplas facetas, ou seja, seus componentes

sensoriais, afetivos e avaliativos que estão refletidos na linguagem usada para descrever a experiência dolorosa (SOUZA, 2002).

Objetivando a análise multidimensional da dor (sensorial-discriminativa, motivacional-afetiva e cognitivo-avaliativa) no presente estudo, optamos por focar no instrumento Questionário McGill de Dor. Esse questionário ou inventário multidimensional de avaliação da dor, tanto na sua forma completa como reduzida, tem-se constituído um instrumento popular e frequentemente utilizado ao redor do mundo para a avaliação da dor em suas múltiplas dimensões (SOUSA et al., 2009).

Além da aplicação de questionário para análise multidimensional da dor, optamos também por aplicar um questionário englobando aspectos sócio-demográficos dos pacientes participantes, visto a hipótese do presente estudo de que um menor grau de escolaridade e/ou pior estado socioeconômico poderia dificultar a capacidade de identificar e relatar os sintomas de dor por parte dos participantes, podendo levar a superestimação ou subestimação da percepção de dor.

1.7.1 O QUESTIONÁRIO MCGILL DE DOR (MPQ)

O Questionário McGill de Dor (MPQ - *The McGill Pain Questionnaire*) foi proposto por Ronald Melzack, um importante psicofisiologista na Universidade McGill de Montreal, Canadá, no ano de 1975, como um instrumento multidimensional de avaliação sistemática das queixas de dor. No ano de 1965, juntamente com o anatomista Patrick Wall, Ronald Melzack desenvolveu a Teoria da Comporta ou Teoria do Controle da Comporta de Dor (*The Gate Control Theory of Pain*). As teorias pioneiras existentes na época, Teoria da Especificidade e Teoria Padrão, explicavam a dor pela quantidade, grau ou natureza do estímulo sensorial ou da lesão tecidual adquirida, e apenas estas condições não eram suficientes para que uma delas fosse aceita como uma teoria geral da dor, principalmente no que se referia aos aspectos psicológicos que não eram possíveis de serem explicados usando isoladamente os conceitos abordados em cada uma dessas (TAZAWA, 2006).

Nesse contexto, Ronald Melzack e Patrick Wall propuseram um novo modelo para descrever os mecanismos da dor, sugerindo que os sinais oriundos do cérebro podem ativar

comportas neurais na medula espinhal e bloquear sinais de dor. A partir dessa teoria foi desenvolvido, então, um modelo conceitual de dor que considera sua natureza tridimensional: sensorial-discriminativa, avaliativa-cognitiva e afetiva-motivacional (CASTRO, 1999).

Ao resgatar essas três dimensões fundamentais da dor, Melzack pressupôs que as clássicas avaliações monodimensionais de intensidade da dor não seriam mais capazes de retratar toda a complexidade do fenômeno doloroso e, partindo desse pressuposto, ele desenvolveu e validou um novo método multidimensional de mensuração da dor em humanos: o Questionário McGill de Dor (CASTRO, 1999).

O MPQ quantifica estatisticamente a dor através de três indicadores:

- *Índice de Classificação da Dor (ICD)*: que é a soma dos valores escalares das palavras escolhidas pelo paciente em uma dada dimensão de palavras ou em todas elas;
- *Número de Palavras Escolhidas (NPE)*: que é a soma de todas as palavras escolhidas pelo paciente para caracterizar sua dor, sendo que em cada subclasse de palavras ele só pode escolher uma delas.
- *Intensidade Atual da Dor (IAD)*: que é um indicador rápido da intensidade global da Dor sentida pelo paciente no momento em que o questionário está sendo aplicado, ou seja, é um índice do estado atual da dor.

Segundo a literatura, o Questionário McGill de Dor é um bom instrumento de avaliação da dor, pois fornece medidas que permitem quantificar e tratar estatisticamente um fenômeno subjetivo como a dor. Este também é suficientemente sensível para detectar diferenças entre diferentes recursos técnicos analgésicos, e não implica no uso de métodos experimentais de Dor produzida por instrumentos para a avaliação das dores clínicas (CASTRO, 1999; PIMENTA E TEIXEIRA, 1996).

1.8 TRATAMENTO DA DOR ONCOLÓGICA

O tratamento da dor oncológica pode ser realizado de três maneiras: i) farmacológico, com a utilização de analgésicos não-opioides, analgésicos opioides e co-analgésicos (analgésicos adjuvantes); ii) não farmacológico, por meio de intervenções psicológicas e/ou físicas (fisioterapia, compressas fria/quente, acupuntura), radioterapia e ablação por radiofrequência; e iii) por meio de intervenções invasivas (analgesia por administração intratecal de fármacos, bloqueio nervoso, cirurgia paliativa e neurocirurgia) (COSTA et al., 2007). Dentre essas, a terapia farmacológica se mantém como pilar no tratamento da dor no paciente com câncer, devendo ser multimodal, ou seja, encontrando uma combinação mais eficiente de fármacos e/ou esquemas posológicos (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2020).

Atendo-se ao tratamento farmacológico, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), este tratamento deve ser preferencialmente: a) por via oral ou transdérmica, de modo a proporcionar ao paciente um maior grau de independência, conforto e autonomia para o autocuidado; b) pelo relógio, isto é, administrando doses fixas conforme o tempo de ação de cada droga para alívio continuado da dor; c) pela intensidade, de acordo com a escada analgésica desenvolvida para guiar o uso sequencial de drogas; d) para o indivíduo, considerando suas necessidades e permitindo controle adequado da dor com os mínimos efeitos adversos; e) com atenção aos detalhes e reavaliações frequentes da presença e características da dor, adequando o tratamento aos hábitos e rotinas do paciente e prevenindo efeitos colaterais dos medicamentos utilizados (como, por exemplo, prescrever laxativos aos pacientes que utilizam opioides) (INCA, 2002; COSTA et al., 2007; RANGEL e TELLES, 2012).

Desenvolvida em 1986 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a Escada Analgésica (Figura 1) classifica e direciona o tratamento da dor em degraus, de acordo com a intensidade do sintoma doloroso. Esta continua sendo reconhecida como uma ferramenta educacional útil, mas não como um protocolo rigoroso para o tratamento da dor oncológica. Ela norteia o manejo medicamentoso e, atualmente, adaptações se mostram necessárias para assegurar seu uso continuado com as inovações mais recentes em farmacologia e

intervencionismo, sem perder sua simplicidade original, e facilitando a disseminação do conhecimento em dor do paciente com câncer (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2020).

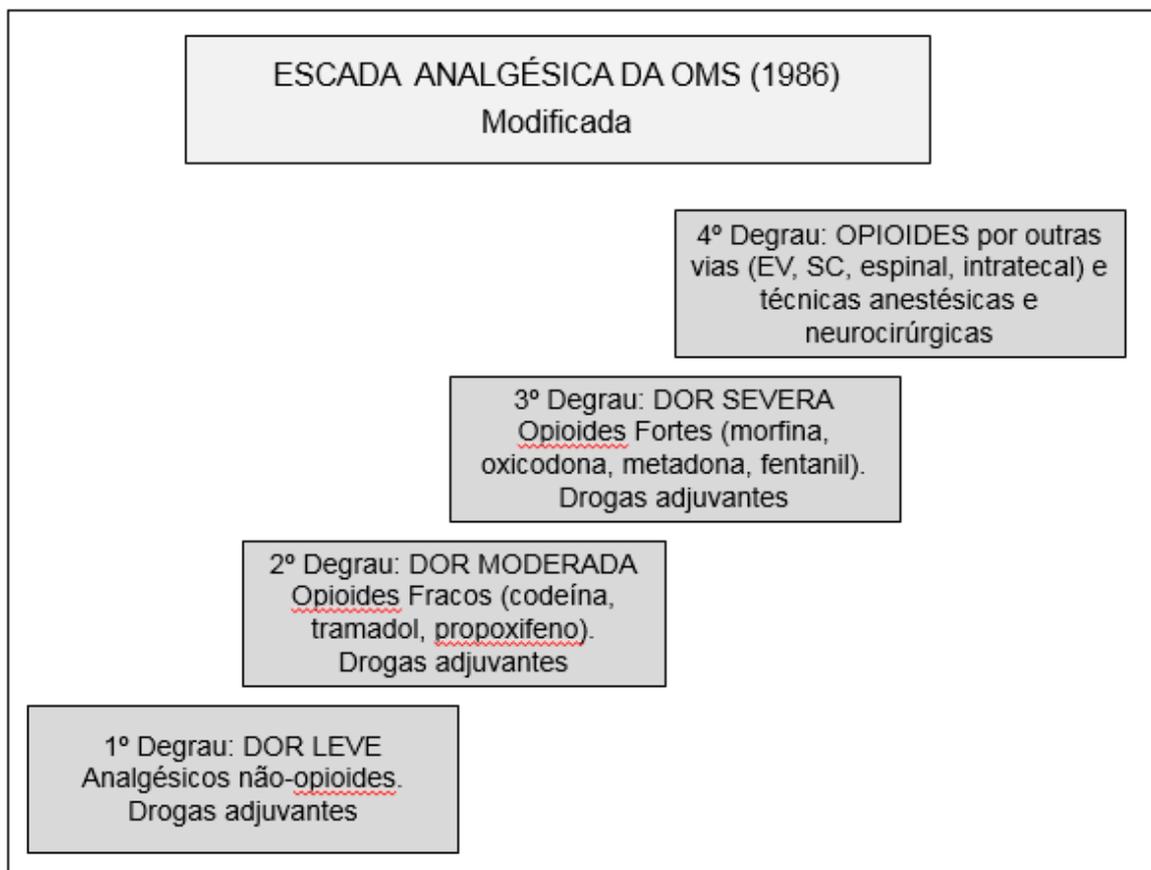


Figura 1: Escada analgésica da dor (Fonte: Manual de Cuidados Paliativos – ANCP, 2009 – versão adaptada)

Inicialmente, essa escala foi classificada em três degraus e, em 2003, com base em uma revisão Cochrane e nas recomendações da Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC) sobre os analgésicos opioides e seus efeitos indesejáveis, adicionou-se um quarto degrau na escada representado pelos opiáceos quando administrados por outras vias, e os procedimentos anestésicos, invasivos neurolíticos e neuroaxiais (CARDOSO, 2009).

- **Degrau 1**

Para pacientes que não estão sob tratamento analgésico, e com dor que varia de leve a moderada. Inicia-se tratamento com drogas analgésicas antipiréticas (dipirona, paracetamol) e anti-inflamatórias não esteroidais (AINEs) e coxibes. A baixa potência associada a efeitos colaterais limitam sua eficácia.

- **Degrau 2**

Para pacientes com dor moderada apesar do uso de AINE, deve ser adicionado ao tratamento opioides fracos, como tramadol e codeína. Alguns autores preconizam o uso precoce desse degrau para pacientes com dor moderada e sem tratamento prévio.

- **Degrau 3**

Deve ser reservado para os pacientes que não obtiveram controle da dor com opioides fracos e AINE. Nesse degrau substituímos os opioides fracos por opióides fortes, como morfina, metadona, oxicodona e fentanil. É importante constar que não existe um limite de dosagem para os opioides fortes. A dose considerada máxima é aquela que consegue o melhor equilíbrio entre analgesia e efeitos colaterais.

- **Degrau 4**

Caracteriza-se pela dor severa e refratária ao tratamento. Nesse degrau experimenta-se a administração de opioides por outras vias (endovenosa, subcutânea, espinal e/ou intratecal), e englobam-se as técnicas anestésicas e neurocirúrgicas (RANGEL e TELLES, 2012).

Outros fármacos que não os analgésicos podem ser utilizados no tratamento da dor, isoladamente ou em conjunto, com a analgesia já usada. São os denominados co-analgésicos ou analgésicos adjuvantes, tendo como exemplares os antidepressivos, anticonvulsivos e neurolépticos (CARDOSO, 2014).

Segundo Rangel e Telles (2012), estudos chamam a atenção para a necessidade de um manejo mais eficiente no controle da dor oncológica. Denota-se que, embora a escada analgésica, quando bem empregada, possa aliviar o estado álgico em 70-90 % dos pacientes, ainda há uma parcela que não consegue obter alívio satisfatório da dor. Somado aos problemas referentes aos efeitos colaterais intrínsecos de cada medicação, essa situação pode ser ainda mais crítica.

Logo, o sucesso da terapia analgésica no paciente com câncer baseia-se no diagnóstico fisiopatológico da dor (inflamatório, neuropático, isquêmico, compressivo), na avaliação da intensidade da síndrome dolorosa, e na escolha do tratamento mais adequado ao paciente, com reavaliações regulares ao longo do tempo. A principal razão para que o controle da dor seja uma prioridade no tratamento do câncer é o impacto positivo em sobrevida e qualidade de vida. O controle satisfatório da dor também contribui para que o paciente tolere melhor, e por mais tempo o tratamento oncológico (WIERMANN, 2015).

