

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE - FPS

**CONTROLE DA DOR EM SERVIÇO DE
REFERÊNCIA DE CUIDADOS PALIATIVOS:
ESTUDO DE COORTE**

Estudantes:

Maria Luiza de Melo Santana:

Aluna do programa PIC/FPS (2020-2021)

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do curso de Medicina FPS.

João Marcelo Lira Martins:

Aluno colaborador

TCC do curso de Medicina FPS.

Maria Eduarda Carvalho Velozo de Melo:

Aluna colaboradora

TCC do curso de Medicina FPS.

Orientadora: Zilda do Rego Cavalcanti – Paliativista do IMIP e tutora FPS.

Coorientadoras:

Maria Júlia Gonçalves de Mello – Pediatra, docente da pós graduação do IMIP.

Talita Maria Pereira de Pádua Silva – Terapeuta ocupacional do IMIP.

Recife, Setembro de 2021

Artigo:

Controle da dor em serviço de referência de cuidados paliativos: estudo de coorte.

Pain control in a palliative care referral service: a cohort study.

Autores:

Maria Luiza de Melo Santana¹

João Marcelo Lira Martins¹

Maria Eduarda Carvalho Velozo de Melo¹

Zilda do Rego Cavalcanti^{1,2}

Maria Júlia Gonçalves de Mello^{1,2}

Talita Maria Pereira de Pádua Silva²

¹Faculdade Pernambucana de Saúde - Av. Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861 - Imbiribeira, Recife - PE, 51150-000

²Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - R. dos Coelhos, 300 - Boa Vista, Recife - PE, 50070-550

Financiamento:

Os próprios autores arcaram com os custos do material de consumo.

Conflito de interesse:

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a efetividade do controle da dor em pacientes admitidos na enfermaria de cuidados paliativos. **Métodos:** Estudo exploratório do tipo coorte prospectiva envolvendo pacientes internados com queixa de dor ou fazendo uso de medicação para dor entre dezembro de 2020 e julho de 2021. A intensidade da dor foi avaliada por meio da Escala Verbal Numérica (EVN) colhida pelos pesquisadores e pela equipe de enfermagem. Considerou-se controle do sintoma álgico a medida de EVN menor ou igual a 3. **Resultados:** Foram analisados 49 internamentos de 48 pacientes com sintoma de dor. A mediana de idade foi 62 anos, com média de 10 dias de internamento. Os 37 pacientes (75,5%) que obtiveram controle da dor levaram em média 3 dias para alcançar esse desfecho. O principal tipo de dor foi a mista (77,6%) e não houve diferença estatisticamente significativa em relação a obtenção do controle. Foram utilizados analgésicos simples em 73,5% dos casos, opioides fortes em 83,7%, e medicamentos adjuvantes em 73,5%. O resgate farmacológico foi feito em 53,1% dos participantes. **Conclusão:** A disponibilização de uma equipe multiprofissional especializada proporciona uma assistência centrada no paciente e uma melhor abordagem integral do cuidado.

Palavras-chave (DeCs): Dor, Cuidados Paliativos, Neoplasias, Terapêutica, Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Objective: Evaluate the effectiveness of pain control in patients admitted at the palliative care ward. **Method:** Exploratory prospective cohort study involving hospitalized patients complaining of pain or using pain medication between December 2020 and July 2021. Pain intensity was assessed using the verbal numerical rating scale (vNRS) collected by

the researchers and the nursing team. Painful symptom control was considered when the measure of vNRS less than or equal to 3. **Results:** Forty-nine admissions of 48 patients with pain symptoms were analyzed. The median age was 62 years, with an average of 10 days of hospitalization. The 37 patients (75.5%) who achieved pain control took an average of 3 days to reach this outcome. The main type of pain was mixed (77.6%) and there was no statistically significant difference in relation to obtaining control. Simple analgesics were used in 73.5% of cases, strong opioids in 83.7%, and adjuvant medications in 73.5%. Pharmacological rescue was performed in 53.1% of the participants. **Conclusion:** The availability of a specialized multidisciplinary team provides patient-centered care and a better comprehensive care approach.

Keywords (DeCS): Pain, Palliative Care, Neoplasms, Therapeutics, Patient Care Team

INTRODUÇÃO

A dor é uma das principais causas do sofrimento humano, comprometendo a qualidade de vida e gerando impactos econômicos e psicossociais¹. Em 1993, a paliativista Cicely Saunders conceituou a “dor total” que foi classificada posteriormente, como tendo quatro dimensões: a física, a psicológica, a espiritual e a social². A Associação Internacional de Estudos da Dor (IASP), revisou, em 2020, o conceito de dor, definindo-a como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante a aquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial”³.

Pela prevalência e relevância clínica, no início dos anos 2000, esse sintoma foi formalizado como o quinto sinal vital pela *Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations* (JCAHO). A dor deve ser avaliada constantemente e registrada com o mesmo rigor que a pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura¹. Diversos métodos são utilizados para mensurar a dor. Alguns deles avaliam a dor, de forma única e unidimensional, determinando apenas a intensidade. Enquanto outros, multidimensionais, integram também os fatores afetivos, emocionais e sensitivos⁴.

Estudos comprovam que a expectativa de vida saudável, tempo em anos que uma pessoa almeja viver com boa saúde, não cresce proporcionalmente à expectativa de vida geral da população⁵. Isso ocorre porque a ascensão da expectativa de vida está associada a um aumento da morbidade oriunda das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre elas câncer, doenças circulatórias, diabetes e doenças respiratórias. Com a progressão das DCNT, os pacientes frequentemente evoluem para estados de impossibilidade de cura, necessitando de cuidados paliativos (CP)⁶. Os avanços científicos na área da saúde trazem novas expectativas de cura, porém nem sempre aliviam o sofrimento dos pacientes com doenças em fase terminal⁷.

Os cuidados paliativos, segundo a OMS, possuem uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias que enfrentam os problemas associados a doenças potencialmente fatais por meio da prevenção e alívio do sofrimento, identificando e avaliando tratamentos para dor e outras questões de ordem físicas, psicossociais e espirituais⁷. Estima-se ainda, que 57,2% dos pacientes que morreram por DCNT teriam indicação de CP. Entretanto, na maioria dos países, os CP são direcionados apenas a pacientes com neoplasias terminais sem possibilidade terapêutica de cura⁶.