1.9 OBJETIVOS

1.9.1 Objetivo Geral

O presente estudo tem como objetivo avaliar o tratamento e controle da dor em pacientes oncológicos, no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC), localizado na cidade de Florianópolis/SC, bem como identificar se ele está sendo resolutivo ou não, por meio da mensuração da dor atual desses pacientes.

1.9.2 Objetivos Específicos

- Avaliar o nível de percepção geral da dor em pacientes em tratamento quimioterápico para câncer de mama, estômago, colorretal (intestino) e fígado.

- Identificar variáveis sociodemográficas e clínicas relacionadas à incidência e magnitude da dor;

- Avaliar o impacto da dor na qualidade de vida dos pacientes;
- Identificar a escolha da farmacoterapêutica (medicamentos, dose e regime posológico) utilizada para o controle da dor, e como o paciente percebe a eficácia dos fármacos.

2 LOCAL DE ESTUDO, PACIENTES E METODOLOGIA UTILIZADA

2.1 LOCAL DE ESTUDO

O Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) é o único hospital federal de Santa Catarina e atende exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi fundado em 1980, e a partir de 2016 passou a ser administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Está sediado no Bairro Trindade, na cidade de Florianópolis/SC (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARIANA, 2020). Por suas características de natureza pública e integrante do SUS, dispõe apenas de atendimento 100% SUS, sendo referência, principalmente, para a Grande Florianópolis, e em algumas especialidades, a única referência para todo o Estado de Santa Catarina (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2016).

A instituição apresenta um corpo clínico multidisciplinar qualificado, de modo a assegurar atendimento em diversas especialidades médicas, tanto a nível ambulatorial quanto hospitalar, como acupuntura, cabeça e pescoço, cardiologia, cirurgia plástica, cirurgia geral, endocrinologia, proctologia, dermatologia, gastroenterologia, hematologia, nefrologia, hemoterapia, ginecologia, obstetrícia, mastologia, neurologia, oftalmologia, oncologia, ortopedia e traumatologia, otorrinolaringologia, pediatria, pneumologia, reumatologia, urologia, vídeo-cirurgias, cirurgia vascular e cirurgia torácica. Também dispõe do Serviço de Odontologia Hospitalar.

O Hospital Universitário dispõe de atendimento emergencial nas áreas pediátrica, adulto, e ginecológico-obstétrica, um ambulatório de especialidades, uma maternidade e serviços de média e alta complexidade. Também apresenta uma unidade de oncologia e hematologia que oferece o serviço de quimioterapia, cujo horário de funcionamento se dá de 2ª à 6ª feiras, das 07 às 19 h. O local de atendimento engloba um espaço central com 6 (seis) poltronas e 1 (um) leito, 01 (uma) sala de preparo com 01 (uma) capela de fluxo laminar, e 03 (três) consultórios médicos. O setor atende pacientes de Florianópolis e região metropolitana, e de cidades da região, apresentando uma demanda média de 300 pacientes/mês. São

realizadas infusões de quimioterapia e fármacos biológicos e imunobiológicos, de diferentes especialidades (reumatologia, neurologia, genética e gastroenterologia). Para infusões de quimioterapias, a média mensal de pacientes gira em torno de 35 indivíduos/mês (informações fornecidas pela chefia do setor de quimioterapia).

2.2 CARÁTER DO ESTUDO E SUA POPULAÇÃO

O presente estudo possuiu natureza observacional, analítico prospectivo, composto por 15 pacientes oncológicos voluntários avaliados durante o tratamento oncológico com oxaliplatina, paclitaxel, cisplatina e gencitabina, no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, localizado na cidade de Florianópolis/SC (instituição anteriormente descrita). Os pacientes foram categorizados em grupo com Dor nos últimos 7 (sete) dias (n=4) e Sem Dor nos últimos 7 (sete) dias (n=11).

A abordagem dos pacientes participantes da pesquisa se deu no setor de quimioterapia dessa instituição, no período de agosto a dezembro de 2019. Parte dos dados clínicos foi obtida também por meio de consulta aos prontuários físicos e/ou eletrônicos dos pacientes. Para o recrutamento dos voluntários foi realizado levantamento com a equipe de enfermagem do setor de quimioterapia de todos os pacientes em tratamento quimioterápico com oxaliplatina, paclitaxel, cisplatina e gencitabina no mês do início das coletas e pacientes futuros que pudessem iniciar tratamento. Foram convidados a participar da pesquisa todos os pacientes alfabetizados, de ambos os sexos, independente de nível socioeconômico, que se enquadravam nos critérios de inclusão do estudo e não apresentarem nenhum critério de exclusão, ambos previamente determinados.

2.2.1 Critérios de inclusão

- Idade superior a 18 anos;
- Realizar tratamento oncológico nas dependências do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago;

- Diagnóstico de câncer de mama, pulmão, intestino, estômago, fígado, colo de útero, e ovário;
- Estar em protocolo quimioterápico com pelo menos um dos seguintes medicamentos: taxanos (paclitaxel e docetaxel), oxaliplatina, vincristina/vimblastina e bortezomibe;
- Capacidade de entender o desenho do estudo;
- Consentimento em participar do estudo, mediante assinatura voluntária do Termo de Consentimento de Livre Esclarecido (TCLE) (Anexo A).

2.2.2 Critérios de exclusão

- Ser avaliado pelo pesquisador como incapaz ou indisponível para aderir aos procedimentos e exigências do protocolo deste estudo;
- Pacientes com neuropatia periférica prévia, como diabéticos com neuropatia estabelecida, hanseníase, neuropatia herpética, dor fantasma por amputação, fibromialgia, síndromes da dor complexa regional.

2.2.3 Cálculo do *N*-amostral

Cálculo realizado de acordo com os dados de incidência de neuropatia crônica descritos no estudo de Smith e colaboradores (2013).

O procedimento estatístico foi escolhido de acordo com Miot (2011), onde:

$$Z_{\alpha/2} = 1,96 \text{ (para 95 \%)}$$

$$Z_{\beta} = 0.84 \text{ (para 20 \%)}$$

$$P_1 = 47 \% \text{ Proporção populacional publicada (Neuropatia entre os ciclos 1 e 12)}$$

$$Q_1 = 1 - P_1 = 53 \%$$

$$P_2 = 67 \% \text{ Proporção esperada na nossa população}$$

$$Q_2 = 1 - P_2 = 33 \%$$

$$n = \frac{(0.47*0.53+0.67*0.33) (1,96+0.84)^2}{(0.47-0.67)^2}$$

***n* = 91 pacientes**

2.3 ENTREVISTA CLÍNICA

O paciente foi abordado após sua entrada no Setor de Quimioterapia do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, momento em que lhe foi realizado o convite de participação na pesquisa, e repassado explicações sobre todos os pontos referentes à sua participação, e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em cada uma das etapas o paciente foi abordado mediante nova assinatura do TCLE.

As entrevistas se deram pelo pesquisador executor e por mais dois pesquisadores colaboradores, em três momentos diferentes ao longo do ciclo de tratamento, com intervalo mínimo de 15 dias entre uma entrevista e outra:

- Uma avaliação na semana 0 (momento anterior ao início do tratamento antineoplásico ou início de um novo ciclo do protocolo de tratamento já iniciado);
- Uma segunda avaliação na semana correspondente à metade do ciclo quimioterápico, a depender do protocolo clínico que o paciente estava em tratamento;
- E uma terceira avaliação na semana correspondente à última semana do ciclo quimioterápico, a depender do protocolo clínico que o paciente estava em tratamento.

2.4 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram avaliados através de questionários e análise de prontuários físicos, os quais coletivamente forneceram dados sobre o perfil sociodemográfico, tipo de câncer e protocolo quimioterápico aplicado, como abaixo descrito.

2.4.1 Fichas clínica e sociodemográfica

As fichas clínica e sociodemográfica foram elaboradas com o objetivo de obter informações de idade, escolaridade, estado civil e situação laboral. Além disso, também foram investigadas informações clínicas referentes à doença, peso, altura e índice de massa corporal, tipo de câncer, registro do protocolo antineoplásico, estadiamento do câncer, uso e tipo de medicação domiciliar, e comorbidades (Anexo B).

2.4.2 Avaliação da dor através do Questionário McGill de Dor (adaptado ao Português)

Para avaliar a presença/percepção de dor nesse estudo foi utilizado o questionário McGill de Dor traduzido e validado por Varoli e Pedrazzi (2006) (Anexo C).

O instrumento é composto por quatro partes:

- Parte I: contém o esboço do corpo humano, usado para ajudar o paciente a localizar sua dor no espaço corporal, indicando inclusive se ela é percebida de modo mais superficial ou profundo;

- Parte II: busca-se coletar informações sobre as propriedades temporais da dor constante (contínua), periódica (ritmada) ou breve (momentânea), durante um período de tempo;

- Parte III: formada por um conjunto de palavras que descrevem as diversas qualidades da experiência dolorosa, sendo 77 palavras/descriptores divididas nas três dimensões principais da dor - sensorial, afetiva e de avaliação -, mais uma categoria mista de palavras (miscelânea). Essas quatro categorias principais estão divididas em 20 (vinte) subclasses compostas por duas a seis palavras que descrevem os mais diferentes aspectos da experiência humana com a dor. As palavras dentro de cada subclasse descrevem aspectos similares da dor, mas variam em intensidade umas em relação às outras, isto é, cada palavra denota uma intensidade de dor progressivamente maior (exemplo: a subclasse 7 é composta por quatro palavras que descrevem sensações de queimor. Os adjetivos qualificativos da dor nessa dimensão térmica são: quente, queimação, escaldante e queimadura, implicando em dores progressivamente mais intensas, ou seja, que a dor de ser jogado numa frigideira é

maior do que a de ser jogado numa panela de água fervente). Todas as demais subclasses estão organizadas desse modo. O paciente escolhe dentre as 77 palavras listadas nessa parte do questionário aquelas que melhor caracterizam sua dor. É essa escolha que permite qualificar e quantificar todas as facetas da experiência dolorosa vivenciada por um sujeito.

- Parte IV: para avaliação da intensidade atual da dor (IAD), ou seja, da intensidade global da dor presente no momento de aplicação do questionário. É formada por cinco palavras que apresentam, umas em relação as outras, uma clara graduação em intensidade: leve, desconfortante, angustiante, horrível e excruciante. O questionário prevê um espaço para a queixa espontânea da dor, e questões adicionais relativas ao IAD (sintomas que acompanham a dor, qualidade do sono, ingestão de alimentos e atividade física) que fornecem informações sobre a tendência pessoal dos pacientes em avaliar suas dores de um modo mais ou menos intenso.

As 3 principais medidas estatísticas quantitativas que podem ser derivadas do questionário e como obtê-las são:

1. O *Índice de Classificação da Dor (ICD)*, que é baseado nos valores numéricos associados às palavras descritoras dentro de cada subclasse. Em cada uma das 20 subclasses, os descritores que qualificam a dor aparecem em uma ordem crescente de intensidade. Nesse sistema de pontuação, dentro de cada subclasse, foi atribuído o valor 1 para a palavra que implicava a menor dor, a dor mais fraca; para a próxima, o valor 2, e assim por diante. Os valores numéricos das palavras escolhidas pelo paciente em cada subclasse devem, então, ter seus valores escalares somados, para se obter uma pontuação para cada categoria maior - sensorial, afetiva, avaliativa e mista - e uma pontuação total para todas as categorias.
2. O *Número de Palavras Escolhidas (NPE)*, que é o total de palavras que o paciente escolheu para cada uma das 20 subclasses (somente pode se ter uma palavra por subclasse, mas não é obrigatória a sua escolha). Assim, o valor máximo para esse parâmetro é 20 (vinte).
3. *Intensidade Atual da Dor (IAD)* que é a combinação número-palavra escolhida como indicativa da intensidade global de dor no momento da aplicação do questionário.

2.4.3 Avaliação da qualidade de vida através do questionário *Funcional Assessment of Cancer Therapy/Gynaecologic Oncology Group – Neurotoxicity* (FACT/GOG-Ntx), versão em Português

Foi realizada avaliação da qualidade de vida utilizando o FACT/GOG-Ntx versão em português (*Funcional Assessment of Cancer Therapy/Gynaecologic Oncology Group – Neurotoxicity*), elaborado, traduzido e validado por Cella (2020) (Anexo D). A FACT/GOG-Ntx avalia situações recentes, referentes à qualidade de vida e sintomas de Neurotoxicidade, no total de 38 questões divididas em cinco subescalas: a) Bem-estar Físico (7 questões – pontuação máxima de 28 pontos); b) Bem-estar Social/Familiar (7 questões - pontuação máxima de 28 pontos); c) Bem-estar Emocional (6 questões - pontuação máxima de 24 pontos); d) Bem-estar Funcional (7 questões - pontuação máxima de 28 pontos) e; e) Sintomas de Neurotoxicidade (11 questões - pontuação máxima de 44 pontos). Nessa avaliação, o entrevistado é questionado sobre informações recentes de sua qualidade de vida, funcionalidade e sintomas. Em caso de resposta afirmativa, solicita-se a classificação da intensidade, numa escala de 1 a 4, em que aquele item é realidade em sua vida. É obtido, então, um escore total em cada subescala e índices que indicam a relação entre elas. Quanto maior a pontuação em cada subescala e/ou nos índices estabelecidos, melhor é a qualidade de vida (CELLA, 2020).

2.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados passaram pelas etapas de codificação e tabulação. Na codificação, o nome do paciente foi substituído por um código formado por números, de modo evitar a exposição aos pesquisadores do nome dos pacientes. Os dados codificados foram subsequentemente tabulados nos programas Excel e *SigmaPlot 14.0* para posterior análise.

As variáveis quantitativas contínuas foram descritas através de medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão, valores mínimo e máximo). Para a análise das variáveis qualitativas (categóricas) utilizou-se o Teste de Proporção de Fisher,

com o auxílio do programa *SigmaPlot 14.0* para Windows, considerando-se nível de significância de 95 % ($p < 0,05$). Para as análises de valor de escala de impacto na qualidade de vida, os escores do grupo “sem dor” versus “com dor” foram comparados por Teste t-student considerando-se nível de significância de 95 % ($p < 0,05$).

Para o Questionário McGill de Dor, os valores foram representados sem casa decimal, sendo os resultados dos índices de cada dor obtidos pela média dos valores das 3 (três) coletas realizadas. Para o cenário em que os pacientes não puderam participar das coletas, foi considerado o valor integral da 1º coleta. Para obtenção dos índices de cada dor entre os participantes, foi usada a mediana para representar os resultados obtidos.

Empregou-se a análise estatística descritiva para apresentar os perfis sociodemográfico e clínico dos pacientes participantes no estudo. Para outras variáveis, foram aplicados testes de proporção e análise bivariada de dados, e correlação entre as variáveis de interesse (tipo de câncer, faixa etária, sexo, índice de massa corporal, estadiamento da doença, escolaridade, semana de tratamento, qualidade de vida), de modo a verificarmos correlações entre a incidência e magnitude de dor e os possíveis motivos que poderiam levar a não resolutividade da terapêutica analgésica atual empregada, caso existisse.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CESH), da Universidade Federal de Santa Catarina e do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, via Plataforma Brasil, em 20 de maio de 2019, sob inscrição 14381519.9.0000.0121, intitulado “Identificação e Análise do Tratamento da Neuropatia Periférica Induzida por Quimioterapia”, e obteve sua aprovação em 08 de julho de 2019. Foi aprovado também o TCLE, elaborado especificamente para este estudo (Anexo 1). As coletas de dados somente foram iniciadas após a aprovação ética dos procedimentos propostos.

3 RESULTADOS

3.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO

Dos 15 pacientes entrevistados, 10 (dez) eram mulheres e 5 (cinco) eram homens. A média de idade entre esses foi de 57,9 anos, sendo a menor idade 29 anos e a maior idade 79 anos. A maior parte dos pacientes possuía ensino médio (46,7 %) ou superior completo (33,3 %), e a maioria não apresentava companheiro(a) (66,7 %). Com relação à situação laboral, 09 (nove) pacientes estavam afastados, desempregados ou eram aposentados, enquanto 05 (cinco) permaneciam em atividade.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico de pacientes oncológicos participantes do estudo.

	Estudo
	Pacientes
	Total
População do Estudo	(n=15)
<i>Sexo</i>	
Feminino	10 (66,7 %)
Masculino	5 (33,3 %)
<i>Idade em anos</i>	
Média	57,9 (29-79)
<i>Escolaridade</i>	
Analfabeto	0
Ensino Fundamental	3 (20,0 %)
Ensino Médio	7 (46,7 %)
Ensino Superior	5 (33,3 %)
<i>Situação conjugal</i>	
Com companheiro	5 (33,3 %)
Sem companheiro	10 (66,7 %)
<i>Situação laboral</i>	
Trabalha	5 (33,3 %)
Não Trabalha	9 (60,0 %)
Não Informado	1 (6,7 %)

Fonte: próprio autor.

Nota: variáveis categóricas descritas em números de casos (porcentagem), média e valores mínimos e máximos.

3.2 PERFIL CLÍNICO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO

Quanto ao Índice de Massa Corporal (IMC), a maioria dos participantes do estudo encontrava-se com seu peso corporal normal, sendo o valor médio para essa variável o valor de 24,3.

Na amostra estudada, o câncer mais prevalente foi o de intestino, acometendo 11 (onze) dos indivíduos entrevistados, seguido pelo câncer de mama (02 pacientes), câncer de estômago (01 paciente) e câncer de fígado (01 paciente). Com relação ao estadiamento Tumor-Nódulo-Metástase (TNM), 01 (um) paciente encontrava-se no Estágio I, 03 (três) pacientes encontravam-se no Estágio II, 04 (quatro) pacientes encontravam-se no Estágio III, 04 (quatro) pacientes encontravam-se no estágio IV, e 03 (três) pacientes não possuíam informação registrada em prontuário sobre essa classificação.

A maioria da amostra passou por procedimento cirúrgico para a remoção do sítio primário do câncer, e realizava tratamento quimioterápico como terapia em esquema adjuvante. Na amostra estudada, 04 (quatro) pacientes apresentavam metástase, e 02 (dois) pacientes encontravam-se em tratamento paliativo.

A maior parte dos entrevistados relatou não possuir comorbidades (66,67 %) e, daqueles que possuíam, a mais comum foi a presença de *Diabetes Mellitus*.

Com relação ao uso de medicamentos contínuos, dos 15 (quinze) pacientes entrevistados, 10 (dez) faziam uso de algum medicamento de modo contínuo (66,7 %). Dentre esses medicamentos encontravam-se drogas anti-hipertensivas, anticoagulantes, hipoglicemiantes, ansiolíticas, antieméticas e anti-ulcerativas, sendo essa última a mais prevalente. O uso de analgésicos, pelo menos uma vez ao longo do tratamento quimioterápico ficou com a minoria dos entrevistados (13,3 %). E o uso de analgésicos opióides foi constatada em apenas 01 (um) paciente.

Em relação ao tabagismo, a grande maioria dos entrevistados (86,6 %) não era tabagista no período de tratamento oncológico. Entretanto, metade desses (53,3 %) relatou ter sido tabagista em algum momento de sua vida, tendo a maioria (77,8 %) fumado por mais de 10 anos.

Tabela 2 - Perfil clínico de pacientes oncológicos participantes do estudo.

	Estudo
	Pacientes
População do Estudo	Total (n=15)
<i>IMC</i>	
Média	24,27 (\pm 3,55)
Peso normal	10 (66,7 %)
Sobrepeso	3 (20,0 %)
Obesidade Grau 1	2 (13,3 %)
<i>Sítio da doença</i>	
Estômago	1 (6,7 %)
Fígado	1 (6,7 %)
Intestino	11 (73,3 %)
Mama	2 (13,3 %)
<i>Modalidade de tratamento</i>	
Exérese cirúrgica	14 (93,3 %)
Quimioterapia (tratamento adjuvante)	15 (100,0 %)
Paliativo	2 (13,3 %)
<i>Metástase</i>	
Sim	4 (26,7 %)
<i>Comorbidades</i>	
Com comorbidades	5 (33,3 %)
Sem comorbidades	10 (66,7 %)
Diabetes + Hipertensão	1 (6,7%)
Espondilite + Hipertensão	1 (6,7%)
Hiperglicemia + Displasia Mamária Progressiva + Cardiopatia	1 (6,7%)
Hiperglicemia + Hipertensão + Artrose	1 (6,7%)
Hiperglicemia + Hipertensão + Etilismo	1 (6,7%)

Tabela 2 - Perfil clínico de pacientes oncológicos participantes do estudo.

	(conclusão)
	Estudo
	Pacientes
	Total (n=15)
População do Estudo	
<i>Medicamentos de uso contínuo</i>	
Sim	10 (66,7 %)
Não	5 (33,3 %)
Analgésico (não opioide)	1 (6,7 %)
Ansiolítico	1 (6,7 %)
Antidepressivo	0
Antiemético	1 (6,7 %)
Antihipertensivo	4 (26,7 %)
Hipoglicemiante	3 (20,0 %)
Protetor gástrico	7 (46,7 %)
Suplemento mineral	1 (6,7 %)
<i>Uso de analgésicos (ao menos 1x vez)</i>	
Sim	6 (40,0 %)
Não	9 (60,0 %)
<i>Uso de analgésicos opioides (ao menos 1x vez)</i>	
Sim	1 (6,7 %)
Não	14 (93,3 %)
<i>Tabagismo</i>	
Atual	2 (13,3 %)
Pregresso	8 (53,3 %)
Não tabagista	5 (33,3 %)
<i>Tabagistas - quantidade (cigarros/dia)</i>	
Média	10 (\pm 0)
<i>Tabagistas pregressos - tempo que fumou (anos)</i>	
< 10 anos	1 (11,1 %)
> 10 anos	7 (77,8 %)
Não informado	1 (11,1 %)

Fonte: próprio autor.

Nota: variáveis categóricas descritas em números de casos (porcentagem), média e mediana.

Tabela 3 - Estadiamento TNM (em estágio) dos pacientes participantes do estudo.

	Estudo
	Pacientes
População do Estudo	Total (n=15)
<i>Estômago</i>	
Estágio I	0
Estágio II	0
Estágio III	1
Estágio IV	0
Não Informado	0
<i>Fígado</i>	
Estágio I	0
Estágio II	0
Estágio III	0
Estágio IV	0
Não Informado	1
<i>Intestino</i>	
Estágio I	0
Estágio II	3
Estágio III	3
Estágio IV	4
Não Informado	1
<i>Mama</i>	
Estágio I	1
Estágio II	0
Estágio III	0
Estágio IV	0
Não Informado	1

Fonte: próprio autor.

Nota: variáveis categóricas descritas em números de casos.

A pesquisa contou inicialmente com 15 (quinze) participantes. Dos 15 (quinze) participantes que realizaram a primeira entrevista, 09 (nove) prosseguiram no estudo e

realizaram a segunda entrevista. Para a terceira e última entrevista houve a participação de 05 (cinco) pacientes (do total dos participantes iniciais, 05 (cinco) encerraram tratamento e, por isso, não retornaram ao ambulatório de quimioterapia para realização das demais entrevistas, e 01 (um) paciente teve o tratamento suspenso devido à progressão de doença). Dos 09 (nove) pacientes que permaneceram no estudo, 03 (três) encerraram o tratamento e não retornaram ao ambulatório de quimioterapia para realizar a terceira entrevista e 01 (um) paciente se recusou a continuar no estudo.

3.3 AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE DOR POPULAÇÃO DO ESTUDO

Devido à queixa atual (no dia da entrevista) de dor relacionada ao câncer não ter sido um sintoma presente nos primeiros pacientes entrevistados, adaptamos a avaliação da percepção de dor no estudo para um período pregresso de 07 (sete) dias à entrevista. Dessa forma, desconsideramos o parâmetro Intensidade Atual da Dor (IAD) do questionário. Dos 15 (quinze) pacientes que completaram o estudo, 04 (quatro) deles (26,7 %) relataram presença de dor relacionada ao câncer (localização do tumor ou região do procedimento cirúrgico) nos últimos 07 (sete) dias, sendo 50 % deles com câncer do tipo intestinal. Para esses pacientes que relataram presença de dor, quanto à classificação temporal desta, 50 % dos pacientes mencionaram intensidade breve. A respeito do número de descritores escolhidos para definir o sintoma doloroso, a mediana encontrada foi de 11 descritores por paciente, sendo o mínimo e máximo, respectivamente, de 07 (sete) e 16 (dezesesseis) descritores selecionados. Todos esses pacientes que relataram dor apresentaram índices de dor Sensorial, Subjetiva-cognitiva e Mista, e 50 % da amostra apresentou índice de dor do tipo Afetiva. O índice de dor que se apresentou mais expressivo foi o de dor Sensorial (Tabela 4).

Para o presente estudo, optamos por desconsiderar no questionário a parte da queixa espontânea da dor, uma vez que algumas questões foram abordadas na aplicação do questionário para avaliação da qualidade de vida; e a parte das questões adicionais relativas ao IAD, visto que avaliamos o período anterior de 01 (uma) semana à entrevista.

Tabela 4 - Avaliação da percepção de dor por meio do questionário de McGill, nos pacientes oncológicos participantes do estudo.