No Brasil, aproximadamente 90% dos pacientes hospitalizados por complicações clínicas do tratamento do câncer tinham indicação de CP⁶. Mais de 30% dos pacientes oncológicos não têm um controle adequado da dor, demonstrando a dificuldade da equipe multiprofissional de reconhecer, avaliar e tomar medidas eficientes para o controle do sintoma álgico^{8,9,10}.

Durante o desenvolvimento do plano terapêutico para a dor de forma individualizada, para cada paciente podem estar inclusas terapias farmacológicas e não farmacológicas. A OMS desenvolveu, em 1986, um guia de tratamento analgésico baseado em degraus, com o objetivo de sistematizar a conduta de acordo com a demanda de cada paciente, utilizando-se de medicações analgésicas simples, opioides fracos e fortes, e adjuvantes (como relaxantes musculares)¹¹. Entretanto, no âmbito dos cuidados paliativos, o controle e o alívio efetivo da dor são funções da equipe multiprofissional, uma vez que é necessário buscar um cuidado holístico desses pacientes⁸.

A garantia da dignidade e da qualidade de vida do paciente necessita ser mantida, mesmo diante da morte iminente¹². Um dos instrumentos mais utilizados na prática clínica de autoavaliação da dor é a escala verbal numérica (EVN) com pontuação que vai de zero a dez, onde dez significa maior nível de dor. A EVN pode ser considerada segura, sensível, simples, reproduzível e universal. No entanto, é uma escala que representa uma

medida momentânea, sendo necessário ser reavaliada em vários instantes do dia para ter uma real noção do comportamento do sintoma álgico. Uma eficiente avaliação da dor permite não só traçar metas terapêuticas que reduzam ou eliminem os sintomas, como também possibilita avaliar o custo e o benefício dos tratamentos visando promover uma melhor qualidade de vida aos pacientes¹³. Esse estudo buscou determinar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes que sentem dor na enfermaria de cuidados paliativos e avaliar através da mensuração da EVN em quanto tempo foi realizado o controle da dor de forma satisfatória.

MÉTODOS

Estudo exploratório do tipo coorte prospectiva envolvendo pacientes atendidos na enfermaria de Cuidados Paliativos do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), situado no Recife. Nesta enfermaria que contém 14 leitos, no período de 4 de dezembro de 2020 até julho de 2021 foram incluídos na coorte pacientes maiores de 18 anos admitidos nas 72 horas anteriores a visita dos pesquisadores, com queixa de dor ou fazendo uso de medicação para dor. Foram excluídos aqueles que na admissão não puderam responder a uma escala de dor por desorientação, coma ou déficits cognitivos.

Após concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi realizada a coleta de dados através de um formulário específico, elaborado para este estudo. A partir da admissão, os pesquisadores acompanharam os pacientes a cada 72 horas, por no máximo 12 visitas. A cada visita, foi avaliada a intensidade da dor por meio da EVN, perguntando ao participante, de zero a 10, como ele classificaria a dor que estava sentindo. Também foi anotada a EVN diária obtida pela equipe de enfermagem. Nos pacientes que evoluíram com desorientação, os pesquisadores avaliaram sinais indiretos

de dor, através de gemidos, fúrias de dor e outros sinais relatados pelos acompanhantes, classificando-os, assim, com presença ou não de dor.

O desfecho principal do estudo foi o controle da dor, descrito por pontuação na EVA menor ou igual a três em mais de 50% das visitas.

Foram coletadas variáveis sociodemográficas (idade, sexo, procedência, escolaridade, religião) e clínicas [diagnóstico da doença de base, comorbidades através do Índice de comorbidades de Charlson, funcionalidade através do *Palliative Performance Scale* - PPS (ponto de corte ≥ 50 e < 50) e classificação do estado nutricional]. As variáveis relacionadas com a dor envolveram a classificação do tipo, a topografia principal da dor, fatores que pioravam ou melhoravam a dor e a quantificação através da EVN assim como os medicamentos em uso e os de resgate (analgésicos, medicamentos adjuvantes), terapias não medicamentosas, procedimentos invasivos e sintomas apresentados. O estado nutricional foi avaliado através do índice de massa corporal utilizando a classificação da OMS, 2000¹⁴ e da Organização Panamericana de Saúde – OPAS, 2002¹⁵ e foi agrupado em quatro categorias: desnutrição/ baixo peso, peso normal, sobrepeso/obesidade e sem informação.

A classificação do tipo de dor foi feita a partir da resposta do paciente sobre a presença ou não das seguintes características do sintoma: queimor, ardor, furando, tipo cólica, irradiada, bem localizada ou de localização difusa. As qualidades de “queimor, ardor, furando, irradiada e de localização difusa” falam a favor de componente neuropático. Enquanto “tipo cólica e bem localizada” relacionam-se com dor nociceptiva (visceral e somática). Nos casos em que houve características de ambos os tipos, a dor foi definida como mista¹⁶.

Os fármacos analgésicos analisados foram: analgésicos simples (dipirona), anti-inflamatórios não esteroidais (AINE - paracetamol), opioides fracos (codeína e tramadol) e opioides fortes (morfina, metadona e fentanil). Quanto aos fármacos adjuvantes, foram avaliados: benzodiazepínicos (clonazepam), anticonvulsivantes (gabapentina, pregabalina, ácido valproico e carbamazepina), antidepressivos (amitriptilina, sertralina, mirtazapina e venlafaxina), antipsicóticos (haloperidol e clorpromazina), antiespasmódicos (hioscina) e relaxantes musculares (baclofeno). Muitos pacientes fizeram uso de mais de um fármaco de forma concomitante.

Foram também avaliados o tempo de permanência hospitalar e a evolução da coorte.

Os dados obtidos organizados e agrupados em planilhas no programa Excel, versão 2019 da Microsoft Office[®], foram analisados no Stata[®], versão 14.0. Para a análise foram consideradas cada internação. Foram realizadas tabelas de distribuição de frequências de acordo com o controle da dor e comparadas utilizando o teste qui quadrado de Pearson considerando como tendo significância estatística o valor de p inferior a 0,05.