	Estudo
	Pacientes
	Total (n=15)
População do Estudo	
<i>Relato de dor nos últimos 7 dias</i>	
Presente	4 (26,7 %)
Ausente	11 (73,3 %)
<i>Sítio da doença</i>	
Estômago	1 (25,0 %)
Fígado	1 (25,0 %)
Intestino	2 (50,0 %)
<i>Classificação da intensidade de dor nos últimos 7 dias</i>	
Breve	2 (50,0 %)
Constante	1 (25,0 %)
Periódica	1 (25,0 %)
<i>Número de palavras escolhidos (0-20 palavras)</i>	
	11 (7-16)
<i>Índices de dor</i>	
Índice de dor Sensorial	4 (100 %)
Índice de dor Afetiva	2 (50,0 %)
Índice de dor Subjetiva-cognitiva	4 (100 %)
Índice de dor Mista	4 (100 %)
<i>Índices de dor - Pontuação</i>	
Índice de dor Sensorial (0-42 pontos)	12 (10-25)
Índice de dor Afetiva (0-14 pontos)	2 (0-12)
Índice de dor Subjetiva-cognitiva (0-5 pontos)	3 (1-5)
Índice de dor Mista (0-17 pontos)	6 (1-11)
Índice de dor Total (0-78 pontos)	23 (14-53)

Fonte: próprio autor.

Nota: variável quantitativa discreta descrita por mediana (mínimo e máximo), e variáveis categóricas descritas em números de casos (porcentagem).

Dentro do contexto sociodemográfico da amostra estudada, analisou se as variáveis categóricas sexo, idade, escolaridade, situação conjugal e laboral poderiam influenciar de alguma forma o resultado da percepção do quadro doloroso. Não foram encontradas

associações estatisticamente significativas entre essas variáveis mencionadas e a presença ou não de dor (Teste de Proporção de Fisher; $p > 0,05$).

Tabela 5 – Associação entre a percepção de dor e as características sócio-demográficas dos pacientes oncológicos participantes do estudo.

	Estudo Pacientes			Valor P
	Total (n=15)	Sem Dor (n=11)	Com Dor (n=4)	
População do Estudo				
Sexo				
Feminino	10 (66,7 %)	8 (80,0 %)	2 (20,0 %)	0,560
Masculino	5 (33,3 %)	3 (60,0 %)	2 (40,0 %)	
Idade em anos				
Média	57,9 ($\pm 13,7$)	58,3 ($\pm 14,3$)	57,0 ($\pm 12,0$)	0,626
Escolaridade				
Analfabeto	0	0	0	
Ensino Fundamental	3 (20,0 %)	2 (18,2 %)	1 (25,0 %)	0,907
Ensino Médio	7 (46,7 %)	5 (45,4 %)	2 (50,0 %)	
Ensino Superior	5 (33,3 %)	4 (36,4 %)	1 (25,0 %)	
Situação conjugal				
Com companheiro	5 (33,3 %)	4 (36,4 %)	1 (25,0 %)	1,000
Sem companheiro	10 (66,7 %)	7 (63,6 %)	3 (75,0 %)	
Situação laboral				
Trabalha	5 (33,3 %)	5 (45,45 %)	0	0,231
Não trabalha	9 (60,0 %)	5 (45,45 %)	4 (100,0 %)	
Não informado	1 (6,7 %)	1 (9,1 %)	0	

Fonte: próprio autor.

Nota: variáveis quantitativas descritas em números de casos (porcentagem), média e desvio padrão. Variáveis analisadas por Teste de Proporção de Fischer.

Considerando o contexto clínico dos pacientes entrevistados, avaliou se as variáveis qualitativas Classificação do IMC (Índice de Massa Corporal), sítio primário da doença, modalidade do tratamento, presença ou não de metástase, presença ou não de comorbidades, uso contínuo de medicamentos e tabagismo poderiam influenciar de alguma forma o resultado da percepção do quadro doloroso. Não foram encontradas também associações

estatisticamente significativas entre essas variáveis mencionadas e a presença ou não de dor ($p > 0,05$). Entretanto, observamos que do total de 4 (quatro) pacientes que relataram Dor na última semana, 3 (três) deles (75 %) relataram o uso de analgésicos (qualquer tipo), frente a 3 (três) pacientes (27,3 %) de um total de 11 (onze) que não apresentaram dor recente que relataram o uso de analgésicos (qualquer tipo) (p -value de 0,14 no Teste de Proporção de Fisher).

Tabela 6 - Associação entre a percepção de dor e as características clínicas dos pacientes oncológicos participantes do estudo.

	Estudo			Valor P
	Pacientes			
População do Estudo	Total (n=15)	Sem Dor (n=11)	Com Dor (n=4)	
<i>IMC</i>				
Média	24,27 ($\pm 3,55$)	24,65 ($\pm 3,43$)	23,23 ($\pm 3,25$)	
Peso normal	10 (66,7 %)	7 (63,6 %)	3 (75,0 %)	
Sobrepeso	3 (20,0 %)	2 (18,2 %)	1 (25,0 %)	0,653
Obesidade Grau 1	2 (13,3 %)	2 (18,2 %)	0	
<i>Sítio da doença</i>				
Estômago	1 (6,7 %)	0	1 (25,0 %)	
Fígado	1 (6,7 %)	0	1 (25,0 %)	0,174
Intestino	11 (73,3 %)	9 (81,8 %)	2 (50,0 %)	
Mama	2 (13,3 %)	2 (18,2 %)	0	
<i>Modalidade de tratamento</i>				
Exérese cirúrgica	14 (93,3 %)	11 (100,0 %)	3 (75,0 %)	0,267
Quimioterapia (tratamento adjuvante)	15 (100,0 %)	11 (100,0 %)	4 (100,0 %)	
<i>Metástase</i>				
Sim	4 (26,7 %)	3 (27,3 %)	1 (25,0 %)	0,958
<i>Comorbidades</i>				
Com comorbidades	5 (33,3 %)			
Sem comorbidades	10 (66,7 %)			
Artrose	1 (6,7 %)			
Diabetes	3 (20,0 %)			1,000
Espondilite	1 (6,7 %)			
Etilismo	1 (6,7 %)			
Hipertensão	2 (13,3 %)			

Tabela 6 - Associação entre a percepção de dor e as características clínicas dos pacientes oncológicos participantes do estudo.

	(conclusão)			Valor
	Estudo			
	Pacientes			
	Total (n=15)	Sem Dor (n=11)	Com Dor (n=4)	
População do Estudo				
<i>Medicamentos de uso contínuo</i>				
Sim	10 (66,7 %)			
Não	5 (33,3 %)			
Analgésico (não opioide)	1 (6,7 %)			
Ansiolítico	1 (6,7 %)			
Antidepressivo	0			0,604
Antihipertensivo	4 (26,7 %)			
Hipoglicemiante	3 (20,0 %)			
Protetor gástrico	7 (46,7 %)			
Suplemento mineral	1 (6,7 %)			
<i>Uso de analgésicos (ao menos 1x vez)</i>				
Sim	6 (40,0 %)	3 (27,3 %)	3 (75,0 %)	0,140
Não	9 (60,0 %)	8 (72,7 %)	1 (25,0 %)	
<i>Uso de analgésicos opioides (ao menos</i>				
Sim	1 (6,7 %)	0	1 (25,0 %)	
Não	14 (93,3 %)	11 (100 %)	3 (75,0 %)	
<i>Tabagismo</i>				
Atual	2 (13,3 %)	0	2 (50,0 %)	0,057
Progresso	8 (53,3 %)	7 (63,6 %)	1 (25,0 %)	1,000
Não Tabagista	5 (33,3 %)	4 (36,4 %)	1 (25,0 %)	0,057
<i>Tabagistas - quantidade (cigarros/dia)</i>				
Média	10 (\pm 0)			
<i>Tabagistas progressos - tempo que fumou</i>				
< 10 anos	1 (11,1 %)	0	1 (100,0 %)	
> 10 anos	7 (77,8 %)	7 (100,0 %)	0	
Não informado	1 (11,1 %)	1 (100,0 %)	0	

Fonte: próprio autor.

Nota: variáveis qualitativas descritas em números de casos (porcentagem); variáveis quantitativas descritas por média e desvio padrão. Variáveis analisadas por Teste de Proporção de Fischer.

Considerando o estadiamento do câncer dos pacientes desse estudo, avaliou se as o estágio da neoplasia poderia influenciar no resultado da percepção do quadro doloroso. Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre essa variável mencionada e a presença ou não de dor ($p>0,05$).

Tabela 7 - Estadiamento TNM (em estágio) dos pacientes oncológicos participantes do estudo.

População do Estudo	Estudo Pacientes			Valor P
	Total (n=15)	Sem Dor (n=11)	Com Dor (n=4)	
<i>Estômago</i>				
Estágio I	0	0	0	
Estágio II	0	0	0	
Estágio III	1	0	1	
Estágio IV	0	0	0	
Não Informado	0	0	0	
<i>Fígado</i>				
Estágio I	0	0	0	
Estágio II	0	0	0	
Estágio III	0	0	0	
Estágio IV	0	0	0	
Não Informado	1	0	1	
<i>Intestino</i>				
Estágio I	0	0	0	
Estágio II	3	2	1	
Estágio III	3	3	0	0,963
Estágio IV	4	3	1	
Não Informado	1	1	0	
<i>Mama</i>				
Estágio I	1	1	0	
Estágio II	0	0	0	
Estágio III	0	0	0	
Estágio IV	0	0	0	
Não Informado	1	1	0	

Fonte: próprio autor.

Nota: variáveis qualitativas descritas em números de casos.

Buscou-se avaliar também se a semana do ciclo de tratamento em que o paciente se encontrava influenciava de alguma forma na percepção de dor.

Dos quatro pacientes que relataram presença de dor nos últimos 07 (sete) dias, 03 (três) possuíam como sítio primário da doença o intestino; e o quarto paciente, o fígado. O protocolo de tratamento para os dois casos é distinto, sendo:

- Neoplasia intestinal: tratamento com oxaliplatina, tendo cada ciclo duração de 06 (seis) semanas, com infusão semanal e intercalando o recebimento do quimioterápico entre essas (uma semana sim, outra não), cuja quantidade de ciclos que o paciente receberá dependia do estadiamento da doença, efeitos secundários (toxicidade), tolerância pelo paciente, e progressão da doença. Para a semana em que se recebe a infusão do quimioterápico denomina-se esta de *Semana Longa*; e para aquela onde não há a infusão do quimioterápico, denomina-se *Semana Curta*.

- Neoplasia hepática: tratamento com cisplatina e gencitabina, tendo cada ciclo duração de 01 (uma) semana, com duas infusões: no D1 (Dia 1) e D8 (Dia 8 - 07 dias após à primeira infusão), cuja quantidade de ciclos que o paciente receberá dependia do estadiamento da doença, efeitos secundários (toxicidade), tolerância pelo paciente, e progressão da doença.

Dos 04 (quatro) pacientes que na primeira entrevista apresentaram sintoma de dor, 03 (três) prosseguiram no estudo e realizaram a segunda entrevista. Para a terceira e última entrevista houve a participação de 02 (dois) pacientes (do total dos participantes que apresentaram dor (n=4), 01 (um) não retornou ao ambulatório de quimioterapia para a realização das demais entrevistas, e 01 (um) paciente encerrou o tratamento e não retornou ao ambulatório de quimioterapia para realização da terceira entrevista).

Devido à quantidade insuficiente de dados, não foi possível concluir a avaliação de possível correlação entre a semana de tratamento prévia à entrevista e a percepção de dor.

3.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Os resultados dos escores de qualidade de vida nos pacientes que relataram dor foram discretamente menores quando comparados aos pacientes que não relataram dor, nas subescalas Bem-Estar Emocional, Funcional, Neurotoxicidade e Qualidade de Vida Global, enquanto que a subescala Bem-Estar Físico não apresentou diferença na análise entre grupos.

A subescala Bem-Estar Social/Familiar nos pacientes com dor apresentou um leve acréscimo em relação aos pacientes sem dor (Tabela 4).

A análise estatística dos dados obtidos não apresentou qualquer associação estatisticamente significativa entre a presença de dor e a diminuição da qualidade de vida em qualquer uma das esferas avaliadas (Física, Social/Familiar, Emocional, Neurotoxicidade e Global). Contudo, observamos que dos 4 (quatro) pacientes que relataram dor na última semana, 1 (um) deles apresentou quadro doloroso pior classificado segundo questionário de McGill (propriedade temporal da dor: constante; número de descritores selecionados: 15 de 20; pontuação total: 43 de 77), e quadro de qualidade de vida pior classificado segundo questionário FACT/GOG-Ntx (pontuação total: 89 de 152). Este paciente encontrava-se em tratamento paliativo, e estava em uso constante do analgésico AINE dipirona e do analgésico opióide metadona em esquema posológico SN (se necessário).

Tabela 8 - Escores de qualidade de vida (FACT/GOG-Ntx) nos pacientes oncológicos participantes do estudo.

População do Estudo	Estudo Pacientes			Valor P
	Total (n=15)	Sem Dor (n=11)	Com Dor (n=4)	
Qualidade de Vida - Bem Estar Físico (0-28)	22 (5-28)	22 (5-28)	22 (13-26)	>0,05
Qualidade de Vida - Bem Estar Social/Familiar (0-28)	23 (13-28)	23 (13-27)	24 (14-28)	>0,05
Qualidade de Vida - Bem Estar Emocional (0-24)	21 (7-24)	21 (16-24)	18 (7-24)	>0,05
Qualidade de Vida - Bem Estar Funcional (0-28)	23 (13-27)	23 (15-27)	20 (13-26)	>0,05
Qualidade de Vida - Neurotoxicidade (0-44)	38 (20-44)	38 (20-44)	37 (31-38)	>0,05
Qualidade de Vida Global (0-152)	125 (89-145)	125 (93-145)	115 (89-142)	>0,05

Fonte: próprio autor.

Nota: variáveis quantitativas descritas por mediana (mínimo e máximo). Análise estatística realizado por Teste t-student ("sem Dor" versus "com Dor").

4 DISCUSSÃO

A partir dos resultados de questionários de dor, qualidade de vida e dos perfis sociodemográfico e clínico aqui analisados, podemos dizer que não houve diferenças estatisticamente significativas para nenhuma das variáveis sócio-demográficas e clínicas avaliadas em relação ao nível de percepção geral do estado de dor, bem como dos impactos desta na qualidade de vida, por parte dos pacientes. Ou seja, no grupo de pacientes estudado, a dor não foi uma queixa frequente, mesmo com pacientes com tumores de estágio IV. Quando ocorreu, foi considerada breve na maioria dos pacientes e tratada com fármacos do tipo AINEs, tipicamente usados em quadros menos graves da escala de dor. Desse modo, o controle geral da dor pareceu adequado. Apenas um paciente relatou dor persistente/constante, o qual usava tratamento com o opioide metadona, e tinha impactos na sua qualidade de vida.

Entretanto, temos claramente um viés de estudo referente ao tamanho da amostra analisada, podendo esta não ter sido suficiente (não representativa) para a avaliação das variáveis dependentes mencionadas. Uma amostra válida seria um subconjunto representativo de uma população alvo. Se não temos uma amostra representativa, não podemos declarar que os resultados generalizam a população alvo (CARMO, 2013). O cálculo do N amostral do presente estudo foi obtido com base no trabalho de MIOT et al. (2011), cujo valor encontrado foi um quantitativo de 91 (noventa e um) pacientes. As coletas de dados ocorreram no período de agosto a dezembro de 2019, cujo ano foi marcado pelo bloqueio (contingenciamento) governamental de recursos para Pesquisas e Universidades. Frente a este cenário, o setor de quimioterapia do HU/UFSC não apresentou nenhuma previsão de ingresso de novos pacientes, o que culminou no baixo quantitativo de participantes nesse estudo. Não apenas este fator, mas a emergência da COVID-19 já nos primeiros meses de 2020, aqui no Brasil, impediu a realização de coletas adicionais, dado que a presença de pesquisadores externos no setor poderia conferir um fator de risco aos pacientes, cuja imunidade costuma estar comprometida devido às questões inerentes ao mecanismo de ação dos fármacos em uso.

Com relação aos dados obtidos e à metodologia aplicada, o estudo utilizou-se de questionários previamente validados, a fim de se evitar possíveis artefatos quanto ao instrumento empregado para a coleta das informações. Entretanto, não podemos descartar a

possível ocorrência de falha ou limitação de comunicação entre entrevistador-entrevistado, e/ou problemas ou dificuldades cognitivas por parte dos participantes que podem ter contribuído para a superestimação ou subestimação da percepção de dor. Por exemplo, uma das hipóteses do estudo seria a de que pacientes com menor grau de escolaridade e/ou pior estado socioeconômico teriam dificuldade de identificar e relatar os sintomas de dor, levando a um possível sub-diagnóstico e, conseqüentemente, pior controle algico. Contudo, não foi possível evidenciar tal correlação, visto que a maioria dos entrevistados apresentavam nível de escolaridade médio à superior.

Outro aspecto que pode oferecer alguma interferência nas respostas dos questionários é o local de realização das entrevistas, isto é, as condições do ambiente das coletas. Para o estudo em questão, essas transcorreram na Sala de Infusões do setor de quimioterapia, local onde se encontravam dispostas de maneira conjunta (lado-a-lado) as poltronas-leito que recebem os pacientes. As entrevistas eram realizadas no dia em que o paciente se dirigia até o setor de quimioterapia para receber o tratamento quimioterápico. Embora os pesquisadores sempre tenham tomado cuidado para manter a privacidade do paciente ao longo da entrevista - dado que as respostas são de carácter pessoal e subjetivo - as sensações de conforto e/ou comodidade, e até mesmo estresse em relação ao procedimento de aplicação da terapia, que o participante vivenciou no momento da aplicação do questionário podem ter influência direta ou indireta nas respostas verbalizadas. Um ambiente mais individualizado, fora de um contexto de tratamento, e/ou que permita o paciente a se sentir mais à vontade e desinibido frente às perguntas realizadas pode contribuir para que este se expresse com mais autenticidade e naturalidade, obtendo-se, assim, informações que representem mais fidedignamente à realidade; como o contrário também pode ser verdade (CARMO, 2013). Entretanto, sabemos que a viabilização destas condições ótimas requer uma estrutura física de pesquisa robusta.

Sobre a possível relação entre dor e qualidade de vida em pacientes oncológicos, embora não tenhamos evidenciado esse resultado em nosso trabalho, a literatura demonstra que a dor não aliviada pode gerar ansiedade e sintomas depressivos, prejudicando a funcionalidade por meio de perda das funções cognitivas, da capacidade de desempenhar as

atividades diárias e sociais e menor qualidade do sono (COSTA *et al.*, 2012). Não obstante, estudos demonstram a importância dos transtornos de humor em pacientes oncológicos e seu impacto na qualidade de vida, o que pode acarretar em intensificação dos sintomas físicos, exacerbação das preocupações em relação à doença, às relações sociais e familiares e à situação financeira, o que piora o enfrentamento adaptativo desses indivíduos à condição clínica (BERGEROT; LAROS; ARAUJO, 2014; DINIZ *et al.*, 2006; REZENDE *et al.*, 2005; SIMÃO *et al.*, 2017). Uma parcela considerável de pessoas acometidas pelo câncer vivencia sintomas de ansiedade e/ou depressão desde o diagnóstico da patologia, os quais frequentemente permanecem durante o tratamento, repercutindo na adesão ao tratamento, no bem-estar geral do paciente, no prognóstico e na sobrevivência à doença (ALBUQUERQUE, 2014; BERGEROT; LAROS; ARAUJO, 2014; SIMÃO *et al.*, 2017). Em contrapartida, a literatura evidencia que questões subjetivas como a religiosidade, participação do suporte social provido pela família, comunidade e equipe de saúde atenuam os níveis de ansiedade e depressão que pessoas com câncer demonstram, melhorando o seu enfrentamento em relação à doença e ao próprio tratamento (SIMÃO *et al.*, 2017; SOUZA; SIMÃO; LIMA, 2012). Dos 4 (quatro) pacientes que apresentaram sintoma doloroso na última semana, 2 (dois) deles apresentaram dor com propriedade temporal breve; 1 (um) deles apresentou dor com propriedade temporal periódica, e 1 (um) deles apresentou dor com propriedade temporal constante. Para ambos pacientes que apresentaram dor breve, não houve escolha de descritores de classificação Afetiva no questionário McGill, e sua pontuação no questionário FACT/GOG-Ntx para a subescala Bem-estar Emocional foi próximo da pontuação máxima (23 e 24 pontos da pontuação máxima de 24), como também para a subescala Bem-estar Funcional (26 e 25 pontos da pontuação máxima de 24). Em contrapartida, para os pacientes que apresentaram dor do tipo periódica e constante, houve escolha de descritores de classificação afetiva no questionário McGill (pontuação de 2 e 12, de um total máximo de 14 pontos), e suas pontuações no questionário FACT/GOG-Ntx na subescala Bem-estar Emocional foram as menores entre o total da amostra que apresentou dor recente (64 e 53 pontos, de um total máximo de 108 pontos), assim como para a subescala Bem-estar Funcional (15 e 13 pontos da pontuação máxima de 24).

Sobre o tratamento farmacológico da dor em pacientes oncológicos, no presente estudo, observamos uma população com sintoma doloroso controlado com baixo uso de analgésicos, sendo o uso de não opióides (dipirona, e combinado de dipirona monoidratada + citrato de orfenadrina + cafeína anidra - Dorflex[®]) mais prevalente que o uso de opioides (somente 01 paciente). Neste estudo, trabalhamos com a hipótese de que a não resolutividade do estado álgico poderia estar relacionado à ausência de uma avaliação mais completa desse sintoma, bem como com a falta de reavaliações periódicas para avaliação do tratamento utilizado. Embora o resultado tenha sido satisfatório em relação ao tratamento adotado, o baixo *N* amostral do estudo dificulta uma extrapolação e conclusão certa a respeito do controle da dor nos pacientes.

Os dados obtidos nas entrevistas também foram complementados e corroborados com os dados registrados em prontuário eletrônico e/ou impresso dos pacientes participantes. Para o desempenho dessa etapa, deparamo-nos com dificuldades na rastreabilidade e recuperação das informações clínicas e sociodemográficas dos pacientes nos prontuários impressos. Para os dados dos participantes deste estudo, os prontuários não possuíam uma padronização na apresentação das informações, bem como uma organização dos documentos físicos no interior das pastas-prontuário. Informações relacionadas ao estadiamento da doença, protocolo de tratamento quimioterápico e tratamento farmacoterapêutico nem sempre se encontravam claras e organizadas cronologicamente. As informações sobre o tratamento álgico foram obtidas majoritariamente por meio do relato do paciente ao invés do prontuário impresso do mesmo. Embora os pacientes fossem acompanhados por equipe de tratamento paliativo, nenhum registro de evolução dessa equipe foi encontrado no prontuário dos dois pacientes que estavam sob este tipo de cuidado. Com isso, esses aspectos mencionados afetaram diretamente a questão da recuperação das informações clínicas e, por conseguinte, o desenvolvimento da pesquisa no ambiente da instituição. Assim, sugere-se também a não exclusão da possibilidade de ocorrência de subnotificação do tratamento analgésico por parte do paciente, seja por esquecimento ou por desconhecimento do fármaco ou da função do medicamento do qual fazia uso.

Segundo literatura, aproximadamente um terço dos pacientes com câncer apresenta dor no momento do diagnóstico, mais de 50 % sentem dor em algum momento da doença e esse número aumenta para quase 70 % em casos de doença avançada. De grande relevância para este trabalho, alguns estudos mostram que menos da metade dos que sofrem de dor se queixam ao seu oncologista, muitas vezes por receio de que o relato do sintoma doloroso possa prejudicar o tratamento oncológico ou mesmo por acreditarem que a dor durante o processo da doença é normal, não podendo ser controlada (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2020).

Examinando esses dados, percebe-se a importância e o desafio que é tratar a dor desses indivíduos, prática essa que tangencia por áreas técnicas (aplicação de escalas adequadas de avaliação, conhecimento da fisiopatologia da dor para correta avaliação e diagnóstico de sua origem, conceitos de farmacologia e noções de métodos intervencionistas) como também, considerando o caráter multifatorial da dor, a necessidade de conhecer outros aspectos mais subjetivos, como a capacidade de acolher o indivíduo, desenvolver vínculo com ele e avaliar sua situação biopsicossocial em diferentes momentos do tratamento. Trata-se da avaliação da dor total, que definimos como além dos sintomas físicos, sendo associada aos fatores psicológicos, sociais e espirituais, a qual resulta num impacto multidimensional do sofrimento, afetando também familiares e cuidadores (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2020).

Apesar de não ter sido alvo desse estudo, a análise da incidência dos tipos de cânceres acometidos na população analisada, observamos uma predominância do câncer de intestino frente aos demais tipos encontrados na amostragem. Esse dado nos chamou atenção visto que, para os pacientes com esse tipo de câncer encontramos uma média para o Índice de Massa Corporal (IMC) de 23,8 kg/m² (valor esse classificado como peso normal) e pacientes majoritariamente do sexo feminino (de 11 pacientes, 07 mulheres). Além disso, dois pacientes apresentavam idade inferior a 50 anos, o que reflete uma mudança no perfil epidemiológico desta doença, como observado em esfera global (LOOMANS-KROPP; UMAR, 2019).