Para cada visita com mensuração da EVN foi realizada a distribuição dos valores que estão apresentados (Figura 1) sob a forma de box plot (mediana e os respectivos intervalos interquartis). Para comparação entre os valores da EVN obtidos pela enfermagem e pelos pesquisadores em cada visita foi realizado o índice de concordância de Kappa e os coeficientes são apresentados na Figura 2 com os intervalos de confiança a 95%. O nível de concordância foi interpretado como: $Kappa < 0$ (não existe concordância); entre 0-0,20 (concordância mínima); 0,21-0,40 (concordância razoável); 0,41-0,60 (concordância moderada); 0,61-0,80 (concordância substancial) e 0,81-1,0 (concordância perfeita)¹⁷.

RESULTADOS

Foram analisados 49 internamentos de 48 pacientes visto que um paciente teve dois internamentos. A descrição das características sociodemográficas e clínicas estão apresentadas na tabela 1. A maioria da população (59,2%) era do sexo feminino, idade entre 32 e 89 anos, com mediana de 62 anos e intervalo interquartil de 52 a 73 anos; 83,7% habitavam a região metropolitana do Recife, 55,1% tinham escolaridade menor ou igual a 8 anos e 53,1% crença católica.

Todos tinham diagnóstico de câncer sendo o aparelho digestório (30,6%) o sítio primário mais frequente e 79,6% tinham metástase. Quanto a saída do estudo, 49% receberam alta hospitalar, 49% foram a óbito e um paciente (2%) permaneceu durante as 12 visitas dos pesquisadores. O tempo de permanência hospitalar para 44,9% dos pacientes foi menor ou igual a 7 dias e 10,2% passaram mais de 21 dias.

Dentre as características clínicas, 75,5% dos pacientes possuíam Índice de comorbidades de Charlson igual a 6. Foi observado PPS maior ou igual a 50% na primeira visita em 53,1% dos pacientes e em 38,8% na última visita dos pesquisadores. Na avaliação nutricional, 40,8% tinham peso normal, 36,7% estavam com baixo peso ou desnutridos e 18,4% estavam com sobrepeso ou obesidade. Não foi possível avaliar os índices nutricionais de 2 pacientes devido à ausência de informações nos prontuários.

Na tabela 2 estão apresentadas as características da dor. A dor mista foi encontrada na maioria (77,6%) dos pacientes. A maioria dos pacientes referiu mais de um foco de dor (38,8%), com localizações predominantes em abdome (32,7%) e coluna (12,2%). O principal fator de piora do sintoma álgico foi a movimentação, relatada por 51% dos pacientes e o de melhora foi o uso isolado de medicação (67,4%).

Observou-se que houve controle efetivo da dor do paciente em 37 (75,5%) internamentos. Para os que tiveram a dor controlada segundo os parâmetros utilizados, o tempo para atingir este controle foi de 1 até 9 dias sendo a mediana de 3 dias e o intervalo interquartil de 2 a 4 dias. Para os que não tiveram a dor controlada os extremos do tempo de permanência foi 2 até 27 dias com mediana de 7 dias.

Ao longo do internamento, as principais classes farmacológicas utilizadas, dentre os analgésicos, foram os opioides fortes (83,7%) e os analgésicos simples (73,5%). 73,5% dos pacientes utilizaram adjuvantes, sendo os mais utilizados: anticonvulsivantes (32,7%), antidepressivos (28,6) e benzodiazepínicos (28,6%). Dentre os pacientes que obtiveram controle efetivo da dor (75,5%, n = 37), 59,5% utilizaram dipirona, 43,2% morfina e 18,9% metadona como principais fármacos analgésicos. Ainda neste grupo, as principais drogas adjuvantes utilizadas foram clonazepam em 27% dos pacientes, amitriptilina em 13,5%, sertralina em 13,5% e hioscina em 13,5%.

Nos pacientes que não obtiveram controle da dor (24,5%, n = 12), em suas últimas visitas, 75% utilizavam dipirona, 58,3% utilizavam metadona e 25% morfina. Quanto aos adjuvantes, 33,3% faziam uso de gabapentina, 25% de hioscina, 16,7% amitriptilina e 16,7% clonazepam.

Foram realizados 26 resgates dentre os 49 internamentos, sendo 66,7% utilizados nos que não obtiveram controle da dor como desfecho final deste estudo. Entre os fármacos mais utilizados, a morfina foi vista em 66,7% dos casos.

Os sintomas mais frequentemente apresentados pelos pacientes foram sonolência (89,8%), seguido de constipação (81,4%), xerostomia (79,6%) e náusea (73,3%). Entre os pacientes que obtiveram controle da dor: 91,9% apresentaram sonolência, 75,7%

xerostomia, 74,9% constipação e 72,2% náusea. Já nos que não controlaram o sintoma álgico: 91,7% apresentaram constipação, 91,7% xerostomia, 83,3% sonolência, 66,7% para náusea, 66,7% vômitos e 66,7% tontura.

Nenhum paciente fez uso de procedimentos invasivos, como bloqueio de nervos, para auxiliar no controle da dor. Todos os pacientes internados tiveram acompanhamento de equipe multiprofissional.

DISCUSSÃO

Neste estudo exploratório que envolveu participantes hospitalizados em enfermaria de cuidados paliativos, o tipo de dor mais encontrada foi a dor mista e utilizando valores de referência da EVN menores ou iguais a três como dor controlada, 75% dos pacientes conseguiram alcançar em até 9 dias o controle da dor. Não houve concordância entre a EVN avaliada pela enfermagem e aquela obtida pelos pesquisadores.

A maioria dos pacientes em cuidados paliativos era do sexo feminino, com mediana de idade de 62 anos, como em estudo do Instituto Nacional do Câncer (INCA)¹⁸, todos com diagnóstico oncológico e com Índice de Charlson maior ou igual a 6. Esses dados estão de acordo com a transição demográfica que ressalta o envelhecimento populacional e aumento das DCNTs¹⁹, em especial o câncer, que foi o principal diagnóstico do estudo. As comorbidades mais associadas foram diabetes e doença renal crônica. Pacientes com diagnóstico não oncológico e que possuíam dor na admissão na enfermaria de cuidados paliativos, não estavam aptos a responder a EVN pois não se comunicavam devido a rebaixamento do nível de consciência e quadros demenciais e, portanto, não foram incluídos neste estudo.