O câncer de intestino abrange os tumores que se iniciam na parte do intestino grosso chamada cólon, e no reto (final do intestino, imediatamente antes do ânus) e ânus. Também é conhecido como câncer de cólon e reto ou colorretal. O câncer colorretal constitui a neoplasia

maligna mais comum do trato gastrointestinal e a terceira causa de câncer associada à morte no mundo. Geralmente, esse é considerado uma doença que afeta pessoas mais idosas e a maioria dos casos é diagnosticada ao longo da quinta e sexta décadas de vida (por isso, o rastreamento geralmente não é recomendado para indivíduos com menos de 50 anos de idade, cujo risco de carcinogênese é menor), apresentando prevalência mais alta em homens (CAMPOS, 2017; CÂNCER II, 2020).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a incidência do câncer de intestino vem aumentando nos últimos anos e, em paralelo, observa-se que a população está cada vez mais exposta à fatores de risco e menos exposta à fatores de proteção (CÂNCER II, 2020). Estar acima do peso ou ser obeso aumenta o risco de desenvolver câncer colorretal, com evidente relação dose-resposta. Manter a densidade corporal em níveis adequados (IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m²), por sua vez, reduz as chances de desenvolver esse tipo de câncer. O consumo de carnes processadas (exemplos: presunto, salame, bacon) bem como o consumo em excesso de carnes vermelhas *in natura* estão fortemente associados ao aumento do risco de desenvolvimento de câncer colorretal. O consumo de bebidas alcóolicas, quando superior a 30g de etanol/dia (cerca de duas doses de bebida alcóolica) e o tabagismo também demonstram estar fortemente associada ao aumento de risco para esse câncer (CÂNCER II, 2020). Enquanto o IMC não parece representar um fator de risco entre os participantes do estudo, nota-se que 10 (dez) pacientes foram ou são tabagistas, sendo que 7 (sete) deles mantiveram o hábito por mais de 10 anos, o que é tipicamente um fator de risco para neoplasias que podem aparecer por décadas após o cessar de fumar. Em contrapartida, o consumo de alimentos de origem vegetal *in natura* e/ou minimamente processados e o consumo de laticínios conferem um efeito protetor ao câncer de intestino. Uma alimentação rica em fibras também reduz a resistência insulínica, alteração essa reconhecida como fator de risco para esse câncer. Já a prática de atividade física configura-se como um importante fator de proteção para o câncer de cólon, não demonstrando o mesmo efeito para câncer de reto (CÂNCER II, 2020).

Como produto do presente estudo, propomos um folder informativo e auto-investigativo sobre a percepção do estado de dor atual do paciente, a fim de contribuir com o manejo do sintoma doloroso pela equipe multiprofissional do HU/UFSC (Anexo E). Nossa

sugestão é distribuir o material na sua forma impressa e digital ao setor de Quimioterapia da instituição, e propor que o mesmo esteja disponibilizado no balcão de recepção do setor de quimioterapia da instituição, para o próprio paciente se servir do mesmo.

5 CONCLUSÃO

No presente trabalho, mostramos que, em um grupo de 15 pacientes em tratamento oncológico, uma fração menor relatou quadro doloroso, sendo que a maior parte dos pacientes não fazia uso de analgésicos e, entre os que utilizavam, a maioria controlava o quadro com AINEs. Em função do quadro doloroso não se apresentar grave, a qualidade de vida dos pacientes não parece ser afetada na população em estudo. Apenas o paciente com quadro doloroso mais descontrolado relatou perda de qualidade de vida, como é esperado. Entretanto, o N amostral obtido não permitiu análises estatísticas robustas quanto às variáveis dependentes analisadas, e da correlação direta entre dor e qualidade de vida e bem-estar dos pacientes. Digno de nota, baseado apenas na nossa experiência durante a fase da coleta de dados do estudo, foi possível observar aspectos relacionados ao componente pedagógico do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC) que podem ser aprimorados com o intuito de tornar a pesquisa clínica possível e ativa, contribuindo para que esses locais não percam sua atuação na construção do saber. Propiciar um ambiente adequado e acolhedor para o contato com o paciente participante no momento da realização da coleta de dados, como também ter de forma padronizada, organizada e acessível em tempo hábil os dados clínicos sensíveis dos participantes merecem atenção por parte dos setores envolvidos nessa prática da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. ALBUQUERQUE, K. A.; PIMENTA, C. A. M. Distress do paciente oncológico: prevalência e fatores associados na opinião de familiares. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 67, n. 5, p. 744-754, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000500744&script=sci_arttext . Acesso em: 07 set. 2020.
2. AMADOR, Rita. A Dolorosa História da Dor. In: *Frontal*. [S.I.], 11 dez. 2016. Disponível em: <https://revistafrontal.com/revista/a-dolorosa-historia-da-dor/#:~:text=Esta%20perspetiva%20alterou%2Dse%20quando,desde%20a%20periferia%20a%20c%3%A9rebro>.
3. ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de Cuidados Paliativos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009, p. 93.
4. ARAUJO, L. C.; ROMERO, B. Dor: avaliação do 5º sinal vital. Uma reflexão teórica. *Rev. Dor, Brasil*, v. 16, n. 4, p. 291-296, 2015.
5. BARROS, G. A. M.; COLHADO, O. C.; GIUBLIN, M. L. Quadro clínico e diagnóstico da dor neuropática. **Rev. Dor**, v. 17, n. 1, p. 15-19, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rdor/v17s1/pt_1806-0013-rdor-17-s1-0015.pdf . Acesso em: 28 nov. 2020.
6. BERGEROT, C. D.; LAROS, J. A.; ARAUJO, T. C. C. F. Avaliação de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos: comparação psicométrica. **Revista Psico-USF**, Itatiba, v. 19, n. 2, p. 187-197, maio/ago 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712014000200002&script=sci_arttext. Acesso em: 03 mar. 2020.
7. BOTTEGA, F. H.; FONTANA, R. T. A Dor como Quinto Sinal Vital: Utilização da Escada de Avaliação por Enfermeiros de um Hospital Geral. **Texto Contexto Enfermagem**, Brasil, v. 19, n. 2, p. 283-290, 2010.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). ABC do Câncer: Abordagens Básicas para o Controle do Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2020. E-book.
9. CAMPOS, F. G. C. M.; FIGUEIREDO, M. N.; MONTEIRO, M.; NAHAS, S. C. CECCONELLO, I. Incidência de câncer colorretal em pacientes jovens. *Rev. Col. Bras. Cir.*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 2, p. 208-215, mar./abr., 2017. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/498>. Acesso em: 03 mar. 2020.

10. CÂNCER - O que é câncer? . In: INCA – Instituto Nacional de Câncer. [S.I.], 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>. Acesso em: 07 set. 2020.
11. CÂNCER de intestino – versão para Pacientes. In: INCA – Instituto Nacional de Câncer. [S.I.], 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-intestino>. Acesso em: 26 jul. 2020.
12. CÂNCER de mama – versão para Profissionais de Saúde. In: INCA – Instituto Nacional de Câncer. [S.I.], 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>. Acesso em: 29 nov. 2018.
13. CÂNCER de pulmão – versão para Profissionais de Saúde. In: INCA – Instituto Nacional de Câncer. [S.I.], 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pulmao/profissional-de-saude>. Acesso em: 29 nov. 2018.
14. CÂNCER de intestino – versão para Profissionais de Saúde. In: INCA – Instituto Nacional de Câncer. [S.I.], 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-intestino/profissional-de-saude>. Acesso em: 07 set. 2020.
15. CANESQUI, A. M. Compreender a dor. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 613-616, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/a23v15n37.pdf> . Acesso em: 03 mar. 2020.
16. CARDOSO, A. I. C. R. **Controle da Dor em Pacientes Oncológicos**. 2014. 33 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
17. CARDOSO, M. G. M. Controle da Dor. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009, p. 91-93.
18. CARMO, Vera. O uso de questionários em trabalhos científicos. [S.I.], 2013. Disponível em: http://www.inf.ufsc.br/~vera.carmo/Ensino_2013_2/O_uso_de_questionarios_em_trabalhos_cientificos.pdf. Acesso em: 29 nov. 2018.
19. CASTRO, Carlos Eduardo dos Santos. A Formulação Lingüística da Dor: Versão Brasileira do Questionário McGill de Dor. 1999. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 1999.
20. CELLA, D. Functional assessment of chronic illness therapy. Elmhurst: Facit, 2010. Disponível em: <http://facit.businesscatalyst.com/FACITOrg/Questionnaires>. Acesso em: 10 out. 2020.

21. CHAI, N. C.; SCHER, A. I.; MOGHEKAR, A.; BOND, D. S.; PETERLIN, L. Obesity and Headache: Part I – A Systematic Review of the Epidemiology of Obesity and Headache. **Headache**, United States, v. 54, n. 2, p. 219-234, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24512574/> . Acesso em: 13/12/2020.
22. CHU, E. Princípios de Oncologia Clínica. In: HOFF, Paulo Marcelo Gehm *et al.* **Tratado de Oncologia**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013. p. 617-631.
23. COSTA, C. A.; SANTOS, C.; ALVES, P.; COSTA, A. Dor Oncológica. **Revista Portuguesa de Pneumologia**, Lisboa, v. XIII, n. 6, p. 855-867, 2007.
24. DINIZ, R. W.; GONÇALVES, M. S.; BENSI, C. G.; CAMPOS, A. S.; GIGLIO, A. D.; GARCIA, J. B.; MIRANDA, V. C.; MONTEIRO, T. A.; ROSEMBERG, M. O Conhecimento do Diagnóstico de Câncer não leva à Depressão em Pacientes sob Cuidados Paliativos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, Brasil, v. 52, n. 5, p. 298-303, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n5/a14v52n5>. Acesso em: 03 mar. 2020.
25. EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina. Brasília: Diretoria de Atenção à Saúde, 2016. Disponível em: http://www.hu.ufsc.br/wp-content/uploads/2017/04/Dimensionamento_de_Servicos_-_HUPEST-UFSC.pdf . Acesso em: 26 jun. 2020.
26. ESTIMATIVA 2020. In: INCA – Instituto Nacional de Câncer. [S.I.], 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa/introducao#:~:text=Para%20o%20Brasil%2C%20a%20estimativa,c%3%A2ncer%20de%20pele%20n%C3%A3o%20melanoma>). Acesso em: 07 set. 2020.
27. FORTUNATO, J. G. S.; FURTADO, M. S.; HIRABAE, L. F. A.; OLIVEIRA, J. A. Escalas de Dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. **Revista HUPE**, Brasil, v. 12, n. 3, p. 110-117, 2013.
28. HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Manual de Oncologia Clínica do Brasil. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://mocbrasil.com/moc-cuidados-de-suporte/cuidados-de-suporte/3-dor-oncologica/> . Acesso em: 14 ago. 2020. Acesso exclusivo para assinantes da coleção eletrônica
29. HUI, D.; BRUERA, E. A Personalized Approach to Assessing and Managing Pain in Patients With Cancer. **Journal of Clinical Oncology**, United States, v. 32, n. 16, p. 1640-1646, 2014.

30. INCA – Instituto Nacional do Câncer. **Cuidados Paliativos Oncológicos: Controle da Dor**. Rio de Janeiro: INCA, 2002, p. 21-22.
31. KLAUMANN, P. R.; WOUK, A. F. P. F.; SILLAS, T. Patofisiologia da dor. **Archives of Veterinary Science**, Brasil, v. 13, n. 1, p. 1-12, 2008. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/veterinary/article/view/11532/8022>. Acesso em: 11/11/2020.
32. LOOMANS-KROPP, H. A.; UMAR, A. Increasing Incidence of Colorectal Cancer in Young Adults. **Journal of Cancer Epidemiology**, Egypt, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31827515/>. Acesso em: 10 out. 2020.
33. MIOT, Hélio Amante. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. **Jornal Vascular Brasileiro**, [s.l.], v. 10, n. 4, p. 275-278, dez. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jvb/v10n4/v10n4a01>. Acesso em: 29 nov. 2020.
34. OKIFUJI, A.; HARE, B. H. The association between chronic pain and obesity. **Journal of Pain Research**, United States, v. 8, p. 399-408, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4508090/>. Acesso em: 13/12/2020.
35. PIMENTA, C. A. M. Conceitos culturais e a experiência dolorosa. **Rev. Esc. Enf. USP**, Brasil, v.32, n.2, p. 179-186, 1998.
36. PIMENTA, C. A. M.; TEIXEIRA, M. J. Questionário de Dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. **Rev. Esc. Enf. USP**, Brasil, v. 30, n. 3, p. 473-483, 1996.
37. RANGEL, O.; TELLES, C. Tratamento da Dor Oncológica em Cuidados Paliativo. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ**, Brasil, v. 11, p. 32-37, 2012.
38. REZENDE, V. L.; DERCHAIN, S. M.; BOTEAGA, N. J.; VIAL, D. L. Revisão crítica dos instrumentos utilizados para avaliar aspectos emocionais, físicos e sociais do cuidador de pacientes com câncer na fase terminal da doença. **Rev. Bras. Cancerologia**, Brasil, v. 51, n. 1, p. 79-87, 2005. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Sophie_Derchain/publication/237793805_Revisao_critica_a_dos_instrumentos_utilizados_para_avaliar_aspectos_emocionais_fisicos_e_sociais_do_cuidador_de_pacientes_com_cancer_na_fase_terminal_da_doenca_A_critical_review_of_instruments_used_to_a/links/54591c780cf2cf516483ca8d/Revisao-critica-dos-instrumentos-utilizados-para-avaliar-aspectos-emocionais-fisicos-e-sociais-do-cuidador-de-pacientes-com-cancer-na-fase-terminal-da-doenca-A-critical-review-of-instruments-used-to.pdf. Acesso em: 03 mar. 2020.
39. SIMÃO, D. A. S.; AGUIAR, A. N. A.; SOUZA, R. S.; CAPTEIN, K. M.; MANZO, B. F.; TEIXEIRA, A. L. Qualidade de vida, sintomas depressivos e de ansiedade no início do

tratamento Quimioterápico no câncer: desafios para o cuidado. **Revista Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 82-86, 2017. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/874#:~:text=Houve%20correla%C3%A7%C3%A3o%20moderada%20e%20inversa,na%20sua%20qualidade%20de%20vida>. Acesso em: 03 mar. 2020.