Dentre os sítios primários da doença oncológica destaca-se os do aparelho digestório e do trato respiratório, discordando parcialmente de outros estudos que demonstram maior frequência de câncer de mama e câncer de pulmão em pacientes em cuidados paliativos¹⁹. Uma provável explicação seria porque nesse estudo foram analisados de forma agrupada os órgãos do trato digestório, somando sua prevalência total. A grande frequência de doença metastática observada está de acordo com estudo realizado no Distrito Federal²⁰, em serviço público especializado em CP, e se relaciona com o momento de procura dos CP, que ocorre predominantemente em fase avançada do câncer. Ressaltando ainda que nos CP estarão presentes, na sua grande maioria, doenças oncológicas metastáticas que se caracterizam por doenças ameaçadoras da vida, com indicação precisa desta abordagem de cuidado. Os pacientes deste estudo que não tinham metástase tinham doença localmente avançada fora da possibilidade terapêutica de cura.

A funcionalidade dos pacientes, avaliada pelo PPS, mostrou-se de forma semelhante às publicações encontradas²¹, onde se percebe uma redução da escala no decorrer do internamento. A diminuição do PPS reflete o agravamento do estado clínico do paciente e se relaciona com maiores índices de mortalidade²¹. Seria esperado, portanto, observar uma dificuldade em manter o controle efetivo dos sintomas, em especial a dor, nos pacientes com PPS menores. Entretanto, no presente estudo, foi evidenciado controle da dor em 83,3% do grupo com PPS < 50 na última visita, demonstrando um bom manejo desse sintoma mesmo em evidência de declínio clínico do paciente.

Outro aspecto importante na avaliação da qualidade de vida e na evolução clínica desses pacientes é a análise do estado nutricional. O baixo peso e a desnutrição estão mais associados a desfechos negativos, como menor sobrevida, maiores taxas de complicações e redução de funcionalidade²². No presente estudo, mais de um terço dos pacientes se

enquadravam com baixo peso ou desnutrição, corroborando com o fato de que os pacientes em CP têm mais dificuldade em manter um peso adequado. Ressaltamos que, mesmo com baixo peso, estes pacientes obtiveram a melhor taxa de controle de dor em relação ao grupo de pacientes com peso normal e sobrepeso ou obesidade.

A caracterização do tipo de dor é importante para direcionar a abordagem terapêutica e, assim, controlar o sintoma. O tipo de dor mais encontrada nesse estudo foi a mista, que, de acordo com o manual de CP¹⁶, é a mais prevalente no paciente com câncer, seguida da dor nociceptiva e da dor neuropática. Alguns estudos relatam uma prevalência de dor neuropática no câncer entre 30% e 40%^{23,24}, superior ao encontrado nos pacientes desta coorte. Existe dificuldade clínica em diferenciar esses subtipos de dor e o presente estudo não utilizou uma escala específica para classificar o predomínio do tipo de dor, classificando-a segundo a observação de características clínicas e da qualidade do sintoma, sendo essa uma de suas principais limitações.

A localização da dor nesse estudo foi predominantemente abdominal, alinhando-se ao principal sítio primário de câncer encontrado (trato digestório). A literatura²⁵ mostra que a maior parte das dores que os pacientes oncológicos sofrem são causadas diretamente pelo câncer, comprovando, portanto, a forte associação entre o sítio primário e o local de metástases com a localização da dor mencionada pelos pacientes.

O principal fator relatado pelos pacientes na melhora da dor foi o uso de medicamentos, demonstrando a grande importância do seu uso no controle do sintoma como garantia de conforto e qualidade de vida para os pacientes. Como importante fator de piora da dor, a movimentação foi relatada por cerca da metade dos pacientes, seja ela no leito, seja ela para realizar atividades e necessidades fisiológicas.

Para evidência do controle da dor foram utilizados os valores de referência da escala verbal numérica (EVN) menores ou iguais a 3 no momento da avaliação dos pesquisadores. Valores persistentes de EVN menores ou iguais a 3 podem ser relacionados com o que a literatura descreve como “dor residual”²⁶. Esta pode ser caracterizada como uma dor que permanece mesmo após instituição terapêutica adequada, seja por baixa adesão ou tolerância ao tratamento, ou pela evolução natural da doença. É considerada como uma dor que não possui grande potencial de limitar as atividades diárias ou a funcionalidade do paciente. Outro conceito importante a ser discutido é o de dor tipo *breakthrough* ou incidental²⁷, também presente em muitos pacientes oncológicos. É descrita como uma exacerbação transitória do sintoma álgico que se encontrava previamente controlado, precipitado ou não por um evento desencadeador, como a movimentação. Neste estudo, foi possível observar essa exacerbação em cerca de 10% dos pacientes.

A maioria dos pacientes da população estudada teve o controle adequado da dor em até 9 dias e entre os que obtiveram este controle a média e mediana do tempo foi 3 dias, semelhante ao esperado na maioria dos centros de CP. O tempo para atingir o controle da dor em estudo tailandês²⁸ foi em média 7 dias enquanto em estudo brasileiro foi 2 dias¹⁸. Como as visitas dos pesquisadores foram feitas em intervalos de 2 ou 3 dias, o controle da dor pode ter ocorrido antes da observação dos pesquisadores podendo haver um aumento no tempo observado para o controle da dor. Importante ressaltar que um quarto dos pacientes não obteve controle satisfatório da dor mesmo tendo permanecido até 27 dias hospitalizados. Enfatizamos que este percentual de pacientes cursou com uma grande flutuação dos valores de EVN, podendo caracterizar um padrão de dor total. Lembrando ainda, a limitação do estudo quanto ao pequeno número de participantes.

Houve discordância entre as EVN colhidas pelos pesquisadores e as EVN colhidas pela equipe de enfermagem, com um grau de concordância mínima ou razoável segundo o coeficiente de Kappa¹⁷. A concordância foi perfeita em apenas uma ocasião da análise, correspondendo à EVN de 4 pacientes no momento da 10ª visita. A EVN colhida foi uma observação pontual do sintoma álgico e pode sofrer variações ao longo do dia, em especial se colhida em horários distintos, como ocorreu neste estudo. Quando aferida pela equipe de enfermagem, a EVN era realizada no início da manhã, em geral após tomada de medicações analgésicas, enquanto a equipe de pesquisadores coletava a EVN ao final da manhã. Muitas vezes a dor não é considerada como o 5º sinal vital, podendo ainda ter sua avaliação negligenciada pela equipe¹, ser aferida em apenas um momento do dia, ou até, por vezes, não aferida, como foi evidenciado neste estudo.

Considerando a Escada Analgésica da OMS, observou-se grande uso de analgésicos simples e de opioides fortes, bem como de fármacos adjuvantes de acordo com o encontrado nas publicações do INCA¹⁸. A alta utilização de fármacos adjuvantes pode ser relacionada a grande prevalência do componente neuropático da dor neste estudo, sendo os mais utilizados os anticonvulsivantes, benzodiazepínicos e antidepressivos.

No dia da evidência do controle da dor foi observado uso de opioides fortes por cerca de 2/3 desses pacientes. Esse percentual elevado de uso de opioides, além de estar de acordo a literatura¹⁸, demonstra expertise da equipe no seu manejo, proporcionando conforto para os pacientes em um menor intervalo de tempo de tratamento.

Metade dos pacientes necessitou de resgate farmacológico sendo a morfina a principal droga, enfatizando a ocorrência do evento da dor incidental em muitos pacientes, como já citado neste estudo, e corroborando com a efetividade do serviço em atender às demandas dos pacientes na promoção de conforto.

Os sintomas associados mais encontrados pelos pesquisadores foram constipação, náusea, sonolência e xerostomia. Nos CP oncológicos, além da dor, a literatura⁹ mostra uma incidência elevada de dispneia, fadiga, constipação, náusea e vômitos. Os fármacos opioides, utilizados em larga escala no controle da dor, são comumente associados ao aparecimento de náuseas, vômitos e constipação²⁹. Porém, a análise da presença desses sintomas é complexa e de etiologia multifatorial, não podendo ser atribuída exclusivamente aos fármacos ou a evolução da doença de base³⁰.

A ação da equipe multidisciplinar esteve presente em todos os pacientes deste estudo, reforçando a abordagem do sintoma total tão necessária ao paciente em CP. Um centro de referência para CP com uma equipe especializada, com perfil humanizado e acolhedor, além de assistência centrada no paciente, propicia uma melhor abordagem visando uma integralidade do cuidado^{7,18}.

Os pesquisadores ressaltam, porém, as dificuldades encontradas para realização desse estudo devido à pandemia da COVID 19, que reduziu o número de internamentos na enfermaria, resultando numa pequena amostra total e numa menor significância estatística dos resultados.

Este estudo teve por objetivo analisar o controle da dor em unidade de referência em CP, traçando um perfil populacional e terapêutico dos seus pacientes. Apesar das diferenças metodológicas e limitações presentes, foi observado o manejo efetivo da dor, demonstrando segurança da equipe multiprofissional na elaboração de um plano terapêutico adequado. Ressalta-se a importância de um aprimoramento continuado entre a equipe, buscando a manutenção do cuidado e a percepção da dor como quinto sinal vital.

REFERÊNCIAS

1. Taynã D, Queiróz G, Carvalho MA De, Dayara G, Carvalho A De, Ribeiro S. Pain – 5th vital sign: nurses’ knowledge. *Rev Enferm UFPE* line. 2014;9(4):7186–92.
2. Sánchez JRL, Rivera-Largacha S. History of the Concept of Total Pain and Reflections on Humanization of Assistance for Terminal Patients. *Rev Ciencias la Salud*. 2018;16(2):340–56.
3. Brasileira S, Xviii A. Definição revisada de dor. *J Dor Sbed*. 2020;74.
4. Do Nascimento LA, Kreling MCGD. Avaliação da dor como quinto sinal vital: Opinião de profissionais de enfermagem. *ACTA Paul Enferm*. 2011;24(1):50–4.
5. Camargos MCS, Gonzaga MR. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população Brasileira. *Cad Saude Publica*. 2015;31(7):1460–72.
6. dos Santos CE, Campos LS, Barros N, Serafim JA, Klug D, Cruz RP. Palliative care in Brasil: Present and future. *Rev Assoc Med Bras*. 2019;65(6):796–800.
7. Chan KS. Palliative care: The need of the modern era. *Hong Kong Med J*. 2018;24(4):391–9.
8. Cruz NAO da, Nóbrega MR, Gaudêncio MRB, Farias TZTT de, Pimenta TS, Fonseca RC. O Papel Da Equipe Multidisciplinar Nos Cuidados Paliativos Em Idosos: Uma Revisão Integrativa / the Role of the Multidisciplinar Team in Palliative Care: an Integrative Review. *Brazilian J Dev*. 2021;7(1):414–34.
9. Henson LA, Maddocks M, Evans C, Davidson M, Hicks S, Higginson IJ. Palliative care and the management of common distressing symptoms in advanced cancer: Pain, breathlessness, nausea and vomiting, and fatigue. *J Clin Oncol*. 2020;38(9):905–14.
10. Shen WC, Chen JS, Shao YY, Lee K Der, Chiou TJ, Sung YC, et al. Impact of Undertreatment of Cancer Pain With Analgesic Drugs on Patient Outcomes: A Nationwide Survey of Outpatient Cancer Patient Care in Taiwan. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2017;54(1):55-65.e1. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.02.018>
11. Harris DG. Management of pain in advanced disease. *Br Med Bull*. 2014;110(1):117–28.
12. Dalpai D, Mendes FF, Asmar JAVN, Carvalho PL, Loro FL, Branco A. Pain and palliative care: the knowledge of medical students and the graduation gaps. *Rev Dor*. 2017;18(4):307–10.
13. Hossain MA, Physiotherapist SC. Validity and Reliability of Visual Analogue Scale (Vas) for Pain Measurement. *J Med case Reports Rev*. 2019;11(2):394–402.
14. Grecco MSM. Validação de Índice de Massa Corporal (IMC) ajustado pela massa gorda obtido por impedância bioelétrica. *Fac Med Ribeirão Preto* [Internet]. 2012;(Imc):1–7. Available from: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17138/tde-13072012.../Tese.pdf
15. Sass A, Marcon SS. Comparação de medidas antropométricas de idosos residentes em área urbana no sul do Brasil, segundo sexo e faixa etária. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2015;18(2):361–72.
16. Tavares de Carvalho R, Afonseca Parsons H, (organizadores). Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado. Acad Nac Cuid Paliativos.