40. SMITH, Ellen M. Lavoie *et al.* Effect of Duloxetine on Pain, Function, and Quality of Life Among Patients With Chemotherapy-Induced Painful Peripheral Neuropathy. *Jama*, [s.l.], v. 309, n. 13, p.1359-1367, 3 abr. 2013. American Medical Association (AMA). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2013.2813>. Acesso em: 29 nov. 2020.

41. SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR - Definição revisada de dor pela Associação Internacional para o Estudo da Dor: conceitos, desafios e compromissos. Disponível em: https://sbed.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Defini%C3%A7%C3%A3o-revisada-de-dor_3.pdf. Acesso em: 10 out. 2020.

42. SOUSA, F. A. E. F. Dor: o Quinto Sinal Vital. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, Brasil, v. 10, n. 3, p. 446-447, 2002.

43. SOUSA, F. A. E. F.; PEREIRA, L. V.; HORTENSE, P. Avaliação e Mensuração da Percepção da Dor. In: NETO, O. A.; COSTA, C. M. C.; SIQUEIRA, J. T. T.; TEIXEIRA, M. J. et al. **Dor Princípios e Prática**. São Paulo: Artmed, 2009, p. 375-376.

44. SOUZA, R. S.; SIMÃO, D. A. S.; LIMA, E. D. R. P. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes atendidos em um serviço ambulatorial de quimioterapia paliativa em Belo Horizonte. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 38-47, jan./mar., 2012. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/498>. Acesso em: 03 mar. 2020.

45. SUBI, K. R.R. et al. Dor Oncológica. In: SANTOS, A. F. J. et al. **Manual de Oncologia Clínica do Brasil - Cuidados Paliativos**. Disponível em: < <https://mocbrasil.com/moc-cuidados-paliativos/cuidados-paliativos/3-Dor-oncologica/> >. Acesso em: 20/05/2018, 20:00:00.

46. SWARM, R. et al. Adult Cancer Pain. **Journal National Comprehensive Cancer Network**, Pennsylvania, v. 8, p. 1046-1086, 2010.

47. TAZAWA, Nilson. Modelagem da dor utilizando-se redes neurais artificiais. 2006. Dissertação (Mestrado em Engenharia Elétrica) – Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/3/3140/tde-14122006-153805/pt-br.php>. Acesso em: 03 ago. 2020.

48. TEIXEIRA, M. J.; OKADA, M. Dor: evolução histórica dos conhecimentos. In: NETO, O. A.; COSTA, C. M. C.; SIQUEIRA, J. T. T.; TEIXEIRA, M. J. et al. **Dor Princípios e Prática**. São Paulo: Artmed, 2009, p. 34.
49. TEIXEIRA, M. J. Fisiopatologia da dor. In: NETO, O. A.; COSTA, C. M. C.; SIQUEIRA, J. T. T.; TEIXEIRA, M. J. et al. **Dor Princípios e Prática**. São Paulo: Artmed, 2009, p. 145.
50. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Florianópolis, 2020. Disponível em: http://www.hu.ufsc.br/?page_id=12. Acesso em: 27 jun. 2020.
51. VAROLI, F. K.; PEDRAZZI, V. Adapted Version of the McGill Pain Questionnaire to Brazilian Portuguese. **Brazilian Dental Journal**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p. 328-335, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-64402006000400012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 mar. 2020.
52. VARANDAS, Cláudia Maria Brás. Fisiopatologia da Dor. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2013. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4312180/mod_resource/content/1/dor1.pdf . Acesso em: 07/12/2020.
53. WHITE, W.; STEIN, C. Histórico, Definições e Opiniões Atuais. In: KOPF, A. (Ed.); PATEL, N. B. (Ed.). Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos. Estados Unidos: IASP Press, 2010. p. 01-05.
54. WIERMANN, E. G., DIZ, M. P. E.; CAPONERO, R.; LAGES, P. S. M.; ARAUJO, C. Z. S.; BETTEGA, R. T. C.; SOUTO, A. K. B. A. Consenso Brasileiro sobre Manejo da Dor Relacionada ao Câncer. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**, Brasil, v. 10, n. 38, p. 132-143, 2015.

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

O Sr(a) está sendo convidado a participar da pesquisa “**Identificação e análise do tratamento de Neuropatia Periférica Induzida por Quimioterapia (NPIQ)**”. O presente estudo tem como objetivo identificar e analisar do tratamento de Neuropatia Periférica Induzida por Quimioterapia (NIPQ) no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC), no município de Florianópolis, SC. Este estudo se faz importante, pois, apesar de o tratamento do câncer ter sido aprimorado ao longo dos anos e novos medicamentos possibilitam cura ou controle da doença, o controle de efeitos adversos permanece sendo um desafio para equipe clínica. Desta maneira, identificar e avaliar o tratamento dos efeitos adversos, especialmente da dor decorrente da evolução do câncer ou causada pelos tratamentos quimioterápicos, como as lesões em nervos periféricos (neuropatias periféricas), irá contribuir para uma melhor qualidade de vida dos pacientes e melhorias do serviço no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC).

Sua colaboração neste estudo é **muito importante**, mas a decisão de participar é **voluntária**, o que significa que o sr(a) terá o direito de decidir se quer ou não participar, bem como de desistir de fazê-lo a qualquer momento, **sem qualquer prejuízo do seu tratamento**. Ainda, você poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, utilizando os contatos abaixo para manifestar sua vontade de desistir do estudo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

O estudo acontecerá nas dependências do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Sua participação neste estudo será por meio de entrevista, onde o sr(a) responderá a questionário(s) com perguntas referentes ao estado de dor e qualidade de vida atuais, bem como autorizará a coleta de dados registrados no seu prontuário clínico no sistema Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Nestas etapas, o sr(a) será sempre acompanhado pelos profissionais enfermeiros ou farmacêuticos que trabalham na instituição, assim como dos pesquisadores da UFSC, de modo que suas dúvidas sejam esclarecidas.

Garantimos que será mantida a **confidencialidade** das informações e o seu **anonimato**. Ou seja, o seu nome não será mencionado em qualquer hipótese ou circunstância, mesmo em publicações científicas. Todos os dados serão armazenados sob

sigilo em arquivos no computador protegidos por senha, sendo os pesquisadores os únicos que terão acesso a esses dados.

O **risco** envolvido na sua participação é mínimo, e consiste em um possível risco de cansaço e constrangimento no preenchimento dos questionários. Por ser uma pesquisa que envolve coleta de dados pessoais, existe o risco da perda do sigilo. Porém, todos os cuidados necessários serão tomados para garantir a sua segurança dos dados. Somente uma pessoa terá acesso às suas informações, e as consequências da eventual quebra de sigilo serão tratadas nos termos da lei.

Como **benefício**, salientamos que você não terá benefícios diretos por participar deste estudo. Entretanto, a sua participação nesse estudo contribuirá para maiores informações sobre o tratamento da dor em pacientes com câncer, como a identificação de possíveis falhas no manejo do sintoma doloroso, e possibilidade de propor possíveis melhorias na conduta profissional e farmacológica no manejo deste sintoma.

Essa pesquisa está pautada na Resolução 466/2012, de acordo com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), e associada ao projeto de mestrado das Farmacêuticas Fernanda Nunes Souza e Fernanda de Souza, ambas estudantes do Programa de Pós-Graduação em Farmacologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob orientação do Professor Dr. Alfeu Zanotto Filho, professor da universidade (UFSC). A farmacêutica Fernanda Nunes Souza pode ser encontrada à Rua Juliana Maria da Silva, 25, Apto 101, Bairro Forquilhas, em São José/SC, telefone (48) 99623-2385, email nsouza.fer@gmail.com; a farmacêutica Fernanda de Souza pode ser encontrada no endereço: Rua Ângelo La Porta, 64, Centro, em Florianópolis/SC, telefone (48) 99922-0468, email: fspfernanda@gmail.com; e o professor Alfeu Zanotto Filho (pesquisador responsável) no endereço Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Farmacologia, Centro de Ciências Biológicas, Bloco D, Sala 204, no Campus Reitor João David Ferreira Lima, s/n - Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88040-900, telefone (48) 3721-2474, email alfeu.zanotto@ufsc.br. Os pesquisadores declaram que cumprirão os termos do item IV.5.a da Resolução 466/12.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC que está situado na Universidade Federal de Santa Catarina, prédio Reitoria II, rua Desembargador Vitor Lima, 222, sala 401, bairro Trindade, pelo telefone (48) 3721-6094 ou pelo endereço eletrônico cep.propesq@contato.ufsc.br. O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Não estão previstas despesas para a sua participação na pesquisa. Porém, caso haja prejuízo financeiro em decorrência da pesquisa, suas despesas serão ressarcidas de maneira equivalente ao gasto, nos termos da Resolução CNS nº 466/12. Caso você tenha algum dano material ou imaterial em decorrência da pesquisa, você poderá solicitar indenização, de acordo com a Resolução CNS nº 466/12.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, e estas deverão ser rubricadas e assinadas pelo participante e pesquisador(es), sendo garantia de que o Sr(a) participante receberá sua via assinada pelos mesmos, e uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, de acordo com os itens IV.5.d e IV.3.f da Resolução 466/12. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

“Declaro que, em ____/____/____, concordei em participar do projeto de pesquisa **“Identificação e análise do tratamento de Neuropatia Periférica Induzida por Quimioterapia (NPIQ)”**, após estar devidamente informado sobre os objetivos, as finalidades do estudo e os termos de minha participação. Assino e rubrico o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, que serão também assinadas e rubricadas pelo pesquisador responsável pelo projeto, sendo que uma via se destina a mim (participante) e a outra ao pesquisador.

As informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida dos objetivos e finalidades do projeto de pesquisa, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e sobre a responsabilidade dos proponentes do projeto. Não receberei nenhuma remuneração e não terei qualquer ônus financeiro (despesas) em função do meu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa. Independente deste consentimento fica assegurado meu direito a retirar-me da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isso comunicarei minha decisão ao(s) pesquisador(es) responsável(is) do projeto acima citado, pelo(s) endereço(s) abaixo descrito(s):

DADOS DOS PESQUISADORES

Nome: ALFEU ZANOTTO FILHO (responsável geral da pesquisa)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Farmacologia, Centro de Ciências Biológicas, Bloco D, Sala 204, Campus Reitor João David Ferreira Lima, s/n - Trindade, Florianópolis - SC, CEP 88040-900

Endereço de email: alfeu.zanotto@ufsc.br

Telefone: (48) 37212474 / (48) 99144-6650

Nome: Fernanda Nunes Souza

Endereço: Rua Juliana Maria da Silva, 25 – Apto 101, Bairro Forquilhas, São José/SC,

Endereço de email: nsouza.fer@gmail.com

Telefone (48) 99623-2385

Nome: Fernanda de Souza

Endereço: Rua Ângelo La Porta, 64, Centro, Florianópolis/SC

Endereço de email: fspfernanda@gmail.com

Telefone: (48) 99922-0468

Eu, _____, compreendo meus direitos como um participante de pesquisa e voluntariamente consinto em participar deste estudo.
Compreendo sobre o que, como e porque este estudo está sendo feito.