- 2012;1–592.
17. Viera AJ, Garrett JM. Anthony J. Viera, MD; Joanne M. Garrett, PhD (2005). Understanding interobserver agreement: the kappa statistic. *Fam Med* 2005;37(5):360–63. *Fam Med* [Internet]. 2005;37(5):360–3. Available from: http://www1.cs.columbia.edu/~julia/courses/CS6998/Interrater_agreement.Kappa_statistic.pdf
 18. Sampaio SG dos SM, Motta LB da, Caldas CP. Medicamentos e Controle de dor: Experiência de um Centro de Referência em Cuidados Paliativos no Brasil. *Rev Bras Cancerol.* 2019;65(2).
 19. Haun MW, Estel S, Rücker G, Friederich HC, Villalobos M, Thomas M, et al. Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;2017(6).
 20. Of CP, Patients C, Palliative IN, Retrospective CA. PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS : UM ESTUDO RETROSPECTIVO. 2021;58:1–7.
 21. Yoon SJ, Choi SE, LeBlanc TW, Suh SY. Palliative Performance Scale Score at 1 Week After Palliative Care Unit Admission is More Useful for Survival Prediction in Patients With Advanced Cancer in South Korea. *Am J Hosp Palliat Med.* 2018;35(9):1168–73.
 22. Bullock AF, Greenley SL, McKenzie GAG, Paton LW, Johnson MJ. Relationship between markers of malnutrition and clinical outcomes in older adults with cancer: systematic review, narrative synthesis and meta-analysis. *Eur J Clin Nutr* [Internet]. 2020;74(11):1519–35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41430-020-0629-0>
 23. Rayment C, Hjermstad MJ, Aass N, Kaasa S, Caraceni A, Strasser F, et al. Neuropathic cancer pain: Prevalence, severity, analgesics and impact from the European Palliative Care Research Collaborative-Computerised Symptom Assessment study. *Palliat Med.* 2013;27(8):714–21.
 24. Bennett MI, Rayment C, Hjermstad M, Aass N, Caraceni A, Kaasa S. Prevalence and aetiology of neuropathic pain in cancer patients: A systematic review. *Pain* [Internet]. 2012;153(2):359–65. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2011.10.028>
 25. Mejin M, Keowmani T, Abdul Rahman S, Liew J, Lai J, Chua M, et al. Prevalence of pain and treatment outcomes among cancer patients in a malaysian palliative care unit. *Pharm Pract (Granada).* 2019;17(1):1–9.
 26. Cetamina S, Oral V. SCIENTIFIC ARTICLE for the Treatment of Oncologic Pain. 2007;57:19–31.
 27. Nogueira RTE, Vieira ÉB de M, Sousa LHA, Garcia JBS. Difficult situation in cancer pain: breakthrough pain. *Rev Dor.* 2014;15(1):41–7.
 28. Wangnamthip S, Euasobhon P, Siriussawakul A, Jirachapitak S, Laurujisawat J, Vimolwattanasarn K. Effective pain management for inpatients at Siriraj Hospital: A retrospective study. *J Med Assoc Thail.* 2016;99(5):565–71.
 29. Wiffen PJ, Wee B, Derry S, Bell RF, Moore RA. Opioids for cancer pain - an overview of Cochrane reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;2017(7).
 30. Barbosa JAA, Belém L de F, Sette IMF, Carmo ES, Pereira GJ da S, Silva Júnior ED da. Farmacoterapia adjuvante no tratamento da dor oncológica. *Rev Bras em Promoção da Saúde.* 2008;112–20.

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas, clínicas e da evolução dos pacientes hospitalizados em enfermaria de cuidados paliativos de acordo com o controle da dor. IMIP, 2020-2021.

Variáveis sócio demográficas e da evolução	Todos os pacientes		CONTROLE DA DOR*				p valor	Variáveis clínicas	Todos os pacientes		CONTROLE DA DOR*				p valor
	N=49	(%)	SIM		NAO				N	(%)	SIM		NAO		
			N	(%)	N	(%)					N	(%)	N	(%)	
Idade (em anos)															
Extremos, mediana, IIQ	32 a 89	62 52-73						Topografia primária do cancer						0,829	
Faixa etária	N	(%)	N	(%)	N	(%)	0,655	Aparelho digestório	15	30,6	12	32,4	3	25,0	
32 – 50	12	24,5	8	66,7	4	33,3		Aparelho ginecológico	8	16,3	6	16,2	2	16,7	
51 – 70	21	42,9	17	81,0	4	19,0		Mama	6	12,2	5	13,5	1	8,3	
71 – 89	16	32,6	12	75,0	4	25,0		Aparelho respiratório	8	16,3	5	13,5	3	25,0	
Sexo							0,456	Urológico	7	14,3	5	13,5	2	16,7	
Masculino	20	40,8	14	70,0	6	30,0		Outros (cabeça e pescoço e hematológico)	2	4,0	1	2,7	-	-	
Feminino	29	59,2	23	79,3	6	20,7		Sítio primário desconhecido	3	6,1	3	8,1	-	-	
Procedência							0,824	Doença metastática Sim	39	79,6	30	76,9	9	23,1	
RMR	41	83,7	31	75,6	10	24,4		Não	9	18,4	6	66,7	3	33,3	
Interior de Pernambuco	7	14,3	5	71,4	2	28,6		Índice de comorbidades Charlson						0,5260	
Outro estado	1	2,0	1	100	-	-		≤ 6	37	75,5	27	73	10	83,3	
Escolaridade (anos)							0,683	> 6	12	24,5	10	27	2	16,7	
≤ 8	27	55,1	21	77,8	6	22,2		PPS inicial						0,060	
>8	22	44,9	16	72,7	6	27,3		< 50	23	46,9	17	45,9	6	50	
Crença							0,196	≥ 50	26	53,1	20	54,1	6	50	
Católica	26	53,1	16	61,5	10	38,5		Estado nutricional						0,694	
Evangélica	19	38,8	17	89,5	2	10,5		Desnutrição / baixo peso	18	36,7	15	40,5	3	25	
Outros	4	8,2	4	10,8	-	-		Normal	20	40,8	15	40,5	5	41,7	
Tempo de permanência hospitalar (dias)							0,440	Sobrepeso / obesidade	9	18,4	6	16,2	3	25	
≤ 7	22	44,9	15	40,5	7	58,3		Sem informação	2	4,1	1	2,7	1	8,3	
7 > e ≤ 14	14	28,6	12	32,4	2	16,7		PPS final						0,110	
14 > e ≤ 21	8	16,3	7	18,9	1	8,3		< 50	30	61,2	25	67,6	5	41,7	
> 21	5	10,2	3	8,1	2	16,7		≥ 50	19	38,8	12	32,4	7	58,3	
Motivo de saída da coorte															
≥ 12 visitas	1	2	-	-	1	8,3									
Alta hospitalar	24	49	19	51,4	5	41,7									
Óbito	24	49	18	48,6	6	50									

*Controle da dor - valor de EVN igual ou menor que 3

Tabela 2. Tempo de permanência hospitalar até controle da dor e distribuição das características da dor e outros sintomas apresentados por pacientes hospitalizados em enfermaria de cuidados paliativos de acordo com o controle da dor. IMIP, 2020-2021

	Todos os pacientes		CONTROLE DA DOR				p valor
			SIM n=37		NÃO n=12		
Tempo de Permanência hospitalar em dias até controle da dor							
Extremos; mediana (Intervalo Inter Quartil)			1 a 9; 3 (2 -4)		2 a 27; 7 (4-12)		<0,001
Média ± desvio padrão			3,3 ± 1,9		9,8 ± 8,8		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
CARACTERÍSTICAS DA DOR							
Classificação da dor							0,367
Neuropática	3	6,1	3	8,1	-	-	
Nociceptiva	8	16,3	7	18,9	1	8,3	
Mista	38	77,6	27	73	11	91,7	
Local da dor							
Cabeça e pescoço	1	2	1	2,7	-	-	
Tórax	3	6,1	3	8,1	-	-	
Abdome	16	32,7	13	35,1	3	25	
Coluna(torácica, lombar e sacral)	6	12,2	4	10,8	2	16,7	
Membros(superiores e inferiores)	4	8,2	2	5,4	2	16,7	
Múltipla(mais de um foco)	19	38,8	14	37,8	5	41,7	
Fator de piora							
Nenhum	18	36,7					
Movimentação	25	51					
Constipação	2	4,1					
Outros(Alimentação, estresse)	4	8,2					
Fator de melhora							
Nenhum	7	14,3					
Medicação	33	67,4					
Medicação + Massagem	1	2					
Medicação + Repouso	8	16,3					
SINTOMAS APRESENTADOS							
• Constipação	35	81,4	24	74,9	11	91,7	
• Náusea	31	73,3	23	72,2	8	66,7	
• Vômito	24	49	16	43,2	8	66,7	
• Prurido	24	49	19	51,3	5	41,7	
• Úlcera gástrica	1	2	1	2,7	-	-	
• Disfunção cardíaca	1	2	1	2,7	-	-	
• Disfunção renal	13	26,5	10	27	3	25	
• Sonolência	42	89,8	34	91,9	10	83,3	
• Xerostomia	39	79,6	32	75,7	11	91,7	
• Hipotensão	14	28,6	11	29,8	3	25	
• Tontura	25	51	17	45,9	8	66,7	
• Outros sintomas associados	42	85,7	32	86,5	10	83,3	

*Controle da dor - valor de EVN igual ou menor que 3

Tabela 3. Distribuição dos fármacos utilizados para dor dos pacientes hospitalizados em enfermaria de cuidados paliativos de acordo com o controle da dor. IMIP, 2020-2021

	Todos os pacientes		CONTROLE DA DOR*			
			Sim		Nao	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
MEDICAMENTOS UTILIZADOS NO INTERNAMENTO						
Classes de fármacos analgésicos						
Nenhum	4	8,2	3	8,1	1	8,3
Analgésico simples	36	73,5	27	73	9	75
AINEs	6	12,2	3	8,1	3	25
Opióides fracos	7	14,3	6	16,2	1	8,3
Opióides fortes	41	83,7	31	83,8	10	83,3
Classes de fármacos adjuvantes						
Nenhum	13	26,5	9	24,3	4	33,3
Benzodiazepínico	14	28,6	12	32,4	2	16,7
Anticonvulsivante	16	32,7	11	29,7	5	41,7
Antidepressivo	14	28,6	9	24,3	5	41,7
Antipsicótico	9	18,4	7	18,9	2	16,7
Antiespasmódico	12	24,5	8	21,6	4	33,3
Neuroléptico	-	-	-	-	-	-
Relaxante muscular	5	10,2	3	8,1	2	16,7
RESGATES REALIZADOS	26	53,1	18	48,7	8	66,7
Fármacos utilizados nos resgates						
Dipirona	4	8,2	3	8,1	1	8,3
Tramadol	1	2	-	-	1	8,3
Metadona	2	4,1	1	2,7	1	8,3
Morfina	23	43,9	15	40,5	8	66,7
Fentanil	1	2	1	2,7	-	-
MEDICAMENTOS UTILIZADOS NO DIA DO CONTROLE						
Fármacos analgésico						
Dipirona	31	63,3	22	59,5	9	75
Paracetamol	2	4,1	1	2,7	1	8,3
Codeína	3	6,1	3	8,1	-	-
Tramadol	4	8,2	3	8,1	1	8,3
Morfina	19	38,8	16	43,2	3	25
Metadona	14	28,6	7	18,9	7	58,3
Fármacos adjuvantes						
Clonazepam	12	24,5	10	27	2	16,7
Gabapentina	8	16,3	4	10,8	4	33,3
Pregabalina	1	2	-	-	1	8,3
Ácido valpróico	3	6,1	3	8,1	-	-
Carbamazepina	1	2	-	-	1	8,3
Amitriptilina	7	14,3	5	13,5	2	16,7
Sertralina	6	12,2	5	13,5	1	8,3
Mirtazapina	2	4,1	1	2,7	1	8,3
Venlafaxina	1	2	1	2,7	-	-
Haloperidol	2	4,1	2	5,4	-	-
Clorpramazina	2	4,1	1	2,7	1	8,3
Hioscina	8	16,3	5	13,5	3	25
Baclofeno	2	4,1	1	2,7	1	8,3