Florianópolis, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do Participante/Responsável Legal

Assinatura do Pesquisador

ANEXO B – Questionário sobre os Perfis Sócio-demográfico e Clínico

PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO		
IDENTIFICAÇÃO		
Nome e Sobrenome:		
Iniciais:		
Sexo: () Masc. () Fem.	Data de Nascimento: ____/____/____	Idade:
NIVEL EDUCACIONAL		
() 1. Analfabeto () 2. Ensino Fundamental () 3. Ensino Médio () 4. Ensino Superior		
SITUAÇÃO CONJUGAL		
() 1. Com companheiro(a) () 2. Sem Companheiro(a)		
SITUAÇÃO LABORAL		
() 1. Trabalhando () 2. Não estou trabalhando		
TABAGISMO		
a) Você fuma atualmente?		
1. Não () 2. Sim () Quantidade/dia? _____		
b) Há quanto tempo? _____		
c) Você já fumou em alguma momento de sua vida? 1. Não () 2. Sim () Quantidade/dia? _____		
d) Por quanto tempo você fumou? _____		

PERFIL CLÍNICO						
Data do Prontuário:			Ciclo e Semana (CxSx):			
Tipo de Câncer e Estágio:			TNM:			
Data Diagnóstico:			Início do Tratamento:			
CO-MORBIDADES						
1. Hipertensão () 2. Diabetes () 3. Cardiopatia () 4. Hepatopatia ()						
5. Nefropatia () 6. Doença Psiquiátrica () 7. Outras: _____						
Peso: _____ kg Altura: _____ m IMC: _____						
FARMACOTERAPÊUTICA						
Utiliza medicamentos de uso contínuo? () Não () Sim. Quais?						
PROTOCOLO DE TRATAMENTO ANALGÉSICO ATUAL						
Medicamentos	AN	AD	Dose por	Frequência	Dose Total Diária	Data de Início
1)						
2)						
3)						
4)						
5)						
6)						
Grau Escada Analgésica da OMS:						

Legendas: AN (Analgésico); AD (Adjuvante); TNM (classificação do tumor)

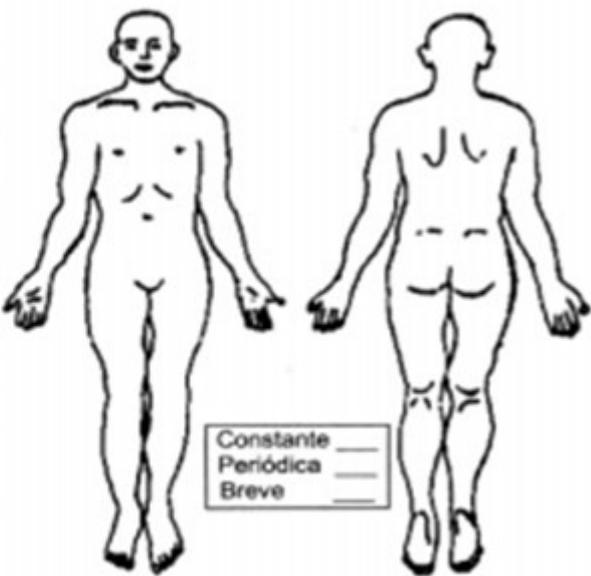
ANEXO C – Questionário McGill de Dor (adaptado ao Português)

McGill Pain Questionnaire – Português

Nome _____ Data _____ Hora _____
 Analgésico(s) _____ Dosagem _____ Hora da Adm. _____
 analgésico(s) _____ Dosagem _____ Hora da Adm. _____
 Intervalo de Administração dos Analgésicos +4 +1 +2 +3
 IAvD: S _____ Af _____ Av _____ M(S) _____ M(AfAv) _____ M(T) _____ PRI (T) _____
 (1-10) (11-15) (16) (17-19) (20) (17-20) (1-20)

1	Espasmódica Tremor Pulsátil Latejante Martelante	11	Cansativa Exaustiva
2	Crescente Repentina Provocada	12	Enjoativa Sufocante
3	Picada Aguilhada Perfurante Punhalada Lancinante	13	Amedrontadora Apavorante Aterrorizante
4	Aguda Cortante Dilacerante	14	Castigante Debilitante Cruel Perversa Mortal
5	Beliscante Pressionante Pinçante Cãibra Esmagamento	15	Desgraçada Enlouquecedora
6	Fisgada Puxão Distensão	16	Incômoda Perturbadora Desconforto Intensa Insuportável
7	Quente Queimação Escaldante Queimadura	17	Difusa Irradiante Penetrante Que transpassa
8	Formigamento Coceira Ardência Ferroada	18	Aperto Dormente Estirante Esmagadora Demolidora
9	Insensibilidade Sensibilidade Que Machuca Dolorida Forte	19	Fresca Fria Congelante
10	Suave Tensão Esfolante Rompimento	20	Importunante Nauseante Angustiante Desagradável Torturante
		IAD	
		0	Sem dor
		1	Leve
		2	Desconfortante
		3	Angustiante
		4	Horrível
		5	Excruciante

Intensidade Atual de Dor (IAD) _____
 Comentários:



Sintomas que Acompanham: náusea _____ Dor de cabeça _____ Tontura _____ Sonolência _____ Constipação _____ Diarréia _____ Comentários: _____	Sono: Bom _____ Descontínuo _____ Insônia _____ Comentários: _____	Ingestão de alimentos: Boa _____ Alguma _____ Pouca _____ Nenhuma _____ Comentários: _____
Comentários: _____	Atividades: Boa _____ Alguma _____ Pouca _____ Nenhuma _____	Comentários: _____

ANEXO D – Questionário *Funcional Assessment of Cancer Therapy/Gynaecologic Oncology Group – Neurotoxicity* (FACT/GOG-Ntx), versão em Português

FACT/GOG-NTX (Versão em Português)

Paciente: _____ Data de nascimento: _____ Data de avaliação: _____

Abaixo encontrará uma lista de afirmações que outras pessoas com a sua doença disseram ser importantes. Faça um círculo ou marque um número por linha para indicar a sua resposta no que se refere aos últimos 7 dias.

<u>BEM-ESTAR FÍSICO</u>		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitis- simo
GP1	Estou sem energia	0	1	2	3	4
GP2	Fico enjoado/a	0	1	2	3	4
GP3	Por causa do meu estado físico, tenho dificuldades em atender às necessidades da minha família	0	1	2	3	4
GP4	Tenho dores	0	1	2	3	4
GP5	Sinto-me incomodado/a pelos efeitos secundários do tratamento	0	1	2	3	4
GP6	Sinto-me doente	0	1	2	3	4
GP7	Sinto-me forçado/a a passar tempo deitado/a	0	1	2	3	4

<u>ESTAR SOCIAL/FAMILIAR</u>		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitis- simo
GS1	Sinto que tenho uma boa relação com meus Amigos	0	1	2	3	4
GS2	Recebo apoio emocional da minha família	0	1	2	3	4
GS3	Recebo apoio dos meus amigos	0	1	2	3	4
GS4	A minha família aceita a minha doença	0	1	2	3	4
GS5	Estou satisfeito/a com a maneira como a minha família fala sobre minha doença	0	1	2	3	4
GS6	Sinto-me próximo/a do/a meu/minha parceiro/a (ou da pessoa que me dá maior apoio)	0	1	2	3	4
Q1	<i>Independentemente do seu nível de atividade sexual, por favor, responda a pergunta a seguir. Se preferir não responder, anassinale o <input type="checkbox"/> quadro e passe para próxima seção</i>					
GS7	Estou satisfeito/a com a minha vida sexual	0	1	2	3	4

Por favor, faça um círculo ou marque um número por linha para indicar a sua resposta no que se refere aos últimos 7 dias.

<u>BEM-ESTAR EMOCIONAL</u>		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muití- simo
GE1	Sinto-me triste.....	0	1	2	3	4
GE2	Estou satisfeito/a com a maneira como enfrento a minha doença	0	1	2	3	4
GE3	Estou perdendo a esperança na luta contra a minha doença	0	1	2	3	4
GE4	Sinto-me nervosa/a	0	1	2	3	4
GE5	Estou preocupado/a com a idéia de morrer.....	0	1	2	3	4
GE6	Estou preocupado/a que meu estado venha a piorar	0	1	2	3	4

<u>BEM-ESTAR FUNCIONAL</u>		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muití- simo
GF1	Sou capaz de trabalhar (inclusive em casa)	0	1	2	3	4
GF2	Sinto-me realizado/a com meu trabalho (inclusive em casa)	0	1	2	3	4
GF3	Sou capaz de sentir prazer em viver	0	1	2	3	4
GF4	Aceito a minha doença.....	0	1	2	3	4
GF5	Durmo bem	0	1	2	3	4
GF6	Gosto das coisas que normalmente faço para me divertir.....	0	1	2	3	4
GF7	Estou satisfeito/a com a qualidade da minha vida neste momento	0	1	2	3	4

Por favor, faça um círculo ou marque um número por linha para indicar a sua resposta no que se refere aos últimos 7 dias.

<u>PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS</u>		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muití- simo
NT X1	Sinto dormência ou formigamento nas mãos.....	0	1	2	3	4
NT X2	Sinto dormência ou formigamento nos pés.....	0	1	2	3	4
NT X3	Sinto desconforto nas mãos.....	0	1	2	3	4
NT X4	Sinto desconforto nos pés	0	1	2	3	4
NT X5	Sinto dores nas articulações ou câibras nos músculos ...	0	1	2	3	4
HI1 2	Sinto fraqueza generalizada	0	1	2	3	4

NT X6	Tenho dificuldade em ouvir	0	1	2	3	4
NT X7	Fico com um apito ou zumbido nos ouvidos	0	1	2	3	4
NT X8	Tenho dificuldades em abotoar os botões	0	1	2	3	4
NT X9	Tenho dificuldade em sentir a forma de pequenos objetos quando estão nas minhas mãos	0	1	2	3	4
An6	Tenho dificuldade em andar	0	1	2	3	4

ANEXO E – Folder

E HOJE, COMO ESTÁ A INTENSIDADE DA SUA DOR?



NENHUMA
DOR



DOR LEVE
você sabe localiza-la
e quase não a nota



DOR TOLERÁVEL
não suficiente para
interromper suas
atividades



DOR MODERADA
me acorda de noite e
me interrompe de dia



DOR INTENSA
a pior que pode
imaginar

JAN/EV/MAR 1997. DISPONÍVEL EM: https://bdc.inca.gov.br/site/arquivos/N_43/M01/ARTIGO2_COMPLETO_HTML_ACESSO_EM-17/08/2020 • 2. CASTRO, CARLOS EDUAR. DO DOS FATORES A FOMULACAO UNIFICADA DA DOR: VERSAO BRASILEIRA DO QUESTIONARIO MCGILL DE DOR. 1999. DISSERTACAO (MESTRADO EM BIOTERAPIA) - CENTRO DE CIENCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE, UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS. SÃO CARLOS, 1999. • 3. CELLA, D. FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY. ELMHURST. FACIT, 2010. DISPONÍVEL EM: <http://facit.businesscatalyst.com/factor/q/questionnaires>.



ETUDO DESENVOLVIDO POR

SE VOCÊ SENTE

DOR

NÃO DEIXE DE INFORMAR AO SEU MÉDICO

ANEXO E – Folder (continuação)

SE VOCÊ SENTE DOR, NÃO DEIXE DE INFORMAR AO SEU MÉDICO



A dor relacionada ao câncer acomete cerca de 50% dos pacientes em todos os estágios da doença¹, mas pode ser tratada. Em suas avaliações, informe ao seu médico caso esteja sentindo algum desconforto doloroso.

Seguem abaixo um pequeno questionário com perguntas orientativas que facilitam na hora de descrever a **DOR** que você sente ao seu médico. Essas informações ajudarão seu médico e a equipe assistencial a definir e a conduzir o melhor tratamento para você.

LOCALIZAÇÃO DA SUA DOR

Usando as figuras do corpo humano ao lado, marque onde é sua dor utilizando as letras:

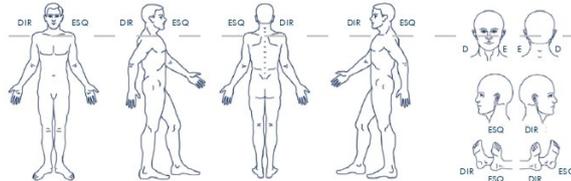
S – se sua dor for do tipo Superficial

P – se sua dor for do tipo Profunda

SP – se sua dor for do tipo Superficial e Profunda ao mesmo tempo

L – se sua dor for do tipo Localizada

D – se sua dor for do tipo espalhada (também chamada de Difusa)



INTENSIDADE DA SUA DOR

- Que palavra descreve sua dor máxima?

() fraca () moderada () forte () violenta () insuportável/desesperadora

- Que palavra descreve sua dor quando ela é mínima?

() fraca () moderada () forte () violenta () insuportável/desesperadora

- Tem algo que faz sua dor aumentar ?

() Não

() SIM. Poderia nos dizer o que seria?

- Tem algo que faz sua dor diminuir?

() Não

() SIM. Poderia nos dizer o que seria?

- Você acha que suporta bem as dores?

() Sim

() Não

- Você sente dormência nas mãos ou nos pés?

() Nem um pouco () Um pouco () mais ou menos () muito

- Você sente formigamento nas mãos ou nos pés?

() Nem um pouco () Um pouco () mais ou menos () muito

- Você sente dores nas articulações ou cáibras nos músculos?

() Nem um pouco () Um pouco () mais ou menos () muito

- Você tem dificuldades em abotoar os botões?

() Nem um pouco () Um pouco () mais ou menos () muito

- Você tem dificuldade em sentir a forma de pequenos objetos quando estão nas suas mãos?

() Nem um pouco () Um pouco () mais ou menos () muito

- Você tem dificuldade em andar?

() Nem um pouco () Um pouco () mais ou menos () muito