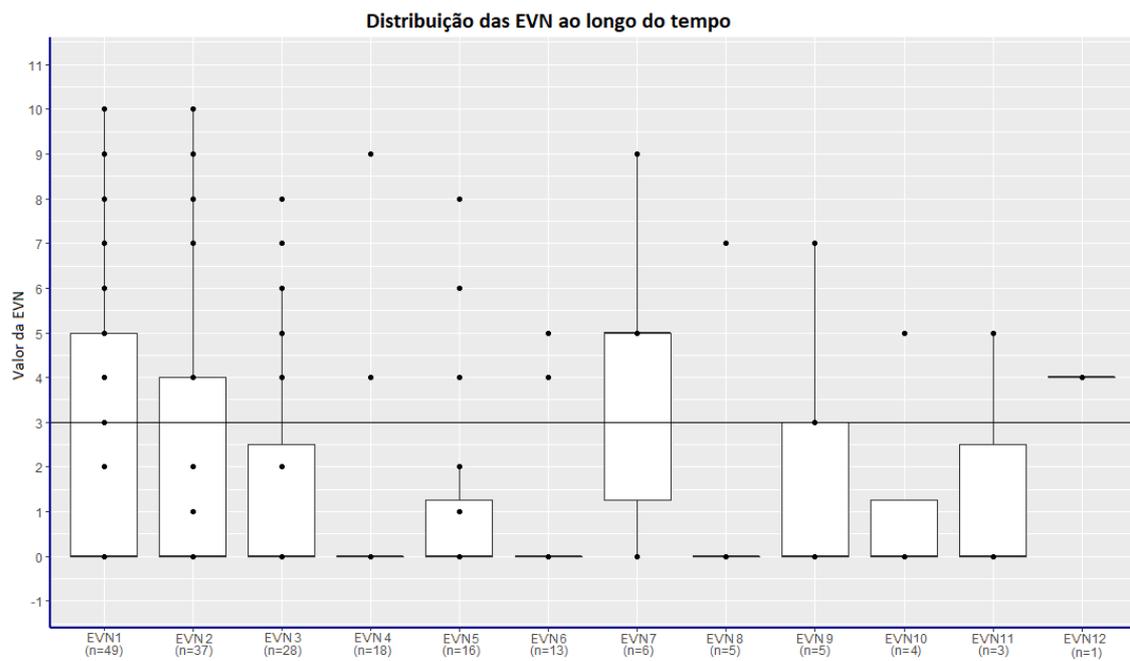


Figura 1. Valores de EVN obtidos pelos pesquisadores nas visitas consecutivas aos pacientes hospitalizados em enfermaria de cuidados paliativos (box plot com intervalos interquartis - a linha em contínuo mostra o valor de EVN igual a 3 considerado como nível de dor controlada). IMIP, 2020-2021

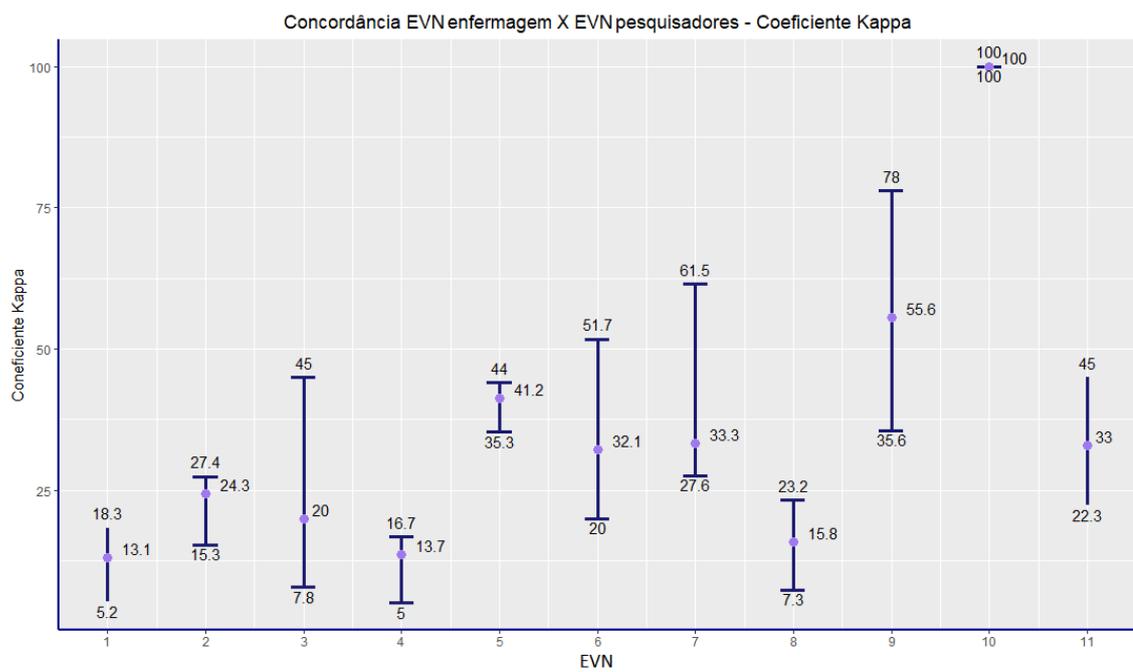


Figura 2. Nível de concordância entre a EVN obtida pela equipe de enfermagem e aquela obtida pelos pesquisadores nas visitas consecutivas aos pacientes hospitalizados em enfermaria de cuidados paliativos (Coeficiente de Kappa e Intervalo de confiança a 95%). IMIP, 2020-2021